

ოჯახის დაგეგმვა

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი)

გაიდლაინი ადაპტირებულია რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში მოღვაწე ქართველი ექსპერტების მიერ. გაიდლაინის ადაპტირება განხორციელდა გაეროს მოსახლეობის ფონდთან (UNFPA) პარტნიორობით.

სარჩევი

გაიდლაინის სამუშაო ჯგუფის შემადგენლობა	4
აბრევიატურები და აკრონიმები	5
ოჯახის დაგეგმვა	7
კონტრაცეფციის მეთოდების გამოყენების სამედიცინო კრიტერიუმები	7
კონსულტირება	8
კომბინირებული ჰორმონული კონტრაცეპტივები (კჰკ)	14
კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივები (კოკ)	14
კომბინირებული საინექციო კონტრაცეპტივები (კსკ)	17
კომბინირებული პლასტირები (კპ)	18
კომბინირებული ვაგინალური რგოლი (კვრ)	20
კოკ-ის გამოყენება და გვერდითი ეფექტები	47
პროგესტაგენული კონტრაცეპტივები	55
სუფთა პროგესტინული კონტრაცეპტივები	55
მდგომარეობები, რომლებიც პროგესტაგენული საშუალებების გამოყენების დაწყებამდე მოითხოვს წინასწარ სამედიცინო შეფასებას	59
სკკ გამოყენების კლინიკური პროტოკოლი	72
საშვილოსნოსშიგა კონტრაცეფცია	79
საშვილოსნოსშიგა საშუალებები	79
ბარიერული მეთოდები და სპერმიციდები	103
მამაკაცის კონდომი	104
ქალის კონდომი	107
სპერმიციდები	109
საშვილოსნოს ყელის ჩაჩები	112
დიაფრაგმა	115
კონტრაცეპციული ღრუბელი	118
სამედიცინო კრიტერიუმები ბარიერული მეთოდების გამოყენებისათვის (ჯანმო-ს კატეგორიები)	124
გადაუდებელი კონტრაცეფცია	134
გადაუდებელი კონტრაცეპტული აბები (გკა)	138
ქირურგიული სტერილიზაციის მეთოდები (გაიდლაინი)	140
ქალის ნებაყოფლობითი ქირურგიული სტერილიზაცია	140
მამაკაცის ნებაყოფლობითი ქირურგიული სტერილიზაცია (ვაზექტომია)	152
ქალისა და მამაკაცის ქირურგიული სტერილიზაცია	165
ქირურგიული სტერილიზაციის პროცედურები (პროტოკოლი)	175
შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი მამაკაცთა ქირურგიული სტერილიზაცია – ვაზექტომია	186

ლაქტაციური ამენორეის მეთოდი.....	192
ფერტილობაზე დაფუძნებული კონტრაცეფციის მეთოდები.....	196
კალენდარული ანუ რიტმული (ოგინო-კნაუსის) მეთოდი.....	198
ბაზალური ტემპერატურის მეთოდი	199
საშვილოსნოს ყელის ლორწოს (ბილინგის) მეთოდი.....	201
სიმპტომურმალური მეთოდი.....	203
შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი.....	203
აბორტისშემდგომი ოჯახის დაგეგმვა	207
მშობიარობისშემდგომი ოჯახის დაგეგმვა	211
სამედიცინო კრიტერიუმები კონტრაცეფციის მეთოდების გამოყენებისათვის (ჯანმო-ს კატეგორიები).....	219
ცხრილი 2.1. კონტრაცეფციის მეთოდების წარუმატებლობის მაჩვენებელი.....	234
გაიდლაინის გადასინჯვის და განახლების ვადა.....	235
გაიდლაინის მიღების ხერხი/წყარო.....	235
გამოყენებული ლიტერატურა.....	235

გაიდლაინის სამუშაო ჯგუფის შემადგენლობა

გიორგი ცერცვაძე – თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის კლინიკის პროფესორი, მედიცინის აკადემიური დოქტორი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის საბჭოს წევრი;

ზაზა ბოხუა – თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დეპარტამენტის პროფესორი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის გენერალური მდივანი;

მანანა გეგეჭკორი – თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის კლინიკის პროფესორი, მედიცინის აკადემიური დოქტორი;

ნანი მარსაგიშვილი – მედიცინის აკადემიური დოქტორი; კლინიკა „ინვიტროს“ პოლიკლინიკური სამსახურის უფროსი;

ლალი ფხალაძე – მედიცინის აკადემიური დოქტორი;

ლიკა მიქაბერიძე – გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კონსულტანტი;

ნანა კალმახელიძე – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის რეგულირების სამმართველოს უფროსი სპეციალისტი, გაიდლაინებისა და პროტოკოლების საბჭოს პასუხისმგებელი მდივანი.

აბრევიატურები და აკრონიმები

კკკ – კომბინირებული ჰორმონული კონტრაცეპტივები
კოკ – კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივები
კსკ – კომბინირებული საინექციო კონტრაცეპტივები
კპ – კომბინირებული პლასტირები
კვრ – კომბინირებული ვაგინალური რგოლი
ჰკ – ჰორმონული კონტრაცეფცია
მკგ. – მიკროგრამი
ძ.მ.ს. – ძვლის მინერალური სიმკვრივე
ე.ე. – ეთინილესტრადიოლი
ვთე – ვენური თრომბოემბოლია
სმი – სხეულის მასის ინდექსი
სშს – საშვილოსნოს შიგა საშუალება
მი – მიოკარდიუმის ინფარქტი
ა/გ – არ გამოიყენება
ა/წ – არტერიული წნევა
ღვთ – ღრმა ვენების თრომბოზი
ფე – ფილტვის ემბოლია
ზვთ – ზედაპირული ვენების თრომბოზი
დსლ – დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეიდი
მსლ – მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეიდი
სწმ – სისტემური წითელი მგლურა
დ / გ – დაწყება/გაგრძელება
GnRH – გონადოტროპინ რილიზინგ ჰორმონი
მმოად – მცირე მენჯის ორგანოების ანთებითი დაავადებები
სგგი – სქესობრივი გზით გადამდები ინფექცია
აივ – ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი
შიდსი – შებენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი
ჯანმო – ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია
არვ – ანტირეტროვირუსული
მჰვ – მარტივი ჰერპეს ვირუსი
ართ – ანტირეტროვირუსული თერაპია
ICSI – ინტრაციტოპლაზმური სპერმის ინექცია
MESA – ეპიდიდიმუსიდან სპერმის მიკროსკოპული ასპირაცია
TESA – ტესტიკულებიდან სპერმის ასპირაცია
CIN – საშვილოსნოს ყელის ინტრაეპითელური დაზიანება
მად – მენჯის ანთებითი დაავადებები
β - ქგტ – β-ქორიონული გონადოტროპინი
ღვთ – ღრმა ვენების თრომბოზი
ფათ – ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია
ჰსკ – პროგესტაგენული საინექციო კონტრაცეპტივი
სპკ – სუფთა პროგესტაგენული კონტრაცეპტივი

სპს – სუფთა პროგნოზირებული საშუალებები
პა – პროგნოზირებული აბები
გკა – გადაუდებელი კონტრაცეპციული აბები
გკ – გადაუდებელი კონტრაცეპტივები

ოჯახის დაგეგმვა

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) განმარტებით, „ოჯახის დაგეგმვა“ მოიცავს ღონისძიებათა კომპლექსს, რაც ერთდროულად რამდენიმე ამოცანას გადაჭრის:

- არასასურველი ორსულობის თავიდან აცილებას;
- შვილების სასურველი რაოდენობის ყოლას;
- ორსულობებს შორის ინტერვალის რეგულირებას;
- ბავშვის დაბადების დროის შერჩევას მშობლების ასაკის მიხედვით.

ამ ამოცანების პრაქტიკულ გადაჭრაში ერთ-ერთი წამყვანი როლი ენიჭება კონტრაცეფციის მეთოდებს – მათი გამოყენება აგვაცილებს არასასურველ ორსულობებს, რაც საშუალებას მოგვცემს შევამციროთ ხელოვნური აბორტებით გამოწვეული გართულებები, დედათა სიკვდილიანობა, და ვარეგულიროთ შობადობა. ხელოვნური აბორტის შემდგომ განვითარებული გართულებების სპექტრი საკმაოდ ფართოა – ის მოიცავს როგორც ახლო (მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ანთებითი დაავადებები, სისხლდენა, პერფორაცია), ისე შორეულ გართულებებს (უშვილობა, მენსტრუალური ციკლის დარღვევა, საშვილოსნოსგარე ორსულობა).

კონტრაცეფციის მეთოდების გამოყენების სამედიცინო კრიტერიუმები

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) მიერ შემუშავებული იქნა კონტრაცეფციის მეთოდების გამოყენების დაწყებისა და გაგრძელების სამედიცინო კრიტერიუმების ახალი კლასიფიკაცია.

ამ კლასიფიკაციის თანახმად, კონტრაცეფციის მეთოდები ფასდება გარკვეული სამედიცინო მდგომარეობის დროს ჯანმრთელობაზე მათი დადებითი და უარყოფითი ზეგავლენის თვალსაზრისით.

ჯანმოს კლასიფიკაცია

ჯანმოს კატეგორია	განსაზღვრა	გამოყენება
კატეგორია 1 მეთოდი გამოიყენება ნებისმიერი მდგომარეობის დროს.	მდგომარეობა, რომლის დროსაც კონტრაცეფციის მეთოდის გამოყენებაზე შეზღუდვა არ არის.	შეიძლება
კატეგორია 2 მეთოდი ჩვეულებრივ გამოიყენება.	მდგომარეობა, რომლის დროსაც მეთოდის გამოყენება უფრო მეტად სასარგებლოა, ვიდრე თეორიული და დადგენილი რისკი.	
კატეგორია 3 მეთოდის გამოყენება ჩვეულებრივ რეკომენდებული არაა, მხოლოდ იმ შემთხვევების გარდა, როდესაც უფრო მეტად მისაღები მეთოდები მიუწვდომელია ან მიუღებელია.	მდგომარეობა, როდესაც მეთოდის გამოყენების თეორიული და დამტკიცებული რისკი ჩვეულებრივად მეტია სარგებლობაზე.	არ შეიძლება
კატეგორია 4 მეთოდი არ გამოიყენება.	მდგომარეობა, როდესაც კონტრაცეფციის გამოყენება ქმნის ჯანმრთელობისათვის დაუშვებელ რისკს.	

კონსულტირება

დეფინიცია – ეფექტური, კონფიდენციალური კომუნიკაციის საშუალება კონსულტანტსა (სამედიცინო პირს, სოციალურ მუშაკს, განსწავლულ ინსტრუქტორს) და მის პაციენტს (კლიენტს) შორის, რომელიც ემსახურება პიროვნების პრობლემის გადაჭრას, ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას.

კონსულტირების მნიშვნელობა გამომდინარეობს პაციენტის უფლებებიდან, მიიღოს ამომწურავი, ობიექტური, დროული ინფორმაცია სამედიცინო მომსახურების მომწოდებლისგან. პაციენტს აქვს უფლება:

- ღირსების – უფლება მის მიმართ იყვნენ ყურადღებიანი, გულახდილი, პატივისცემით განმსჭვალული;
- ინფორმაციის მიღების – უფლება იცოდეს ვინ ემსახურება, ინფორმაცია რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროს ნებისმიერი პრობლემური საკითხის შესახებ, ზუსტი და გულახდილი პასუხი ყველა კითხვაზე;
- ხელმისაწვდომობის – მიიღოს ხარისხიანი მომსახურება მიუხედავად სქესისა, რელიგიური მრწამსისა, ოჯახური მდგომარეობისა, ნაციონალობისა და ასაკისა;
- არჩევანის – დამოუკიდებელი არჩევანის გაკეთების უფლება – რამდენი შვილი იყოლიოს, რომელი მეთოდი შეირჩიოს; მკურნალობის ან მასზე უარის თქმის, მისთვის სასურველ ნებისმიერ დროს გადაწყვეტილების შეცვლის არჩევანი;
- უსაფრთხოების – უფლება შეირჩიოს უსაფრთხო და სანდო კონტრაცეფციის მეთოდი;
- ანონიმურობის – უფლება არ გაამხილოს ვინაობა;
- კონფიდენციალობის – უფლება, რომ მისი პირადი ინფორმაცია არ ეცოდინება სხვას;
- სიმშვიდის – უფლება იგრძნოს თავი მოხერხებულად, კომფორტულად, მყუდროდ;
- თავის აზრის გამოხატვის უფლება – გამოთქვას მომსახურეობის შესახებ თავისი მოსაზრებები.

კონსულტირების მიზანი:

კონსულტირების მიზანია პაციენტმა გააკეთოს ინფორმირებული არჩევანი, თავის თავზე აიღოს პასუხისმგებლობა პრობლემებთან, გადაწყვეტილებებთან დაკავშირებით.

ინფორმირებული არჩევანი არის თავისუფალი გადაწყვეტილება, რომელიც დაფუძნებულია ამ არჩევანთან დაკავშირებული ყველა სახის ინფორმაციის ცოდნაზე. ოდ დაკავშირებით ინფორმირებული არჩევანის გაკეთებისას პაციენტმა უნდა გააცნობიეროს ყველა ხელმისაწვდომი მეთოდი, მისი უპირატესობა, ნაკლოვანება, მოსალოდნელი გვერდითი მოვლენები, შესაძლო რისკი და გამოყენების ტექნიკა.

კონსულტირების ეფექტი:

- პრობლემის გადაჭრა და გადაწყვეტილებით კმაყოფილება;
- დამოუკიდებლობის შეგრძნება და თავდაჯერებულობა;
- გადაწყვეტილების მიღების უნარ-ჩვევები;

- საუკეთესო არჩევანი;
- გადაწყვეტილება ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებით, რაც გულისხმობს აბორტზე უარის თქმას, მშობიარობათა შორის ინტერვალის დაცვას, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას, შვილების სასურველ რაოდენობას და გააზრებულ რეპროდუქციულ გეგმებს;
- უმნიშვნელო გვერდითი მოვლენებისთვის თავის გართმევა;
- ხშირი შემდგომი ვიზიტები;
- ამა თუ იმ საკითხზე არსებული „ჭორების“ და „მითების“ უგულვებელყოფა.

კონსულტირებაზე და გადაწყვეტილების მიღების პროცესზე მოქმედი ფაქტორები:

- კულტურალური ფაქტორები:
 - ადათ-წესები;
 - ტრადიციები;
 - რელიგია;
- სოციალური ფაქტორები – ცალკეული ადამიანის ან ადამიანთა ჯგუფის, საზოგადოების გავლენა;
- აღქმისა და ინტერპრეტაციის უნარი:
 - სუბიექტური გაგება, ინტერპრეტაცია;
 - ლექსიკის, ტერმინოლოგიის გათავისება;
 - მოწოდებული ინფორმაციის რაოდენობა და სახეები;
- შესაძლებლობის მიმცემი ფაქტორები:
 - დრო;
 - მატერიალური შესაძლებლობა;
 - სპეციალური უნარები;
 - მომსახურების ხელმისაწვდომობა და ხარისხი.
- რეპროდუქციული ეტაპი:
 1. პერიოდი მენარხედან პირველ სქესობრივ ურთიერთობამდე;
 2. პერიოდი პირველი სქესობრივი ურთიერთობიდან დაქორწინებამდე;
 3. პერიოდი დაქორწინებიდან პირველი შვილის გაჩენამდე;
 4. პერიოდი პირველი შვილის გაჩენიდან ბოლო შვილის გაჩენამდე;
 5. პერიოდი ბოლო შვილის გაჩენიდან მენოპაუზამდე.

1-ლი, მე-2 და ხშირად მე-3 პერიოდები ეხება შედარებით ახალგაზრდა ასაკს. ამ კონტინგენტის პაციენტებს განსაკუთრებული კონსულტირება სჭირდება. კონსულტანტს მართებს იყოს ღია, მოქნილი, მარტივი, პირდაპირი, ნდობით აღჭურვილი, კონფიდენციალური, მშვიდი და მომთმენი. ახალგაზრდობას სჭირდება:

- უნარები და არა ფაქტები;
- ინფორმაცია არა მარტო რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე, არამედ სოციალურ და სექსუალურ კავშირებზე;
- არა დროში გაწელილი გეგმები, არამედ მომენტალური გადაწყვეტილება, ის ცხოვრობს დღევანდელი დღით;
- საფრთხის განსაკუთრებული ხაზგასმა, რადგან ახასიათებს რისკიანი ქმედება;
- სგვი-ზე განსაკუთრებული აქცენტი და სრულყოფილი ინფორმაცია;

- საკუთარი პრობლემების დაკონკრეტება, რეალური პრობლემის წარმოჩენა.

მე-4 პერიოდი (პირველი შვილის გაჩენიდან ბოლო შვილის გაჩენამდე) გამოირჩევა კონტრაცეპციული მეთოდების მრავალფეროვნებით. მათი არჩევანი დამოკიდებულია პაციენტის ჯანმრთელობის თავისებურებებზე, სოციალურ, ყოფით, რელიგიურ და სხვა ფაქტორებზე.

მე-5 პერიოდი შეეხება შედარებით გვიან რეპროდუქციულ ასაკს, რის გამოც გასათვალისწინებელია პაციენტის ასაკობრივი და ზოგად სომატურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ფაქტორები.

კონსულტირების ელემენტები

ეფექტური კონსულტირების ჩასატარებლად საჭიროა:

- პროფესიონალიზმი, კომპეტენტურობა;
- ეფექტური კომუნიკაციის უნარ-ჩვევები.

კონსულტირების ძირითადი ელემენტებია:

- ურთიერთობა (კომუნიკაცია);
- პაციენტის სურვილების დადგენა;
- ემოციების მართვა;
- თანამონაწილეობა;
- კონფიდენციალობა;
- ინფორმირებულობა.

იმისათვის, რომ ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებულ საკითხებში კონსულტირების პროცესი წარმატებულად წარიმართოს და კონსულტანტმა უკეთ დაიმახსოვროს პროცესის ეტაპები, შემუშავებულია მარტივი მეთოდი, სახელწოდებით „გამიგე“.

(ინგლისური ვერსია GATHER

რუსული ვერსია ПОМОГИ)

- გ – გულისხმიერად შეხვდი პაციენტს;
- ა – ანამნეზი მიზანდასახულად გამოკითხე;
- მ – მიაწოდე ინფორმაცია პრობლემის შესახებ;
- ი – ინფორმირებულ არჩევანში დაეხმარე;
- გ – გაარკვეე არჩევანის დეტალებში;
- ე – ერთად შეთანხმდით მომდევნო ვიზიტი.

გამიგე

გ – გულისხმიერად შეხვდი პაციენტს

- ❖ თბილად და პატივისცემით მიესალმეთ პაციენტს;
- ❖ წარუდგინეთ საკუთარი თავი (თუ პაციენტი არ გიცნობთ თქვენ);
- ❖ შესთავაზეთ პაციენტს დასაჯდომი;

- ❖ დაარწმუნეთ პაციენტი, რომ დაცული იქნება კონფიდენციალობა, რომ არავის გადასცემთ იმას, რასაც მისგან გაიგებთ;
- ❖ ჰკითხეთ პაციენტს, თუ რით შეგიძლიათ დაეხმაროთ მას;
- ❖ აუხსენით, რა მოხდება ვიზიტის დროს; აუხსენით, როგორ ხდება ფიზიკური გამოკვლევების ჩატარება და ლაბორატორიული ანალიზების გაკეთება, თუ ამის საჭიროება იქნება.

ა - ანამნეზი/გამოკითხვა

ანამნეზი გამოკითხე მიზანდასახულად. ჰკითხეთ პაციენტს რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით თავისი საჭიროების შესახებ.

- ❖ დაეხმარეთ პაციენტს, ილაპარაკოს ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებით თავისი საჭიროებების, სურვილების, ეჭვების, პრობლემების შესახებ; გახსოვდეთ მისი რეპროდუქციული სტადია და მოუსმინეთ მის საუბარს პირადი მოტივაციის, მიზნებისა და/ან არჩევანის შესახებ;
- ❖ ჰკითხეთ პაციენტს მისი მემკვიდრეობითობისა და ანამნეზის შესახებ (სტანდარტული საკონტროლო ფურცლის მეშვეობით, რომელიც მოიცავს: პაციენტის ასაკს, ოჯახურ მდგომარეობას, ორსულობათა რაოდენობას, მშობიარობათა რაოდენობას, ცოცხლადშობილ ბავშვთა რაოდენობას, აბორტების და ოპერაციათა რაოდენობას, ამჟამად ან წარსულში ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების გამოყენებას და ძირითად სამედიცინო ინფორმაციას); განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ იმ საკითხებს, რომლებიც დაკავშირებულია პაციენტის არჩევანთან, თუ რას ანიჭებს უპირატესობას;
 - პაციენტს აუხსენით, რომ ამ ინფორმაციის მიღება გინდათ იმისათვის, რომ მას დაეხმაროთ ოჯახის დაგეგმვის საუკეთესო მეთოდის შერჩევაში;
 - დასვით მარტივი და მოკლე კითხვები;
 - ლაპარაკის დროს უყურეთ პაციენტს.

ბ - მიაწოდე ინფორმაცია პრობლემის ირგვლივ

უზრუნველყავით პაციენტი ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებით თავის საჭიროებებსა და ცოდნაზე დაფუძნებული ინფორმაციით. ჰკითხეთ პაციენტს, თუ რომელი მეთოდის გამოყენებითაა დაინტერესებული.

- ❖ თუ პაციენტს უკვე შერჩეული აქვს რომელიმე მეთოდი, რომლის გამოყენებაც სურს და რომელსაც უკუჩვენება არა აქვს მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებით და თუ მას არ აინტერესებს სხვა მეთოდების განხილვა, მიაწოდეთ ინფორმაცია მის მიერ შერჩეული მეთოდის შესახებ;
- ❖ შეაფასეთ პაციენტის ცოდნა მის მიერ შერჩეულ მეთოდთან დაკავშირებით (რომ უკეთ იცოდეთ, რამდენად ესმის მას ეს მეთოდი და რამ განაპირობა ამ არჩევანის გაკეთება):
 - რა მეთოდია;
 - მეთოდის შედარებითი ეფექტურობა;
 - როგორ გამოიყენება მეთოდი;
 - მეთოდის უპირატესობანი და ნაკლოვანი მხარეები (შენიშვნა: რაც ერთი ადამიანის შემთხვევაში უპირატესობაა, მეორე ადამიანთან მიმართებაში ის შეიძლება ნაკლოვანებად ჩაითვალოს ან პირიქით);

- მეთოდთან დაკავშირებული შესაძლო გვერდითი მოვლენები.
- შეუსწორეთ პაციენტს ნებისმიერი მცდარი ინფორმაცია, რაც შეიძლება მას ჰქონდეს;
- შეავსეთ მისი ინფორმაცია საჭიროების მიხედვით;
- აცნობეთ პაციენტს, რომ შესაძლებელია გარკვეული დროის შემდეგ ამ მეთოდის შეცვლა, თუ ამას საჭიროება მოითხოვს;
- დარწმუნდით, რომ პაციენტმა თქვენს მიერ მიწოდებული ინფორმაცია გაიგო.
- ❖ თუ პაციენტს ბევრი არ ულაპარაკია თავისი რეპროდუქციული მიზნების შესახებ და არ გამოუხატავს რომელიმე კონკრეტული მეთოდით დაინტერესება, ჰკითხეთ, თუ რა რეპროდუქციული გეგმები აქვს და რამდენად ერკვევა ოჯახის დაგეგმვის მეთოდებში.

ჰკითხეთ პაციენტს:

- რა რეპროდუქციული გეგმები აქვს? (თუ საჭიროა, დაუსვით დამატებითი კითხვები, რათა დაეხმაროთ, რომ თავისი გეგმები შეუსაბამოს ოჯახის დაგეგმვის მეთოდს).

განიხილეთ პაციენტთან ერთად:

- მისი ოჯახური მდგომარეობა;
- მისი გეგმები ორსულობის თავიდან აცილებასთან, მათ შორის ინტერვალთან და რაოდენობის შეზღუდვასთან დაკავშირებით;
- რა სურს მის პარტნიორს;
- პაციენტის კრიტერიუმები მეთოდის შერჩევასთან დაკავშირებით;
- რა იცის ოჯახის დაგეგმვის სხვადასხვა მეთოდების შესახებ? რომელ მეთოდს ანიჭებს უპირატესობას?
- აღნიშნეთ ხელმისაწვდომი მეთოდები, რამაც შეიძლება დააინტერესოს პაციენტი ახლა ან გარკვეული დროის შემდეგ. ჰკითხეთ მას, თუ სურს რომელიმე მათგანის შესახებ დამატებითი ინფორმაციის მიღება;
- უთხარით პაციენტს ნებისმიერი მეთოდის შესახებ, რომლის გამოყენებითაც ის არის დაინტერესებული.

o - ინფორმირებულ არჩევანში დაეხმარე

დაეხმარე პაციენტს იმ მეთოდის შერჩევაში, რაც შეესაბამება მის საჭიროებებს ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებით:

- ❖ თუ პაციენტს ჯერ არ გამოუხატავს უპირატესობა რომელიმე კონტრაცეპტული მეთოდის მიმართ, ჰკითხეთ, თუ არის რომელიმე მეთოდი, რომლის გამოყენებაც სურს. ყურადღებით მოუსმინეთ პაციენტის პასუხს;
- ❖ თუ პაციენტი ირჩევს მეთოდს, რომელიც უკუნაჩვენებია სამედიცინო თვალსაზრისით, აუხსენით რატომ და დაეხმარეთ მას სხვა მეთოდის გამოყენების შესაძლებლობის განხილვაში;
- ❖ ჰკითხეთ პაციენტს, როგორ ფიქრობს, გაუძლებს თუ არა შერჩეული მეთოდის შესაძლო გვერდით მოვლენებს;
- ❖ ჰკითხეთ პაციენტს, თუ არის რამე, რაც მან ვერ გაიგო ან თუ სურს კიდევ რაიმე ინფორმაციის მიღება. გაიმეორეთ და/ან ინფორმაციის პერეფრაზირება გააკეთეთ საჭიროების მიხედვით;

- ❖ დარწმუნდით, რომ პაციენტმა მისთვის ნათელი გადაწყვეტილება გამოიტანა. ჰკითხეთ „რომელი მეთოდის გამოყენება გადაწყვიტეთ?“

გ - განუმარტე არჩევანი, გაარკვიე არჩევანის დეტალებში

- ❖ აუხსენით პაციენტს, თუ როგორ უნდა გამოიყენოს შერჩეული მეთოდი;
- ❖ პაციენტი უზრუნველყავით შერჩეული მეთოდით;
- ❖ თუ პაციენტის შერჩეული მეთოდით უზრუნველყოფა შეუძლებელია იმავე დღეს, შესთავაზეთ და უზრუნველყავით ის დროებითი მეთოდით; და უთხარით თუ, როგორ, როდის და სად შეუძლია მის მიერ შერჩეული მეთოდის მიღება;
- ❖ აუხსენით პაციენტს, თუ როგორ უნდა გამოიყენოს შერჩეული მეთოდი, რა შესაძლო გვერდითი მოვლენები და საყურადღებო ნიშნები შეიძლება ჰქონდეს მას და როგორ უნდა მოიქცეს საყურადღებო ნიშნების არსებობის შემთხვევაში. პაციენტს მიაწოდეთ არსებითი ინფორმაცია, რაც მან უნდა იცოდეს მეთოდის გამოყენებასთან დაკავშირებით და შესაძლო პრობლემების თავიდან ასაცილებლად (თუ პაციენტი არ დაგისვამთ კონკრეტულ კითხვებს), ნუ გადატვირთავთ პაციენტს ინფორმაციით;
- ❖ სთხოვეთ პაციენტს, გაიმეოროს ინსტრუქციები. მოუსმინეთ ყურადღებით, რათა დარწმუნდეთ, რომ მან ისინი გაიგო. ღია კითხვების გამოყენებით შეამოწმეთ, რომ პაციენტმა გაიგო, რა უნდა გააკეთოს პრობლემის არსებობის შემთხვევაში;
- ❖ უთხარით პაციენტს, თუ როდის უნდა მოვიდეს შემდგომ ვიზიტზე;
- ❖ აუხსენით პაციენტს, რომ მას შეუძლია ნებისმიერ დროს მოვიდეს თქვენთან, თუ რაიმე კითხვა ექნება ან შეამჩნევს გვერდით მოვლენებს და საყურადღებო ნიშნებს. დაარწმუნეთ პაციენტი იმაში, რომ თქვენთან შეუძლია მოვიდეს, თუ რაიმე კითხვა ან პრობლემა ექნება.

ე - ერთად შეთანხმდით მომდევნო ვიზიტზე

მომდევნო ვიზიტის დროს:

- ❖ პატივისცემით და კეთილგანწყობით მიესალმეთ პაციენტს;
- ❖ ჰკითხეთ პაციენტს, თუ კიდევ იყენებს შერჩეულ მეთოდს და თუ არის ამ მეთოდით კმაყოფილი;
- ❖ თუ დადებითი პასუხი მიიღეთ, ჰკითხეთ მეთოდთან დაკავშირებული რაიმე პრობლემა ან გვერდითი მოვლენა ხომ არა ჰქონია. სთხოვეთ, დაასახელოს ისინი თანმიმდევრობით;
- ❖ გაუწიეთ კონსულტაცია, უმკურნალებთ და/ან უფრო სერიოზული გვერდითი მოვლენების არსებობის შემთხვევაში, სხვა ინსტანციაში გადააგზავნეთ;
- ❖ ჰკითხეთ პაციენტს, როგორ იყენებს მეთოდს. დარწმუნდით, რომ ის ამ მეთოდს სწორად იყენებს;
- ❖ ჰკითხეთ პაციენტს, ხომ არ აქვს შეკითხვა;
- ❖ დაეხმარეთ პაციენტს მეთოდის შეცვლაში, თუ მას ეს სურს;
- ❖ საჭიროების შემთხვევაში პაციენტი უზრუნველყავით მარაგით;
- ❖ დაუნიშნეთ პაციენტს შემდგომ ვიზიტზე მოსვლის თარიღი (საჭიროების შემთხვევაში).

კომბინირებული ჰორმონული კონტრაცეპტივები (კჰკ)

კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივები (კოკ)

განმარტება

ტაბლეტებში შემავალი ორი ჰორმონის – ესტროგენის და პროგესტაგენის მცირე დოზა წარმოადგენს საკვერცხის ბუნებრივი ჰორმონების: ესტროგენის და პროგესტერონისა სინთეზურ ანალოგებს.

კოკ მასში შემავალი ესტროგენისა და პროგესტაგენის კომბინაციის მიხედვით იყოფა სამ ტიპად: მონოფაზური, ორფაზიანი, სამფაზიანი:

- მონოფაზური – 21 აქტიური ტაბლეტიდან თითოეული შეიცავს ესტროგენისა და პროგესტაგენის თანაბარ რაოდენობას;
- ორფაზიანი (ბიფაზური) – 21 აქტიური ტაბლეტიდან თითოეული შეიცავს ესტროგენის უცვლელ დოზას, ხოლო პროგესტაგენის დოზა იზრდება ციკლის მეორე ფაზაში;
- სამფაზიანი (ტრიფაზური) – 21 აქტიური ტაბლეტი შეიცავს ესტროგენისა და პროგესტაგენის სამ სხვადასხვა კომბინაციას: ესტროგენის შემცველობა იზრდება მხოლოდ მეორე ფაზაში, პროგესტაგენის შემცველობა იზრდება საფეხურებრივად სამ ეტაპად.

ესტროგენული კომპონენტის შემადგენლობის მიხედვით კოკ-ი იყოფა:

- დაბალდოზიანი – 1 ტაბლეტი შეიცავს 30-35 მკგ ე. ე.*
- მიკროდოზირებული – 1 ტაბლეტი შეიცავს 15-20 მკგ ე. ე.

მოქმედების მექანიზმი

კოკ-ის მოქმედების ძირითადი მექანიზმია:

- ოვულაციის დათრგუნვა;
- ცერვიკალური ლორწოს ბიოქიმიური შემადგენლობის შეცვლა, ცერვიკალური ლორწოს გასქელება და მასში სპერმატოზოიდების შეღწევის გაძნელება.

ეფექტურობა

- 0,3 ორსულობა 100 ქალზე/წელიწადში, სწორად და რეგულარულად გამოყენების შემთხვევაში;
- 9 ორსულობა 100 ქალზე/წელიწადში უსისტემოდ, არარეგულარულად გამოყენების შემთხვევაში.

კოკ კონტრაცეპციული უპირატესობები

- მაღალი და სწრაფი ეფექტურობა;
- მეთოდის შექცევადობა;
- ქალს ეძლევა შესაძლებლობა აკონტროლოს ფერტილობა;
- გვერდითი მოვლენების სიმცირე;

* ე.ე. – ეთინილესტრადიოლი

- გამოყენების სიადვილე;
- გამოყენების წინ არ არის აუცილებელი საშოს მხრივი გასინჯვა;
- არ უკავშირდება სქესობრივ აქტს;
- შედარებით იაფია (თუ შევადარებთ აბორტის ხარჯებს);
- შეიძლება გავრცელებული იყოს კვალიფიციური არასამედიცინო პერსონალის მიერ;
- მენსტრუაციული ციკლის ადეკვატური კონტროლი.

კოკ დადგენილი დადებითი გავლენა ჯანმრთელობაზე

სამედიცინო პრაქტიკაში კოკ გამოიყენება არა მარტო კონტრაცეპციული, არამედ არაკონტრაცეპციული მიზნითაც, რომელსაც აქვს თავისი უპირატესობები:

- მცირდება საშვილოსნოსგარე ორსულობის სიხშირე;
- მცირდება მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ანთებითი დაავადებების სიხშირე;
- მცირდება მენსტრუაციული გამონადენი;
- მცირდება სარძევე ჯირკვლების კეთილთვისებიანი დაავადების (ფიბროზულ-კისტოზური მასტოპათია) რისკი;
- მცირდება საკვერცხის, ენდომეტრიუმისა და კოლორექტალური კიბოს განვითარების რისკი;
- ქრება ან მცირდება პრემენსტრუაციული დამაბულობა და დისმენორეა, ოვულაციური ტკივილი;
- მცირდება რკინადეფიციტური ანემიის რისკი (მენსტრუაციული გამონადენის შემცირების ხარჯზე);
- დადებითად მოქმედებს ენდომეტრიოზის მიმდინარეობაზე;
- მცირდება საშვილოსნოს მიომის განვითარების რისკი;
- მცირდება საკვერცხის რეტენციული წარმონაქმნების სიხშირე;
- ხასიათდება სამკურნალო ეფექტით პოლიცისტოზური საკვერცხეების სინდრომის დროს (აკნე, ჰირსუტიზმი, არარეგულარული მენსტრუაცია);
- გამოიყენება საშვილოსნოდან დისფუნქციური სისხლდენების, უშვილობის სამკურნალოდ;
- იხსნება „არასასურველი ორსულობის შიში“;
- შესაძლებელია მორიგი მენსტრუაციის „გადაწევა“ გამოცდის, შეჯიბრების, დასვენების დროს ან სამედიცინო ჩვენებით.

კოკ ნაკლოვანებები

- მიღების წესის დარღვევა ზრდის არასასურველი ორსულობის რისკს;
- საჭიროებს კვალიფიციურ კონსულტაციას;
- ყოველდღიური გამოყენება – საჭიროებს მუდმივ მოტივაციას. გულმავიწყობა ზრდის ორსულობის რისკს;
- ეფექტურობა ქვეითდება ზოგიერთ წამალთან ერთდროული მიღებისას (ბარბიტურატები, ანტიტუბერკულოზური პრეპარატები);
- არ იცავს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისაგან (მათ შორის B ჰეპატიტის ვირუსი და აივ/შიდსი);
- შესაძლოა ფერტილობის აღდგენის შეფერხება (1-2% შემთხვევაში).

კოკ გვერდითი მოვლენები

- ძალიან იშვიათად შესაძლებელია სერიოზული გართულებები: ქვედა კიდურების ღრმა ვენების თრომბოზი ან ფილტვის ემბოლია;
- უკიდურესად იშვიათად: მიოკარდიუმის ინფარქტი, ინსულტი;
- აუცილებელია უწყვეტი მონიტორინგება;
- მენსტრუალური გამონადენის ხანგრძლივობის და ინტენსივობის ცვლილება;
- თავის ტკივილი;
- თავბრუსხვევა;
- გულისრევა;
- სარძევე ჯირკვლების მტკივნეულობა;
- წონის ცვლილება;
- ხასიათის ცვლილება;
- აკნეს წარმოქმნა (უმრავლეს შემთხვევაში აკნე დროთა განმავლობაში მცირდება. შეიძლება გამონაყარის ინტენსივობამ მოიმატოს);
- არტერიული წნევის უმნიშვნელო ცვლილება (რამდენიმე მმ.ვწყ.სვ.). თუ ეს ცვლილება დაკავშირებულია კოკ-ის მიღებასთან, წნევა ნორმას უბრუნდება კოკ-ის შეწყვეტის შემდეგ.

კოკ გამოყენების უკუჩვენებები

- ორსულობა;
- მშობიარობის შემდეგ 6 თვე ძუძუთი კვების დროს;
- მშობიარობის შემდეგ 3 კვირა არა მეძუძურ დედაებში;
- სასქესო გზებიდან დაუდგინელი გენეზის სისხლდენა;
- გულ-სისხლძარღვთა დაავადების მრავლობითი რისკ-ფაქტორების არსებობა. გართულებებით მიმდინარე გულის სარქველების დაავადებები;
- თრომბოფილია, თრომბოციტოზი, დაავადებები, თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის დარღვევა, ცერებრო-ვასკულური ინსულტები, მიოკარდიუმის ინფარქტი (ანამნეზში);
- თრომბოციტოზი მუტაცია – სისხლის შედედების დარღვევები;
- შაკიკი ნევროლოგიური სიმპტომებით;
- 35 წლის ზევით სიგარეტის მოწევა (დღეში 15 და მეტი სიგარეტი);
- არტერიული ჰიპერტონია;
- T/A სისტოლური ≥ 160 დიასტოლური ≥ 100 მმ ვწყ სვ (მე-4 კატეგორია); ან სისტოლური ≥ 140 -159 დიასტოლური ≥ 90 -99 მმ ვწყ სვ (მე-3 კატეგორია);
- შაქრიანი დიაბეტი სისხლძარღვოვანი გართულებებით, ან სხვა სისხლძარღვოვან დაავადებებთან ერთად, ან 20 წლის ხანგრძლივობით;
- ძუძუს კიბო ამჟამად;
- ღვიძლის მწვავე დაავადება (ჰეპატიტი);
- ღვიძლის კეთილთვისებიანი ან ავთვისებიანი სიმსივნე, ღვიძლის ციროზი, დეკომპენსაციის სტადიაში;
- ქირურგიული ოპერაცია ხანგრძლივი იმობილიზაციით;
- კანის დაავადება კომბინირებული პლასტიკურებისათვის;

- ცისტო-რექტოცელე, საშვილოსნოს დაწვევა, მძიმე ქრონიკულ ყაზოზა კომბინირებული რგოლისათვის.

კომბინირებული საინექციო კონტრაცეპტივები (კსკ)

განმარტება

კომბინირებული საინექციო კონტრაცეპტივები შეიცავს ხანმოკლე მოქმედების (ბუნებრივ) ესტროგენს და ხანგრძლივი მოქმედების პროგესტაგენს. საინექციო პრეპარატები თანდათანობით შეიწოვება ინექციის შემდეგ 28 დღის განმავლობაში. ერთი ინექცია კეთდება თვეში ერთხელ.

კსკ სახეები

- 25 მგ დეპო-მედროქსიპროგესტერონ აცეტატი და 5 მგ ესტრადიოლ ციპიონატი (ციკლოფემი, ციკლოფემინა, ლუნელა, ლუნელე, ნოვაფემი და ა.შ.);
- 50 მგ ნორეთისტერონ ენანტატი და 5 მგ ესტრადიოლ ვალერატი (მესიჯინა და ნორიგინონი).

რადგანაც კსკ-ში შემავალი ესტროგენი უფრო ფიზიოლოგიურია და ნაკლებად ძლიერი, ვიდრე კოკ-ში შემავალი სინთეზური ესტროგენი, კსკ-ს გამოყენებისას გამოვლენილი ესტროგენ-დამოკიდებული გვერდითი მოვლენები შეიძლება განსხვავდებოდეს კოკ-ის გვერდითი მოვლენებისაგან. კსკ-ს მოკლევადიანმა გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ კოკ-თან შედარებით იგი უმნიშვნელოდ მოქმედებს არტერიულ წნევაზე, ჰემოსტაზზე, სისხლის შედედებაზე, ლიპიდების მეტაბოლიზმზე და ღვიძლის ფუნქციაზე.

კსკ წარმოადგენს კონტრაცეფციის შედარებით ახალ მეთოდს, ამდენად მათი ხანგრძლივი გამოყენების ეპიდემიოლოგიური მონაცემები ამ ეტაპზე მცირეა. ამასთან, კოკ მიღებისას ჰორმონული დატვირთვის მოხსნა შეიძლება პრეპარატის მიღების შეწყვეტით, ხოლო კსკ გამოყენებისას ჰორმონის ზემოქმედება გრძელდება ხანგრძლივად.

ჯანმო-ს სამუშაო ჯგუფის დაკვნითი მასალა, რომელიც კოკ გამოყენებაზე არსებობს, უმეტეს შემთხვევაში მისაღებია კსკ-ზე, მაგრამ არა ყველა შემთხვევაში. ამიტომ კსკ გამოყენებისას პაციენტების მდგომარეობის კვალიფიკაციის დროს ჯანმო-ს სამუშაო ჯგუფი ორინტირებული იყო კოკ და პკ (პროგესტაგენული კონტრაცეპტივები) კატეგორიებზე და შეარჩია საშუალო მათ შორის. თუმცა მძიმე ფორმის პათოლოგიების დროს (მაგ: გულის იშემიური დაავადება) კლასიფიკაცია არის იგივე, რაც კოკ დროს. ამიტომ აღნიშნული კატეგორიები არის წინასწარი და ახალი მონაცემების მიხედვით გადასინჯვას ექვემდებარება.

კსკ მოქმედების მექანიზმი (იხ. კოკ)

ეფექტურობა

კსკ ეფექტურობა შეადგენს 0,05 ორსულობა 100 ქალზე/წელიწადში, სწორად და რეგულარულად გამოყენების შემთხვევაში.

3 ორსულობა 100 ქალზე/წელიწადში არარეგულარულად გამოყენების შემთხვევაში.

კსკ კონტრაცეპციული უპირატესობები

- მაღალი ეფექტურობა;
- მეთოდის შექცევადობა;
- შეიძლება დაცული იყოს კონტრაცეპციის მეთოდის გამოყენებასთან დაკავშირებული კონფიდენციალობა;
- გამოყენების სიადვილე, არ საჭიროებს ყოველდღე ტაბლეტების მიღებას;
- გამოყენების წინ არ არის აუცილებელი საშოსმხრივი გასინჯვა;
- არ მოითხოვს მარაგის გაკეთებას;
- მეთოდის გამოყენება შეიძლება შეწყდეს ნებისმიერ დროს.

კსკ ნაკლოვანებები

- ზოგიერთ შემთხვევაში იწვევს მენსტრუაციული ციკლის ხასიათის შეცვლას (ადრეულ სტადიაზე არარეგულარული – მცირე რაოდენობით სისხლიანი გამონადენი), შემდეგ მენსტრუაციის შეწყვეტა, რომელსაც ზიანი არ მოაქვს ქალის ჯანმრთელობისთვის;
- დამოკიდებულია გამომყენებელზე (პაციენტი კლინიკაში უნდა მოვიდეს 30 დღეში ერთხელ);
- არ იცავს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისაგან (მათ შორის B ჰეპატიტის ვირუსი და აივ/შიდსი).

კსკ გვერდითი მოვლენები

- მენსტრუაციული ციკლის ცვლილებები. უფრო ნაკლებად გვხვდება, ვიდრე პროგესტაგენული საინექციო კონტრაცეპტივების გამოყენების დროს. პირველი ციკლი არის მოკლე (10-20 დღე), რომლის შემდეგ აღინიშნება ყოველთვიური სისხლდენა. არარეგულარული სისხლდენა აღინიშნება შემთხვევათა 30%-ში პირველი 3 თვის განმავლობაში. კსკ გამომყენებლების უმრავლესობას პირველი წლის ბოლოს აღინიშნებათ რეგულარული მენსტრუაციული ციკლი;
- სხვა მცირე გვერდითი მოვლენებია: წონაში მომატება, თავის ტკივილი.

უკუჩვენებები, კატეგორიები, ურთიერთქმედება სხვა მედიკამენტებთან და გეგმიური გამოკვლევები იხ. კოკ შესაბამის ნაწილში.

კომბინირებული პლასტირები (კპ)

განმარტება

კონტრაცეპციული პლასტირი წარმოადგენს კვადრატული ფორმის თხელ ფირფიტას, რომელიც ეწყება კანზე. პლასტირიდან უწყვეტად შეიწოვება სისხლში ორი ჰორმონის ესტროგენის და პროგესტაგენის მცირე დოზა, რომლებიც საკვერცხის ბუნებრივი ჰორმონების: ესტროგენის და პროგესტერონისა სინთეზურ ანალოგებია.

კპ სახეები

- 20 სმ² ორთო ევრა კონტრაცეპციული პლასტირი შეიცავს 750 მკგ ეთინილესტრადიოლს (ესტროგენი) და 6000 მკგ ნორელგესტრომინის (პროგესტაგენი);
- 20სმ² ევრა კონტრაცეპციული პლასტირი შეიცავს 600 მკგ ეთინილესტრადიოლს (ესტროგენი) და 6000 მკგ ნორელგესტრომინის (პროგესტაგენი);
- პლასტირიდან სისხლისმიმოქცევაში დღე-ღამეში გამონთავისუფლდება 20 მკგ ეთინილესტრადიოლი და 150 მკგ ნორელგესტრომინი.

კპ მოქმედების მექანიზმი (იხ. კოკ)

ეფექტურობა

- 0,3 ორსულობა 100 ქალზე/წელიწადში, სწორად და რეგულარულად გამოყენების შემთხვევაში;
- 9 ორსულობა 100 ქალზე/წელიწადში უსისტემოდ, არარეგულარულად გამოყენების შემთხვევაში;
- 90კგ. – ზე მეტი წონის ქალებში მომატებულია დაუგეგმავი ორსულობის რისკი.

მიუხედავად იმისა, რომ კონტრაცეპციული პლასტირი შედარებით ახალი მათოდია და შორეულ შედეგებზე ორიენტირებული კვლევები შეზღუდული მოცულობისაა, მეცნიერები ვარაუდობენ, რომ მას ისეთივე დადებითი გავლენა ექნება ქალის ჯანმრთელობაზე და ისეთივე უკუჩვენებები როგორც კოკ-ს.

დადგენილი დადებითი გავლენა ჯანმრთელობაზე, უპირატესობები, უკუჩვენებები, კატეგორიები, ურთიერთქმედება სხვა მედიკამენტებთან და გეგმიური გამოკვლევები იხ. კოკ შესაბამის ნაწილში.

კპ გვერდითი მოვლენები

- კანზე მიმაგრების ადგილას გაღიზიანება და გამონაყარი;
- მენსტრუალური ციკლის ხასიათის ცვლილება:
 - სისხლიანი გამონადენის ხანგრძლივობისა და ინტენსივობის შემცირება;
 - არარეგულარული სისხლიანი გამონადენი;
 - გახანგრძლივებული სისხლიანი გამონადენი;
 - მენსტრუალური გამონადენის შეწყვეტა;
- თავის ტკივილი;
- გულისრევა;
- ღებინება;
- სარძევე ჯირკვლების მგრძობელობისა და მტკივნეულობის მომატება;
- ტკივილი მუცლის არეში;
- გრიპოზული ინფექციის/ზედა სასუნთქი სისტემის ცრუ სიმპტომები;
- საშოს გაღიზიანება, სიწითლე ან ანთება (ვაგინიტი).

კომბინირებული ვაგინალური რგოლი (კვრ)

განმარტება

კომბინირებული ვაგინალური რგოლი წარმოადგენს დრეკად რგოლს, რომელიც თავსდება საშოში. რგოლის შიგნითა ნაწილიდან უწყვეტად გამონთავისუფლდება ორი ჰორმონი – პროგესტაგენი და ესტროგენი, რომლებიც საკვერცხის ბუნებრივი ჰორმონების: ესტროგენის და პროგესტერონის სინთეზურ ანალოგებია.

გამონთავისუფლებული ჰორმონები საშოს კედლის მეშვეობით სისხლში უწყვეტად შეიწოვება და განაპირობებენ კონტრაცეპციულ ეფექტს.

კვრ სახეები

ნოვარინგი – ერთი ვაგინალური რგოლი შეიცავს: 2.7 მგ. ეთინილესტრადიოლს და 11.7 მგ. ეთონორგესტრელს. დღეღამეში გამოიყოფა 20 მკგ. ეთინილესტრადიოლი და 120 მკგ. ეთონორგესტრელი.

კვრ მოქმედების მექანიზმი (იხ. კოკ)

ეფექტურობა

- 0,3 ორსულობა 100 ქალზე/წელიწადში, სწორად და რეგულარულად გამოყენების შემთხვევაში;
- 9 ორსულობა 100 ქალზე/წელიწადში უსისტემოდ, არარეგულარულად გამოყენების შემთხვევაში.

მიუხედავად იმისა, რომ ვაგინალური რგოლი შედარებით ახალი მათოდია და შორეულ შედეგებზე ორიენტირებული კვლევები შეზღუდული მოცულობისაა, მეცნიერები ვარაუდობენ, რომ მას ისეთივე დადებითი გავლენა ექნება ქალის ჯანმრთელობაზე და ისეთივე უკუჩვენებები როგორც კოკ-ს.

დადგენილი დადებითი გავლენა ჯანმრთელობაზე, უპირატესობები, უკუჩვენებები, კატეგორიები, ურთიერთქმედება სხვა მედიკამენტებთან და გეგმიური გამოკვლევები იხ. კოკ შესაბამის ნაწილში

კვრ გვერდითი მოვლენები

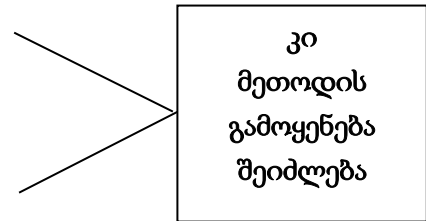
- მენსტრუალური ციკლის ხასიათის ცვლილება:
 - სისხლიანი გამონადენის ხანგრძლივობისა და ინტენსივობის შემცირება;
 - არარეგულარული სისხლიანი გამონადენი;
 - გახანგრძლივებული სისხლიანი გამონადენი;
 - მენსტრუალური გამონადენის შეწყვეტა;
- თავის ტკივილი;
- საშოს გაღიზიანება, სიწითლე ან ანთება (ვაგინიტი);
- საშოდან თეთრი ფერის გამონადენი.

მდგომარეობები, რომლებიც ჰკ გამოყენების დაწყებამდე მოითხოვს წინასწარ სამედიცინო შეფასებას

ჯანმოს კლასიფიკაცია:

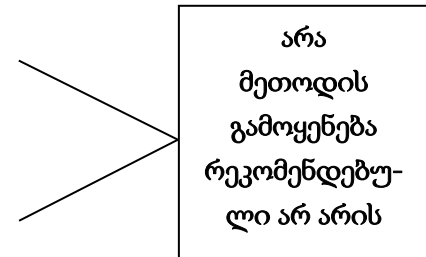
კატეგორია 1: ჰკ შეუზღუდავად გამოიყენება ნებისმიერ სიტუაციაში.

კატეგორია 2: ჰკ უმეტეს შემთხვევაში შეუზღუდავად გამოიყენება, რადგანაც სარგებლობა მეტია, ვიდრე თეორიული და/ან დადასტურებული რისკი.



კატეგორია 3: ჰკ გამოყენება რეკომენდებული არ არის, რადგანაც თეორიული ან დადასტურებული რისკი მეტია ვიდრე სარგებლობა. ჰკ გამოიყენება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ კი სხვა მეთოდი არ არის ხელმისაწვდომი.

კატეგორია 4: ჰკ გამოყენება არ შეიძლება.



კჰკ არ იცავს სგგი/აივ- სგან. თუ არის სგგი/აივ დასნებოვნების რისკი, რეკომენდებულია კონდომის სწორი და მუდმივი გამოყენება - როგორც თავდაცვის დამოუკიდებელი მეთოდი. ქალის კონდომი ეფექტურია, მაგრამ ისე ფართოდ არ გამოიყენება, როგორც მამაკაცის კონდომი.

მდგომარეობები

ორსულობა

კატეგორია 4. განმარტება: კოკ, კპ, კვრ, კსკ არ გამოიყენება ორსულობის დროს. ლიტერატურაში არ მოიპოვება რაიმე მინიშნება კოკ, კსკ, კპ, კვრ-ის მავნე ზეგავლენის შესახებ ორსულ ქალზე, ან ორსულობის მიმდინარეობაზე, ან ნაყოფზე ამ პერიოდში აღნიშნული პრეპარატების შემთხვევითი გამოყენებისას.

ასაკი

კატეგორია 1. ა) მენარხედან < 40 წელი

მტკიცებულება: არ არის მტკიცებულება იმის შესახებ, რომ კჰკ გავლენას ახდენს მოტეხილობის რისკზე. სამი უახლესი კვლევის მიხედვით ამგვარი გავლენა არ დასტურდება. კჰკ გამოყენებამ შეიძლება შემციროს ძვლის მინერალური სიმკვრივე (ძმს) მოზარდებში განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც კოკ-ში შემავალი ე.ე. < 30 მკგ-ზე. თეორიული შიში კჰკ გამოყენებისას მოზარდებში დაუსაბუთებელია.

კატეგორია 2. ბ) ≥ 40 წელი

მტკიცებულება: კჰკ გამოყენებას აქვს მცირე ან საერთოდ გავლენა არ აქვს ძვლის მინერალურ სიმკვრივეზე პრემენოპაუზაუზალურ ქალებში, და შეიძლება შეინარჩუნოს კიდევაც ძვლის მასა მენოპაუზის პერიოდში. პრემენოპაუზალურ ქალებში ძმს არის მხოლოდ სუროგატული მარკერი მოტეხილობის რისკის განსაზღვრისთვის, და შეიძლება სულაც არ იყოს ვალიდური.

აქედან გამომდინარე შეიძლება ზუსტად ვერც განისაზღვროს ამჟამად ან სამომავლოდ მოტეხილობის რისკი (პრემენოპაუზაში). გულსისხლძარღვთა დაავადებების რისკი ასაკთან ერთად მატულობს და შეიძლება ეს რისკი გაიზარდოს კვკ გამოყენებისას. თუ ნეგატიური კლინიკური მდგომარეობები არ აღინიშნება, კვკ გამოყენება მენოპაუზის დადგომამდე შეიძლება.

მშობიარობა

კატეგორია 1. არანამშობიარები

კატეგორია 1. ნამშობიარები

მშობიარობის შემდეგ ძუძუთი კვება

კატეგორია 4. ა) < 6 კვირა მშობიარობის შემდეგ (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

მტკიცებულება: თეორიულად გამორიცხული არაა, რომ მშობიარობის შემდეგ პირველი 6 კვირის განმავლობაში სტეროიდული ჰორმონების გამოყენებამ გავლენა იქონიოს ახალშობილზე (კოკ-ში შემავალი ესტროგენული კომპონენტის გამოდ), თუმცა კვლევის არა-ადექვატური დიზაინის გამოდ, სერიოზული შორეული შედეგების განსაზღვრა რთულია.

კატეგორია 3. ბ) ≥ 6 კვირა – < 6 თვე მშობიარობის შემდეგ (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

მტკიცებულება: კოკ გამოყენება ამცირებს რძის რაოდენობას და ლაქტაციის პროცესს, რომელმაც შეიძლება უარყოფითად იმოქმედოს ბავშვის ზრდა-განვითარებაზე. ქალმა მშობიარობიდან 6 თვემდე სასურველია გამოიყენოს კონტრაცეპციის სხვა მეთოდი (მაგ: სშს, ბარიერული, სუფთა პროგესტაგენული აბები და სხვა).

კატეგორია 2. გ) ≥ 6 თვე მშობიარობის შემდეგ (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

მშობიარობის შემდეგ (არა-მეძუძური ქალები)

მიუხედავად იმისა, რომ ვენური თრომბოემბოლიის რისკი იგივეა მეძუძურ და არა-მეძუძურ ქალებში, კვკ გამოყენება მეძუძურ ქალებში რეკომენდებული არაა.

ა) < 21 დღე

კატეგორია 3. ვენური თრომბოემბოლიის (ვთე) რისკ ფაქტორების გარეშე (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: თეორიულად არაა გამორიცხული კოკ-ის მიღებისას მშობიარობიდან პირველი 3 კვირის განმავლობაში თრომბის წარმოქმნის რისკის გაზრდა. სისხლის შედედება და ფიბრინოლიზი ნორმას უბრუნდება მშობიარობიდან სამი კვირის შემდეგ.

კატეგორია 4. ვთე რისკ ფაქტორებით (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: მშობიარობის შემდეგ 6 კვირამდე ვთე-ის რისკ ფაქტორები: იმობილიზაცია, სხეულის მასის ინდექსი (სმი) > 30 კგ/მ², მშობიარობის შემდეგომი ჰემორაგია, საკეისრო კვეთის შემდეგ, პრეეკლამფსია ან სიგარეტის მწვეველობა და კვკ გამოყენება ზრდის ვთე-ის რისკს.

ბ) ≥ 21 დღე 42 დღემდე

კატეგორია 2. ვთე რისკ ფაქტორების გარეშე (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

კატეგორია 3. ვთე რისკ ფაქტორებით (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

გ) > 42 დღე

კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

აბორტის შემდეგ

ა) პირველი ტრიმესტრი

კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

ბ) მეორე ტრიმესტრი

კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

გ) დაუყოვნებლივ სეპტიური აბორტის შემდეგ

კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: კოკ, კპ, კვრ, კსკ, დაწყება შეიძლება დაუყოვნებლივ აბორტის შემდეგ.

მტკიცებულება: ქალებმა, რომლებმაც კოკ-ის მიღება დაიწყეს მაშინვე პირველი ტრიმესტრის მედიკამენტური ან ქირურგიული აბორტის შემდეგ, არ აღენიშნათ იმაზე მეტი გვერდითი მოვლენა (ვაგინალური სისხლდენა, კლინიკურად მნიშვნელოვანი კოაგულაციური პარამეტრების ცვლილება), ვიდრე იმ ქალებს, ვინც გამოიყენა პლაცებო, ან სშს, ან კონტრაცეპციის არაჰორმონული მეთოდი, ან უარი თქვა კოკ მიღების დაწყებაზე. მცირეა მტკიცებულება იმის შესახებ, რომ ქალები, რომლებიც იყენებენ კვრ-ს დაუყოვნებლივ პირველი ტრიმესტრის მედიკამენტური ან ქირურგიული აბორტის შემდეგ, არ ავლენს სერიოზულ გვერდით მოვლენებს და ინფექციის მიმართ გართულებებს კვრ-ის გამოყენებიდან 3 თვის შემდეგ.

წარსულში ექტოპიური ორსულობა

განმარტება: ქალებს, რომელთაც წარსულში ექტოპიური ორსულობა ჰქონდათ, მომავალში ექტოპიური ორსულობის რისკი მომატებული აქვთ. კვკ უზრუნველყოფს ორსულობისაგან დაცვას, მათ შორის ექტოპიური ორსულობისგან.

ქირურგიული ჩარევა მცირე მენჯის ღრუს ორგანოებზე ანამნეზში

კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

მწვეელი ქალები

ა) ასაკი < 35

კატეგორია 2. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

ბ) ასაკი \geq 35

- სიგარეტი < 15 დღეში კატეგორია 3. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ);
- სიგარეტს \geq 15 დღეში კატეგორია 4. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ).

მტკიცებულება: კოკ-ის გამოყენებული მწვეელი ქალები იმყოფებიან კარდიოვასკულარული

დაავადების, განსაკუთრებით მიოკარდიუმის ინფარქტის (მი) რისკის ქვეშ იმათთან შედარებით, ვინც არ ეწევა სიგარეტს. კვლევებმა აჩვენა, რომ დღის განმავლობაში გამოყენებული სიგარეტის რაოდენობის გაზრდასთან ერთად, იზრდება მი-ის რისკი.

სიმსუქნე

ა) სმი ≥ 30 კგ/მ²

კატეგორია 2. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

ბ) მენარხედან <18 წელი და სმი ≥ 30 კგ/მ²

კატეგორია 2. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

მტკიცებულება: კვლევებმა აჩვენა, რომ მსუქანი ქალები, რომლებიც იღებდნენ კოკ-ს, არიან ვთე-ის რისკის ქვეშ იმათთან შედარებით, ვინც არ ღებულობდა კოკ-ს. რეპროდუქციულ ასაკში ჯანმრთელ ქალებში ვთე-ის აბსოლუტური რისკი მცირეა. მცირეა მტკიცებულება (ვარაუდი) რომ მსუქან ქალებს არ აქვთ წონის მატების მეტი რისკი კოკ-ის და კვრ-ის გამოყენების 3 ციკლის შემდეგ ჭარბწონიან და ნორმალურ წონიან ქალებთან შედარებით. მცირე წონის მტეხა აღინიშნება ორივე ჯგუფში: კოკ-ის და კვრ-ის გამომყენებლებში 3 თვის განმავლობაში. საერთო მტკიცებულებების მიხედვით, კპ-ის ეფექტურობა შენარჩუნებულია მსუქან ქალებში. კპ-ის ეფექტურობა კლებულობს, როდესაც ქალის წონა ≥ 90 კგ. – (ერთ კვლევაში).

არტერიული წნევის (ა/წ) გაზომვის შეუძლებლობა

ა/გ (არ გამოიყენება)

განმარტება: კოკ, კპ, კვრ, კსკ-ის გამოყენების წინ სასურველია გაიზომოს ა/წ. თუმცა ზოგიერთ გარემოში სისხლის წნევის გაზომვა შეუძლებელია და ასეთ გარემოში მაღალია ორსულთა ავადობისა და სიკვდილობის რისკი. ასეთ სიტუაციებში ქალს უარი არ უნდა ეთქვას კოკ, კსკ, კპ, კვრ-ის გამოყენებაზე მხოლოდ იმიტომ, რომ ა/წ-ს გაზომვა შეუძლებელია.

გულსისხლძარღვთა დაავადები

გულსისხლძარღვთა დაავადების მრავლობითი რისკი

(მაღალი ასაკობრივი ჯგუფი, მოწევა, დიაბეტი და დადგენილი დისლიპიდემია)

კატეგორია 3/4. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: ქალებს, რომლებსაც აქვთ გულსისხლძარღვთა დაავადების მრავლობითი რისკი, თითოეული მათგანმა ცალცალკე (კოკ, კსკ, კპ, კვრ) შეიძლება არსებითად გაზარდოს კარდიოვასკულარული დაავადების რისკი მაღალ დონემდე. თუმცა მრავლობით რისკზე მარტივად კატეგორიის მომატება გამართლებული არაა. მაგალითად: ორ რისკ ფაქტორს ენიჭება 2 კატეგორია და ეს არ ნიშნავს, რომ ავტომატურად, რისკ ფაქტორების გამო გადაყვანილ იქნას უფრო მაღალ კატეგორიაში.

ჰიპერტენზია

ჰიპერტენზიის ყველა კატეგორიაში კლასიფიკაცია ეყრდნობა იმ ვარაუდს, რომ გამორიცხულია სხვა გულსისხლძარღვთა დაავადების რისკ ფაქტორები. მრავლობითი რისკ ფაქტორების არსებობისას, გულსისხლძარღვთა დაავადების რისკი შეიძლება არსებითად გაიზარდოს. ა/წ-ის ერთჯერადი გაზომვა საკმარისი არაა ქალს მიენიჭოს ჰიპერტენზიის კატეგორია.

ა) ანამნეზში ჰიპერტენზია, როდესაც ა/წ-ის გაზომვა შეუძლებელია (ასევე ჰიპერტენზია ორსულობის დროსაც)

კატეგორია 3. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: რეკომენდებულია განისაზღვროს ეტიოლოგია და ჰიპერტენზიის დონე, რაც შეიძლება ადრე.

მტკიცებულება: ა/წ-ის გაზომვის გარეშე კოკ-ის გამოყენების დაწყება ზრდის მწვავე მიოკარდიუმის ინფარქტის და ინსულტის რისკს.

ბ) ჰიპერტენზიის ადექვატური კონტროლი, როდესაც სისხლის წნევის გაზომვა შესაძლებელია

კატეგორია 3. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: არტერიული ჰიპერტენზიის ადექვატური მკურნალობა ამცირებს მიოკარდიუმის ინფარქტისა და ინსულტის განვითარების რისკს იმათთან შედარებით, ვინც მკურნალობას არ იტარებს. არ არის მონაცემები იმის შესახებ, რომ კოკ, კსკ, კპ, კვრ-ის გამოყენებისას ჰიპერტენზიის ადექვატური მკურნალობის დროს, მცირდება მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტისა და ინსულტის რისკი იმათთან შედარებით ვინც არ მკურნალობს და იყენებს კოკ, კსკ, კპ, კვრ.

გ) მაღალი ა/წ (სწორად გაზომილი)

- სისტოლური 140-159 ან დიასტოლური 90-99 მმ/ვწ/სვ

კატეგორია 3. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

- სისტოლური ≥ 160 ან დიასტოლური ≥ 100 მმ/ვწ/სვ;
- სისხლძარღვების დაავადება.

კატეგორია 4. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

მტკიცებულება: ჰიპერტენზიის დროს კოკ ზრდის მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტისა და ინსულტის რისკს იმათთან შედარებით, ვინც კოკ არ ღებულობს. კოკ-ის შეწყვეტა, აუმჯობესებს სისხლის წნევის მაჩვენებელს.

ორსულობისას მაღალი ა/წ (ამჟამად ა/წ ნორმის ფარგლებში)

კატეგორია 2. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

მტკიცებულება: ქალებს, ვისაც ორსულობისას აღენიშნებოდა მაღალი ა/წ და შემდეგ გამოიყენეს კოკ, აღენიშნებათ მიოკარდიუმის ინფარქტის და ვთეის გაზრდილი რისკი იმათთან შედარებით, ვისაც ორსულობისა ა/წ მაღალი არ ჰქონდათ და შემდეგ გამოიყენეს

კოკ. თუმცა მწვავე მიოკარდიუმის ინფარქტის და ვთე-ის აბსულუტური რისკი ამ პოპულაციაში რჩება მცირე.

ღრმა ვენების თრომბოზი (ღვთ)/ფილტვის ემბოლია (ფე)

- ა) ღვთ/ფე ანამნეზში კატეგორია 4. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)
- ბ) მწვავე ღვთ/ფე კატეგორია 4. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)
- გ) ღვთ/ფე და დაგენილი ანტიკოაგულაციური თერაპია კატეგორია 4. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)
- დ) ღვთ/ფე ოჯახური ანამნეზი (პირველი რიგის ნათესავები) კატეგორია 2. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: ზოგიერთი მდგომარეობა, რომელიც ზრდის ღვთ/ფე-ის რისკს, შთამომავლობითია.

ე) რადიკალური ქირურგია

- ხანგრძლივი იმობილიზაცია კატეგორია 4. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)
- ხანგრძლივი იმობილიზაცია ზრდის ვენური სისხლის შედედების მომატების რისკს. თუ შესაძლებელია, კოკ-ის მიღება უნდა შეწყდეს ქირურგიული ჩარევიდან (როცა საჭიროა ხანგრძლივი იმობილიზაცია) 4 კვირით ადრე და მის შემდეგ 2 კვირის განმავლობაში.
- ხანგრძლივი იმობილიზაციის გარეშე კატეგორია 2. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

ვ) მცირე ქირურგია იმობილიზაციის გარეშე კატეგორია 2. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

გამოვლენილი თრომბოგენური მუტაცია

(ლეიდის V ფაქტორი, პროთრომბინის მუტაცია, პროტეინ S, პროტეინ C, ანტითრომბინ დეფიციტი)

კატეგორია 4. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: რუტინული სკრინინგი არაა მისაღები, გამოკვლევის მაღალი ფასის გამოდ.

მტკიცებულება: ქალებში თრომბოგენური მუტაციით კოკ-ის გამოყენებისას 2-20-მდე გაზრდილია თრომბოზების რისკი.

ზედაპირული ვენების დარღვევები

ა) ვენების ვარიკოზი

კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

მტკიცებულება: ერთი შრომის მიხედვით, ქალებში ვარიკოზული ვენებით კოკ-ის გამოყენებისას, იზრდება ვთე-ის და ზედაპირული ვენების თრომბოზის (ზვთ) რისკი, იმათთან შედარებით, ვინც კოკ არ გამოიყენა. თუმცა მონაცემები სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი არ იყო და შემთხვევების რაოდენობაც მცირეა.

ბ) ზედაპირული ვენების თრომბოზი (ზვთ)

კატეგორია 2. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: ზვთ შესაძლოა დაკავშირებული იყოს ვთე-ის რისკის გაზრდასთან.

მტკიცებულება: ერთი შრომის მიხედვით, ქალებში ზვთ-ით, კოკ-ის გამოყენებისას, იზრდება ვთე-ის რისკი, იმათთან შედარებით, ვინც კოკ არ გამოიყენა.

გულის იშემიური დაავადება ამჟამად ან ანმნეზში

კატეგორია 4. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

ინსულტი (ანამნეზში)

კატეგორია 4. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

დადგენილი დისლიპიდემია კარდიოვასკულარული სხვა დადგენილი რისკ-ფაქტორების გარეშე

კატეგორია 2. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: რეგულარული სკრინინგი მიზანშეწონილი არაა, რადგანაც მსგავსი შემთხვევები იშვიათია და გამოკვლევის ფასი მაღალია. ტოტალური ქოლესტერინის, დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეიდის (დსლ) და ტრიგლიცერიდის მომატება, მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეიდის (მსლ) დაქვეითება წარმოადგენს კარდიოვასკულარული დაავადების რისკ ფაქტორს. გენეტიკურად, ლიპიდების დარღვევა წარმოადგენს კარდიოვასკულარული დაავადების სიცოცხლისასთვის საშიშ რისკს, რომელიც შემდგომში კლინიკური განხილვის საფუძველია.

მტკიცებულება: შეზღუდულია მტკიცებულებულება და შედეგები შეუსაბამოა, რომ ქალებში დისლიპიდემიის დროს კპკ-ის გამოყენება წარმოადგენს კარდიოვასკულარული დაავადების რისკს. არ არის მტკიცებულება პანკრეატიტის რისკის გამოვლენასთან.

გულის სარქველების დაზიანება

ა) გართულების გარეშე

კატეგორია 2. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

ბ) გართულებული (ფილტვისმიერი ჰიპერტენზია, წინაგულების ფიბრილაციის რისკი, ანამნეზში ქვემწვავე ბაქტერიული ენდოკარდიტი)

კატეგორია 4. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: გულის სარქველების დაზიანებისას კპკ-ის მიღება ზრდის არტერიული თრომბოზის რისკს. გართულებული ფორმისას რისკი კიდევ მეტად მომატებულია.

სისტემური წითელი მგლურა (სწმ)

სწმ ზრდის გულის იშემიური დაავადების, ინსულტის და ვენური თრომბოემბოლიის რისკს. სწმ ყველა კატეგორია ეფუძნება ვარაუდს, რომ სხვა კარდიოვასკულარული დაავადების რისკ ფაქტორები არ არის. კლასიფიკაცია უნდა შეიცვალოს ასეთი რისკ ფაქტორების არსებობისას. ხელმისაწვდომი მტკიცებულება მიუთითებს, რომ მრავალი ქალი სწმ-ით განიხილება, როგორც კონტრაცეფციული მეთოდების გამოყენების კარგი კანდიდატი, მათ შორის ჰორმონულის.

ა) პოზიტიური (ან დაუდგენელი) ანტიფოსფოლიპიდური ანტისხეულები

კატეგორია 4. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

მტკიცებულება: ანტიფოსფოლიპიდური ანტისხეულების არსებობა დაკავშირებულია ორივე: არტერიული და ვენური თრომბოზების მაღალ რისკთან.

ბ) მძიმე თრომბოციტოპენია

კატეგორია 2. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

გ) იმუნოსუპრესიული თერაპია

კატეგორია 2. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

დ) ჩამოთვლითაგან არცერთი

კატეგორია 2. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

ნევროლოგიური მდგომარეობები

თავის ტკივილი

ა) შაკიკის გარეშე

კატეგორია

კოკ	კპ	კვრ	კსკ
დ/გ	დ/გ	დ/გ	დ/გ
1/2	1/2	1/2	1/2

განმარტება: კლასიფიკაცია დამოკიდებულია ძლიერი თავის ტკივილის დიაგნოზზე, დაკავშირებულია თუ არა შაკიკთან. უნდა გაირკვეს ყოველი ახალი თავის ტკივილის მიზეზი და ცვლილებები უკვე არსებულ თავის ტკივილში. მოცემულ კლასიფიკაციაში იგულისხმება, რომ ინსულტის დამატებითი რისკ ფაქტორი არ არსებობს. ინსულტის რისკის მომატება დაკავშირებულია ასაკთან, ჰიპერტენზიასთან, მწვეველობასთან.

ბ) შაკიკით

დ/გ დ/გ დ/გ დ/გ

○ აურის გარეშე

ასაკი < 35 წელი

2/3 2/3 2/3 2/3

ასაკი ≥ 35 წელი

3/4 3/4 3/4 3/4

○ აურით ნებისმიერ ასაკში

4/4 4/4 4/4 4/4

მტკიცებულება: გამოკვლევებით დამტკიცდა, რომ ქალების ის ჯგუფი, რომელთაც აღენიშნებათ შაკიკი აურით, იმყოფებიან იშემიური ინსულტის განვითარების უფრო მაღალი რისკის ქვეშ, ვიდრე ისინი, ვისაც აურა არა აქვს. აურის მქონე პაციენტებში კოკ-ის გამოყენებისას 2-4-ჯერ იზრდება იშემიური ინსულტის რისკი, ვიდრე იმ ქალებში, რომლებიც კონტრაცეფციის ამ მეთოდს არ იყენებს.

ეპილეფსია

კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: თუ, ქალი ებულობს ანტიკონვულსანტებს, კოკ-ზე დანიშნულება უნდა მიეცეს

იმ რეკომენდაციით, რომელიც მოცემულია წამლების ურთიერთმოქმედების თავში. ზოგიერთი ანტიკონვულსანტი აქვეითებს კოკ-ის მოქმედებას. კსკ, კპ, კვრ-თან მიმართებაში გამოცდილება მცირეა, ამიტომ ამ მხრივ მდგომარეობა გაურკვეველი რჩება.

დეპრესია

კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: კლასიფიკაცია ეფუძნება ფაქტიურ მონაცემებს, რომელიც ეხება დეპრესიული დარღვევების ზოგიერთ სახეობას. არ არის მინაცემები მანიაკალურ დეპრესიული ფსიქოზის და მშობიარობის შემდგომი დეპრესიული დარღვევების შესახებ. არ არის გამორიცხული წამლისმიერი ურთიერთქმედება ზოგიერთ ანტიდეპრესანტსა და ჰორმონალურ კონტრაცეპტივებს შორის.

მტკიცებულება: დეპრესიის დროს კოკ-ის გამოყენება არ აღრმავებს დეპრესიულ სიმპტომებს იმათთან შედარებით, ვინც კოკ არ გამოიყენა და დეპრესია აღენიშნება.

ინფექცია და დარღვევები რეპროდუქციულ ორგანოებში

ვაგინალური სისხლდენა

- ა) არარეგულარული, ძლიერი სისხლდენის გარეშე (არარეგულარული მენსტრუალური სისხლდენა გავრცელებული მოვლენაა ჯანმრთელ ქალებში)

კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

- ბ) ძლიერი ან გახანგრძლივებული სისხლდენა (მათ შორის რეგულარული და არარეგულარული)

კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: განსაკუთრებით ძლიერი სისხლდენა ეჭვს იწვევს თანხლებ სერიოზულ პათოლოგიაზე.

მტკიცებულება: კოხრეინის მიმოხილვაში ერთი რანდომიზერებული კვლევა აფასებს კოკ-ის ეფექტურობას – ნაპროქსენის და დანაზოლის ეფექტურობასთან მენორაგიის დროს. ქალებს მენორაგიის დროს არ გამოუვლინდათ მდგომარეობის გაუარესება კოკ-ის გამოყენების პერიოდში.

დაუდგენელი ვაგინალური სისხლდენა

(ეჭვი სერიოზულ მდგომარეობაზე)

გამოკვლევამდე

კატეგორია 2. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: თუ ეჭვია ორსულობაზე ან თანხლებ პათოლოგიაზე (მაგალითად, მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ავთვისებიანი მდგომარეობა), აუცილებელია ქალის სრულყოფილი გამოკვლევა და კატეგორიის მინიჭება გამოკვლევის შემდეგ.

ენდომეტრიოზი

კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

მტკიცებულება: კოხრეინის პერიდული მიმოხილვის მიხედვით, ერთი რონდომიზირებული კონტროლირებადი კვლევის მიხედვით ენდომეტრიოზის სიმპტომების მკურნალობისთვის შეფასებულია კოკ-ის ეფექტურობა GnRH ანალოგთან შედარებით. კვლევის მიხედვით, კოკ-ის გამოყენების დროს ენდომეტრიოზიან ქალებში არ გაუარესებულა მდგომარეობა ან ნებისმიერი გვერდითი მოვლენა დაკავშირებული კოკ-ის მიღებასთან.

საკვერცხის კეთილთვისებიანი სიმსივნე

(მათ შორის ცისტა)

კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

გამოხატული დისმენორეა

კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

მტკიცებულება: დისმენორეის დროს, კოკ-ის გამოყენებისას არ იზრდება გვერდითი მოვლენების რისკი იმათთან შედარებით, ვინც კოკ არ გამოიყენა. კოკ-ის გამოყენებისა მცირდება ტკივილი და სისხლდენა.

გესტაციური ტროფობლასტური დაავადება

ა) დაქვეითებული ან გამოუმყდებელი β -hCG

კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

ბ) მზარდი β -hCG-ის დონე ან ავთვისებიანი დაავადება

კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

მტკიცებულება: მოლარული ორსულობის ევაკუაციის შემდეგ კოკ-ის გამოყენება არ ზრდის პოსტ-მოლარული ტროფობლასტური დაავადების რისკს. ზოგიერთი კოკ-ის გამოყენებისას სწრაფად რეგრესირდება hCG დონე კოკ-ის არ გამოყენებლებთან შედარებით.

ცერვიკალური ექტროპიონი

კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: ცერვიკალური ექტროპიონი არ წარმოადგენს საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკს, და აუცილებელი არაა შეზღუდვების დაწესება კოკ-ის მიღებასთან დაკავშირებით.

ცერვიკალური ინტრაეპითელური ნეოპლაზია (CIN)

კატეგორია 2. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

მტკიცებულება: კოკ-ის ხანგრძლივი გამოყენებისას ≥ 5 წელი პერსისტირებული პაპილომა-ვირუსული (HPV) ინფექციის ფონზე, იზრდება პრეინვაზიური (in situ) და ინვაზიური კარცინომის განვითარების რისკი. მცირეა მტკიცებულება იმის შესახებ, რომ დაბალდიფერენცირებული ბრტყელუჯრედოვანი (მსუბუქი დისპლაზია LSIL) დაზიანების დროს კვრ-ის გამოყენება არ აუარესებს მდგომარეობას.

საშვილოსნოს ყელის კიბო

(მკურნალობის მოლოდინში)

კატეგორია 2. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: თეორიულად გამორიცხული არაა, რომ კპკ-ის მიღებამ გავლენა იქონიოს არსებული დაავადების პროგნოზზე. მკურნალობის დაწყებამდე ქალს შეუძლია მიიღოს კპკ. როგორც წესი ამ დაავადების მკურნალობა იწვევს ქალის სტერილიზაციას.

სარძევე ჯირკვლების დაავადებები

ა) არადიაგნოზირებული წარმონაქმნი

კატეგორია 2. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: შეფასება უნდა ჩატარდეს რაც შიძლება ადრე

ბ) სარძევე ჯირკვლების კეთილთვისებიანი დაავადებები

კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

გ) კიბოს ოჯახური ანამნეზი

კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

მტკიცებულება: ქალებში BRCA1 და BRCA2 გენების მუტაციისას იზრდება სარძევე ჯირკვლების კიბოს ბაზალური რისკი იმათთან შედარებით, ვისაც ასეთი მუტაცია არ აღენიშნება. ასევე სარძევე ჯირკვლების კიბოს ბაზალური რისკი გაზრდილია ქალებში კიბოს ოჯახური ანამნეზით, იმათთან შედარებით, ვისაც ასეთი ანამნეზი არ აქვს. მიმდინარე მტკიცებულება არ ვარაუდობს, რომ ორივე შემთხვევაში (გენები მუტაციისას და ოჯახური ანამნეზის პირობებში) კიბოს გაზრდილი რისკი კოკ-ის გამოყენებამ გამოიწვია.

დ) სარძევე ჯირკვლების კიბო

ამჟამად

კატეგორია 4. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

წარსულში და რეციდივის გარეშე ბოლო 5 წელი

კატეგორია 3. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: სარძევე ჯირკვლების კიბო წარმოადგენს ჰორმონმგრძობიარე სიმსივნეს, ამიტომ ამჟამად ან წარსულში სარძევე ჯირკვლების კიბოს არსებობისას კპკ-ის გამოყენება აუარესებს არსებულ მდგომარეობას.

ენდომეტრიუმის კიბო

კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: კოკ-ის გამოყენება ამცირებს ენდომეტრიუმის კიბოს განვითარების რისკს. მკურნალობის დაწყებამდე ქალს შეუძლია მიიღოს კპკ. როგორც წესი, ამ დაავადების მკურნალობა იწვევს ქალის სტერილიზაციას.

საკვერცხის კიბო

კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: კოკ-ის გამოყენება ამცირებს საკვერცხის კიბოს განვითარების რისკს.

მკურნალობის დაწყებამდე ქალს შეუძლია მიიღოს კვკ. როგორც წესი ამ დაავადების მკურნალობა იწვევს ქალის სტერილიზაციას.

საშვილოსნოს ფიბრომა

- ა) საშვილოსნოს ღრუს ცვლილების გარეშე
კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)
- ბ) საშვილოსნოს ღრუს ცვლილებები

კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: კოკ არ იწვევს საშვილოსნოს ფიბრომის ზრდის სტიმულაციას და მოსალოდნელი არაა არც კსკ, კპ, კვრ-ს გამოყენებისას.

მცირე მენჯის ორგანოების ანთებითი დაავადებები (მმოად)

- ა) მმოად ანამნეზში (იგულისხმება, რომ სგგი-ის რისკი ამჟამად არაა)
 - შემდგომი ორსულობით კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)
 - შემდგომი ორსულობის გარეშე კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)
- ბ) მმოად – ამჟამად კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: კოკ ამცირებს მმოად-ის რისკს სგგი-ის დროს, მაგრამ არ იცავს ქვედა სასქესო ტრაქტს აივ ან სგგი-სგან. ამცირებს თუ არა კსკ, კპ, კვრ მმოად-ის რისკს სგგი-ის დროს უცნობია, მაგრამ ისინი არ იცავენ ქვედა სასქესო ტრაქტს აივ-სგან.

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექცია (სგგი)

- ა) ჩირქოვანი ცერვიციტი, ქლამიდიოზი ან გონორეა ამჟამად
კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)
- ბ) სხვა სგგი (აივ ინფექციის და ჰეპატიტის გარდა)
კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)
- გ) ვაგინიტი (მათ შორის ტრიქომონიაზი და ბაქტერიული ვაგინოზი)
კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)
- დ) სგგი-ის მაღალი რისკი
კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

მტკიცებულება: არსებული მტკიცებულებების მიხედვით (ვარაუდით) კოკ-ის გამომყენებლებში, ვისაც აქვს სგგი-ი მაღალი რისკი, შეიძლება გაიზარდოს ქლამიდიური ცერვიციტის განვითარების რისკი. რაც შეეხება სხვა სგგი, მონაცემების მიხედვით, არ არსებობს კავშირი კოკ-ის გამოყენებასა და სგგი დაინფიცირებას (მაღალ მიმდებლობას) შორის, ან არსებული მონაცემები შეზღუდულია და სარწმუნო დასკვნის გაკეთება ვერ ხდება.

აივ/შიდსი

- ა) აივ ინფიცირების მაღალი რისკი
კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

მტკიცებულება: რვა კვლევიდან შვიდმა კვლევამ აჩვენა, რომ სტატისტიკურად კავშირი არ არის კოკ-ის გამოყენებასა და აივ დაინფიცირებას (მაღალ მიმდებლობას) შორის

ბ) აივ დაავადების ასიმპტომური ან მსუბუქი ფორმა (ჯანმო 1 ან 2 სტადია)
კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

გ) აივ დაავადების მძიმე ან პროგრესული ფორმა (ჯანმო 3 ან 4 სტადია)
კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: ასიმპტომური ან მსუბუქი ფორმა (ჯანმო 1 ან 2 სტადია) და მძიმე ან პროგრესული ფორმა (ჯანმო 3 ან 4 სტადია): შეიძლება იყოს წამლებს შორის ურთიერთქმედება ჰორმონულ კონტრაცეპტივებსა და ანტირეტროვირუსულ თერაპიის (არვ) თერაპიას შორის (იხ. წამლების ერთერთქმედება).

მტკიცებულება: 8-დან 7 კვლევამ აჩვენა, რომ არაა კავშირი კოკ გამოყენებასა და აივ დაავადების პროგრესირებას შორის, რადგანაც განსაზღვრული იყო CD4 უჯრედები, რომლის რაოდენობა <200 უჯრედი/mm³ ანტირეტროვირუსული თერაპიის დასაწყისში (არვ) და სიკვდილის დროს. ერთი რანდომიზირებული კვლევის მიხედვით: კოკ გამოყენებლებში გაიზარდა CD4 უჯრედების შემცირების რისკი საშვილოსნოს შიგა საშუალებების (სშს) გამოყენებლებთან შედარებით. ასევე, ზოგიერთი მონაცემის მიხედვით ნულოვანი კორელაციაა კოკ გამოყენებასა და აივ ინფიცირებას შორის ქალიდან მამაკაცზე. არის საწინააღმდეგო მონაცემებიც, იმაზე, რომ აივ ინფექციის მატარებლები, რომლებიც კოკ იყენებენ, შეიძლება წარმოადგენდნენ აივ ინფექციისა და მარტივი ჰერპესის ვირუსის (მჰვ) გავრცელების წყაროს.

შისტოსომიაზი

ა) გართულების გარეშე
კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

ბ) ღვიძლის ფიბროზი (თუ გამოხატული ფორმაა, იხ. ციროზი)
კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: გაურთულებელი ფორმის დროს კოკ არ აქვს არასასურველი გავლენა ღვიძლის ფუნქციაზე.

ტუბერკულოზი

ა) არა მცირე მენჯის ღრუს
კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

ბ) მცირე მენჯის ღრუს
კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: თუ ქალი ღებულობს რიფამპიცინს, იხ. წამლების ურთიერთქმედება. რიფამპიცინი, უმრავლეს შემთხვევაში, ამცირებს კოკ ეფექტურობას.

მალარია

კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

ენდოკრინული დაავადებები

შაქრიანი დიაბეტი

ა) გესტაციური დიაბეტი ანამნეზში

კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: ქალებს, ვისაც აღენიშნებოდა გესტაციური დიაბეტი, კოკ გამოყენებისას არ შეინიშნებოდა ინსულინდამოუკიდებელი დიაბეტის განვითარების რისკი. გარდა ამისა, უცვლელია ლიპიდების დონე.

ბ) სისხლძარღვების დაზიანების გარეშე

ინსულინდამოუკიდებელი

კატეგორია 2. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

ინსულინდამოკიდებული

კატეგორია 2. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

მტკიცებულება: ინსულინდამოუკიდებელი ან დამოკიდებული დიაბეტის დროს კოკ გამოყენება მცირედ ცვლის დღიურად ინსულინზე მოთხოვნილებას, და გავლენა არ აქვს გლიკოჰემოგლობინის დონეზე ან რეტინოპათიის პროგრესირებაზე. მცირეა ლიპიდური პროფილისა და ჰემოსტაზური მარკერების ცვლილება. ცვლილებების უმრავლესობა დარჩა ნორმის ფარგლებში.

გ) ნეფროპათია/რეტინოპათია/ნეიროპათია

კატეგორია 3/4 (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: კატეგორია უნდა შეფასდეს მდგომარეობის სიმძიმის მიხედვით

დ) სხვა სისხლძარღვოვანი გართულება ან დიაბეტის ხანგრძლივობა > 20 წელი

კატეგორია 3/4 (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: კატეგორია უნდა შეფასდეს მდგომარეობის სიმძიმის მიხედვით

ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დარღვევა

ა) უბრალო ჩიყვი

კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

ბ) ჰიპერთირეოზი

კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

გ) ჰიპოთირეოზი

კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

გასტრო-ინტესტინული დაავადებები

ნაღვლის ბუშტის დაავადება

ა) კლინიკური სიმპტომებით

ქოლეცისტექტომიის შემდეგ

კატეგორია 2. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

მედიკამენტური მკურნალობის შემდეგ

კატეგორია 3. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)
ამჟამად

კატეგორია 3. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

ბ) ასიმპტომური

კატეგორია 2. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: კვკ შეიძლება გამოიწვიოს ნაღვლის ბუშტის დაავადების რისკის მცირე გაზრდა. არსებობს აგრეთვე მოსაზრება, რომ კვკ შეუძლია გამოიწვიოს ნაღვლის ბუშტის არსებული დაავადებების გაუარესება.

ქოლესტაზი ანამნეზში

ა) ორსულობასთან დაკავშირებული
კატეგორია 2. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

ბ) კოკ მიღებასთან დაკავშირებული
კატეგორია 3. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: ანამნეზში, ორსულობით გამოწვეული ქოლესტაზის შემთხვევაში, შემდგომში კოკ მიღებისას იზრდება ქოლესტაზის განვითარების რისკი.

ანამნეზში, კოკ მიღებით გამოწვეული ქოლესტაზის შემთხვევაში, შემდგომშიც კოკ გამოყენებისას იზრდება ქოლესტაზის განვითარების რისკი.

ვირუსული ჰეპატიტი

		კოკ	კპ	კვრ	კსკ
		დ / გ	დ / გ	დ / გ	დ / გ
ა) მწვავე	კატეგორია	3/4 2	3/4 2	3/4 2	3 2

განმარტება: კატეგორია შეფასდება დაავადების სიმძიმის მიხედვით

ბ) მტარებლობა	კატეგორია	1	1	1	1	1	1	1
გ) ქრონიკული	კატეგორია	1	1	1	1	1	1	1

მტკიცებულება: მიღებული მონაცემების მიხედვით, ქრონიკული ჰეპატიტის დროს არ იზრდება ფიბროზის ხარისხი და სიმძიმე, და არც ჰეპატოცელულარული კარცინომის რისკი. ვირუსმტარებლობის შემთხვევებში, კოკ გამოყენება სავარაუდოდ არ გამოიწვევს ღვიძლის დაზიანებას ან მძიმე დისფუნქციას.

ციროზი

		კოკ	კპ	კვრ	კსკ
ა) მსუბუქი (კომპენსირებული)	კატეგორია	1	1	1	1
ბ) მძიმე (დეკომპენსირებული)	კატეგორია	4	4	4	3

ღვიძლის კიბო

		კოკ	კპ	კვრ	კსკ
ა) კეთილთვისებიანი კვანძოვანი	კატეგორია	2	2	2	2

მტკიცებულება: მცირეა მტკიცებულება იმისა, რომ კვანძოვანი ჰიპერპლაზიის დროს ჰორმონული კონტრაცეპტივების გამოყენება გავლენას არ ახდენს ღვიძლის ქსოვილზე.

ჰეპატოცელულარული ადენომა	4	4	4	3
ბ) ავთვისებიანი (ჰეპატომა)	4	4	4	3/4

ანემია

თალასემია

კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)
ნამგლისებრუჯრედოვანი დაავადება

კატეგორია 2. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

რკინადეფიციტური ანემია

კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: არის არაოფიციალური (ეპიზოდური) მონაცემები, რომ ქვეყნებში, სადაც თალასემიით დაავადების მაღალი პროცენტია, კოკ გამოყენება არ აუარესებს ქალის მდგომარეობას.

წამლების ურთიერთქმედება

ანტირეტროვირუსული თერაპია (ართ)

ა) ნუკლეოზიდის ანალოგი შებრუნებითი ტრანსკრიპტაზის ინჰიბიტორი (ნაშტი)
აბაკავირი, ტენოფოვირი, ზიდოვუდინი, ლამივუდინი, დიდანოზინი, ემტრიციტაბინი, სტავუდინი კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ);

ამ ჯგუფის ანტირეტროვირუსული პრეპარატები გავლენას არ ახდენს ჰორმონულ კონტრაცეპციულ მეთოდებზე.

ბ) არანუკლეოზიდური შებრუნებითი ტრანსკრიპტაზის ინჰიბიტორი:

- ეფავირენზი** კატეგორია 2. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)
- ეტრავირინი** კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)
- ნევირაპინი** კატეგორია 2. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)
- რილპივირინი** კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

ამ ჯგუფის ანტირეტროვირუსულ პრეპარატებს აქვთ პოტენციურად ორივე მოქმედება: შეამციროს ან გაზარდოს ჰორმონულ პრეპარატებში შემავალი სტეროიდული ჰორმონების ათვისება.

მტკიცებულება: ნევირაპინის შემცველი ართ-ის დროს კოკ-ის მიღებისას, არ იზრდება ოვულაციის და ორსულობის პროცენტი. ეფავირენზი-ის შემცველი ართ-ის დროს მცირდება კოკ-ში შემავალი ჰორმონების დონე და მატულობს ოვულაციის პროცენტი.

გ) პროტეაზას ინჰიბიტორი:

რიტონავირი კატეგორია 2. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

დ) შერწყმის ინჰიბიტორი:

რალტეგრავირი კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

ანტიკონვულსანტები:

ფენითონი, ბარბიტურატი, კარბამეზეპინი, პრიმიდონი, ტოპირამატი, ოქსკარბაზეპინი
კატეგორია 3. (კოკ, კპ, კვრ,) კატეგორია 2. (კსკ)
ლამოტრიჯინი კატეგორია 3. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

განმარტება: აღნიშნული პრეპარატების მიღების ფონზე დაბალდოზიანი კოკ-ის ეფექტურობა მცირდება, რადგან მათი დიდხანს მიღება იწვევს ღვიძლის ფერმენტების აქტიურობის მომატებას, რაც იწვევს ესტროგენისა და პროგესტაგენის მეტაბოლიზმის დაჩქარებას და პრეპარატების ეფექტურობის შემცირებას.

ანტიმიკრობული პრეპარატები

ა) ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები

კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

ბ) ანტიფუნგალური

კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

გ) ანტიპარაზიტული

კატეგორია 1. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

მტკიცებულება: ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებს, ანტიფუნგალურ, ანტიპარაზიტულ პრეპარატებს არ აქვთ კლინიკურად მნიშვნელოვანი ფარმაკოკინეტიკური ურთიერთქმედება კოკ-თან.

დ) რიფამპიცინი

კატეგორია 3. (კოკ, კპ, კვრ, კსკ)

მტკიცებულება: კოკ და რიფამპიცინის ერთდროულად მიღებას მავნე გავლენა არ აქვს ქალის ორგანიზმზე, მაგრამ რიფამპიცინი აქვეითებს კოკ ეფექტურობას.

კოკ-ის მიღების დაწყება და გამოყენების რეჟიმი

კოკ-ის მიღების დაწყება შესაძლებელია რეგულარული მენსტრუაციული ციკლის დროს:

- მენსტრუაციული ციკლის დაწყებიდან 5 დღის განმავლობაში;
- მენსტრუაციული ციკლის ნებისმიერ დროს, თუ საკმარისი საფუძველი არსებობს იმისა, რომ ქალი არაა ორსულად;
- თუ კოკ-ის მიღება იწყება მენსტრუაციული ციკლის დაწყებიდან 5 დღის შემდეგ, ქალს რეკომენდაცია ეძლევა თავი შეიკავოს სქესობრივი კავშირისაგან ან გამოიყენოს კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდი 7 დღის განმავლობაში (კონდომი / სპერმიციდი/ შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი).

მშობიარობისა და აბორტის შემდეგ (იხ. შესაბამის თავში და მდგომარეობებში).

ამენორეის დროს:

- კოკ-ის მიღების დაწყება შეიძლება ნებისმიერ დროს, თუ საკმარისი საფუძველი არსებობს იმისა, რომ ქალი არაა ორსულად. ასეთ შემთხვევაში ქალმა სასურველია თავი შეიკავოს სქესობრივი კავშირისაგან ან გამოიყენოს კონტრაცეპციის დამატებითი

მეთოდი 7 დღის განმავლობაში (კონდომი / სპერმიციდი / შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი).

გამოყენების რეჟიმი:

- ქალი ღებულობს თითო ტაბლეტს ყოველდღე 21 დღის განმავლობაში (ერთსა და იმავე დროს). ისვენებს 7 დღე და მე-8-ე დღიდან იწყებს ახალ ფირფიტას;
- თუ ფირფიტა შეიცავს 28 ტაბლეტს (ბოლო 7 ტაბლეთი არაჰორმონულია და შეიძლება შეიცავდეს რკინას ან ვიტამინს), ქალი კოკ-ს ღებულობს უწყვეტი რეჟიმით, ანუ 28 ტაბლეტის დამთავრების შემდეგ ქალი შესვენების გარეშე ტაბლეტების მიღებას იწყებს ახალი ფირფიტიდან.

სხვა ჰორმონული მეთოდიდან კოკ-ზე გადასვლა

- შეიძლება შუალედის გაკეთების გარეშე, მხოლოდ იმ პირობით, რომ წინა მეთოდი გამოყენებული იყო რეკომენდაციის მიხედვით. ასეთ შემთხვევაში შემდგომ მენსტრუაციამდე მოცდა აუცილებელი არაა;
- თუ წინა მეთოდი წარმოადგენდა ინექციას, კოკ-ის დაწყება შეიძლება შემდგომი ინექციის სავარაუდო დღეს. ასეთ შემთხვევაში კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდის გამოყენება საჭირო არაა.

არაჰორმონული კონტრაცეპციიდან (სშს-ს გარდა) კოკ-ზე გადასვლა

- კოკ-ის მიღების დაწყება შეიძლება მენსტრუაციული ციკლის დაწყებიდან 5 დღის განმავლობაში. კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდის გამოყენება საჭირო არაა;
- ასევე, კოკ-ის მიღების დაწყება შეიძლება წინა მეთოდის შეწყვეტიდან მაშინვე, ან ნებისმიერ დროს, თუ საკმარისი საფუძველია იმისა, რომ ქალი არაა ორსულად. თუ კოკ-ის მიღების დაწყება ხდება მენსტრუაციული ციკლის დაწყებიდან 5 დღის შემდეგ, ქალს რეკომენდაცია ეძლევა შემდგომი 7 დღის განმავლობაში თავი შეიკავოს სქესობრივი კავშირისაგან ან გამოიყენოს კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდი.

სშს-დან (ლევონორგესტრელიანი სშს-ს ჩათვლით) კოკ-ზე გადასვლა

- კოკ-ის მიღების დაწყება შეიძლება მენსტრუაციული ციკლის დაწყებიდან 5 დღის განმავლობაში. კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდების გამოყენება საჭირო არაა, სშს ამოღებული უნდა იყოს ამ პერიოდში;
- ასევე კოკ-ის მიღების დაწყება შეიძლება ნებისმიერ დროს, თუ საკმარისი საფუძველია იმისა, რომ ქალი არაა ორსულად.
 - თუ აღნიშნული მენსტრუაციული ციკლის განმავლობაში ქალი აქტიური სქესობრივი ცხოვრებით ცხოვრობდა და მენსტრუაციის დაწყებიდან გასულია 5 დღეზე მეტი, ასეთ შემთხვევაში სშს ამოღება რეკომენდებულია შემდგომი მენსტრუაციული ციკლის დროს;
 - თუ აღნიშნული მენსტრუაციული ციკლის განმავლობაში ქალი სქესობრივი ცხოვრებით არ ცხოვრობდა და მენსტრუაციის დაწყებიდან გავიდა 5 დღეზე მეტი, ქალს რეკომენდაცია ეძლევა შემდგომი 7 დღის განმავლობაში თავი შეიკავოს სქესობრივი კავშირისაგან ან გამოიყენოს კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდი. თუ ზემოთ

ხსენებულ კონტრაცეპციის დამატებით მეთოდად სშს ითვლება, მაშინ მისი ამოღება უნდა მოხდეს შემდგომი მენსტრუაციული ციკლის დროს.

- თუ ქალს აქვს არარეგულარული მენსტრუაციული გამონადენი ან ამენორეა, კოკ-ის მიღების დაწყება შეიძლება იმ რეკომენდაციით, რომელიც მითითებულია: „კოკ-ის მიღების დაწყებაში ამენორეის დროს“.

კოკ-ის მიღების შემდეგ ფერტილობის აღდგენა

კოკ-ის დიდ უპირატესობას წარმოადგენს მისი მიღების შემდეგ ფერტილობის სწრაფი აღდგენა. შემთხვევათა 2%-ში შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ჰიპოფიზის გონადოტროპული ფუნქციის ჰიპერდამუხრუჭების სინდრომს და შესაბამისად ამენორეას. ამენორეა შეიძლება განვითარდეს ენდომეტრიუმის ატროფიული ცვლილებების შედეგად, რომელიც შექცევადი პროცესია. ენდომეტრიუმის ფუნქციური შრის აღდგენის შემდეგ მენსტრუაცია თავისთავად აღდგება ან შესაძლებელია საჭირო გახდეს ესტროგენებით მკურნალობა.

პრეპარატებით მომარაგება

- ექიმმა ქალს უნდა მისცეს კოკ-ის წლიური მარაგი (დამოკიდებულია ქალის სურვილზე, რამდენ ხანს გეგმავს იგი კოკ-ის მიღებას) თუ ექიმს გააჩნია კონტრაცეპტივებით (კოკ-ით) პროგრამული უზრუნველყოფა. ან ურჩიოს, ქალმა თვითონ იზრუნოს მარაგის შექმნაზე;
- მარაგის შევსების სისტემა მოქნილი უნდა იყოს, რომელიც ქალს საშუალებას მისცემს თავისუფლად მიიღოს კონტრაცეპციის საჭირო რაოდენობა მისთვის მოსახერხებელ დროს;
- ჯანმო-ს ექსპერტების მონაცემებით ექიმის მიერ ქალისთვის კოკ-ის გაცემა რაოდენობის თვალსაზრისით შეზღუდული არ უნდა იყოს, რადგანაც ჰორმონული კონტრაცეპციის გამოყენების დროს არასასურველი (ან იძულებითი) შესვენება ზრდის დაუგეგმავი ორსულობის რისკს.

მეთვალყურეობა – განმეორებითი ვიზიტი

- კოკ-ის გამოყენებისას ქალი ექიმთან უნდა მივიდეს ყოველწლიურად;
- კოკ-ის მიღების დაწყებიდან 3 თვის შემდეგ აუცილებელია ექიმთან განმეორებითი ვიზიტი;
- ქალმა ექიმს უნდა მიმართოს ნებისმიერ დროს კონტრაცეპციასთან დაკავშირებული რომელიმე გვერდითი მოვლენის ან სხვა რაიმე პრობლემის წარმოქმნის შემთხვევაში ან თუ ქალს სურს კონტრაცეპციის აღნიშნული მეთოდის შეცვლა.

კონსულტირება

კონტრაცეპციის მეთოდის შერჩევა ხდება: რეპროდუქტოლოგის, მენ-გინეკოლოგის მიერ.

ქალს უნდა მიეცეს ზუსტი ინსტრუქცია კოკ-ის:

- მოქმედების მექანიზმზე;
- გვერდით მოვლენებზე (იხ. გვერდითი მოვლენები);
- საყურადღებო ნიშნებზე (იხ. საყურადღებო ნიშნები);

- კოკ-ის მიღების დაწყებაზე (იხ. კოკ-ის მიღების დაწყება);
- რეჟიმზე (იხ. გამოყენების რეჟიმი);
- გამოტოვებულ აბებზე (იხ. პროტოკოლი გვერდითი მოვლენები, შეფასება, მართვა);
- განმეორებით ვიზიტზე (იხ. მეთვალყურეობა – განმეორებითი ვიზიტი);
- ფერტილობის აღდგენაზე.

კოკ-ის გვერდითი მოვლენების კლასიფიკაცია

ესტროგენდამოკიდებული ეფექტი

- თავის ტკივილი;
- T/A-ის მომატება (არტერიული წნევის მომატება);
- გაღიზიანება;
- გულისრევა, ღებინება;
- თავბრუსხვევა;
- მასტოდინია (სისავსის შეგრძნება სარძევე ჯირკვლებში);
- ქლოაზმა (ორსულობის მსგავსი ლაქები სახეზე);
- ვარიკოზული ვენების მდგომარეობის გაუარესება;
- კონტაქტური ლინზების აუტანლობა;
- სხეულის წონაში მომატება.

პროგესტაგენდამოკიდებული ეფექტი

- თავის ტკივილი;
- დეპრესია;
- ადვილად დაღლა;
- აკნე;
- ლიბიდოს დაქვეითება;
- საშოს ლორწოვანი გარსის სიმშრალე;
- ვარიკოზული ვენების მდგომარეობის გაუარესება;
- სხეულის წონაში მომატება.

ესტროგენული ეფექტის უკმარისობა (ესტროგენის შეფარდებით მცირე დოზა)

- თავის ტკივილი;
- დეპრესია;
- გაღიზიანება;
- სარძევე ჯირკვლების ზომაში შემცირება;
- ლიბიდოს დაქვეითება;
- საშოს ლორწოვანი გარსის სიმშრალე;
- მენსტრუაციათა შორის სისხლიანი ჩამონაშალი ციკლის დასაწყისში და/ან შუაში;
- მცირე მენსტრუაციული გამონადენი.

პროგესტაგენული ეფექტის უკმარისობა (პროგესტაგენის შეფარდებით მცირე დოზა)

- ჭარბი მენსტრუაცია;
- მენსტრუაციათა შორის სისხლიანი ჩამონაშალი ციკლის მეორე ფაზაში;
- მენსტრუაციის შეფერხება.

საყურადღებო ნიშნები კოკ-ის მიღებისას

ქალმა უნდა მიმართოს სამედიცინო დაწესებულებას მაშინვე, თუ შეამჩნია ქვემოთ აღწერილი რომელიმე ნიშანი:

- ძლიერი ტკივილი გულმკერდში ან ქოშინი;
- ძლიერი თავის ტკივილი ან მხედველობის დარღვევა, მეტყველების მოშლა;
- ძლიერი ტკივილი ქვემო კიდურებში;
- ძლიერი ტკივილი მუცლის არეში;
- სიყვითლე.

სისხლიანი გამონადენის არარსებობა: 21 ტაბლეტიანი ფირფიტის დამთავრების შემთხვევაში ან 7 არააქტიური ტაბლეტის მიღების პერიოდში, რომელიც შეიძლება იყოს ორსულობის ნიშანი.

კოკ-ის მიღების დაწყებამდე სკრინინგული კითხვარი

ანამნეზის შეკრების მიზანია სხვადასხვა რისკ ფაქტორების აღმოჩენა და მათი გათვალისწინება კოკ-ის მიღების დაწყებამდე დაუსვით ქალს შემდეგი კითხვები:

არა		კი
	1. მენსტრუაცია დაგვიანებულია ან ფიქრობთ, რომ ორსულად ხართ?	
	2. ძუძუთი კვებავთ 6 თვემდე ასაკის ახალშობილს?	
	3. ეწევით სიგარეტს (დღეში რამდენს) და ხართ >35 წელზე?	
	4. გაქვთ თავის ტკივილი, ხშირად ერთ მხარეზე, პულსირებადი, თავბრუსხვევა, დისკომფორტი სინათლესა და ხმაურზე?	
	5. გაქვთ ხოლმე მაღალი არტერიული წნევა?	
	6. თუ გქონიათ როდისმე მწვავე სისხლმარღვოვანი მოშლა (ინსულტი, სტენოკარდიული შეტევა, ბარძაყის ან ფილტვის არტერიის თრომბოზი)?	
	7. გაქვთ თუ არა შაქრიანი დიაბეტი?	
	8. გქონიათ (ან ამჟამად გაქვთ) სარძევე ჯირკვლის კიბო?	
	9. გქონიათ (ან ამჟამად გაქვთ) ღვიძლის რაიმე სერიოზული დაავადება ან სიყვითლე?	
	10. ამჟამად ხომ არ იღებთ ანტიტუბერკულოზურ ან ანტიეპილეფსიურ წამლებს?	
	11. გაქვთ სისხლდენა სქესობრივი კავშირის შემდეგ ან მენსტრუაციებს შორის პერიოდში, რაც თქვენთვის უჩვეულოა?	

თუ ქალი ყველა აღნიშნულ კითხვაზე პასუხობს „არა“-ს, მას შეუძლია კოკ-ის გამოყენება და გადადით მე-12 კითხვაზე

თუ ქალი თუნდაც ერთ კითხვაზე პასუხობს „დიახ“, ჩაუტარეთ გამოკვლევა. მიეცით კონდომი კონტრაცეპციის სხვა მეთოდის შერჩევამდე.

12. რამდენი დღის წინ დაეწყო უკანასკნელი მენსტრუაცია?

- თუ ქალს უკანასკნელი მენსტრუაცია დაეწყო ბოლო 5 დღის განმავლობაში, შეუძლია ახლავე დაიწყოს კოკ-ის მიღება;
- თუ ქალს უკანასკნელი მენსტრუაცია დაეწყო 5 დღეზე მეტი ხნის წინ და ამ პერიოდში იყენებდა კონტრაცეპციის რომელიმე მეთოდს (თავშეკავების ჩათვლით), მიეცით კოკ და უთხარით – ახლავე დაიწყოს მისი მიღება და აუხსენით, რომ უახლოესი 7 დღის განმავლობაში კონდომი და/ან სპერმიციდი გამოიყენოს;
- თუ ქალს უკანასკნელი მენსტრუაცია დაეწყო 5 დღეზე მეტი ხნის წინ და ამ პერიოდში არ იყენებდა კონტრაცეპციის რომელიმე მეთოდს (თავშეკავების ჩათვლით), მიეცით კოკ და უთხარით, რომ მისი მიღება დაიწყოს მომდევნო მენსტრუაციის პირველი 5 დღის განმავლობაში.

კსკ-ს ინექციის გაკეთების ვადები

რეგულარული მენსტრუაციული ციკლის დროს:

- მენსტრუაციული ციკლის დაწყებიდან 7 დღის განმავლობაში. კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდის გამოყენება საჭირო არაა;
- მენსტრუაციული ციკლის ნებისმიერ დროს, თუ საკმარისი საფუძველი არსებობს იმისა, რომ ქალი არაა ორსულად;
- თუ ინექცია კეთდება მენსტრუაციული ციკლის დაწყებიდან 7 დღის შემდეგ, ქალს ეძლევა რეკომენდაცია თავი შეიკავოს სქესობრივი კავშირისაგან ან გამოიყენოს კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდი 7 დღის განმავლობაში.

ამენორეის დროს:

- კსკ-ს ინექცია შეიძლება ნებისმიერ დროს, თუ საკმარისი საფუძველი არსებობს იმისა, რომ ქალი არაა ორსულად. ასეთ შემთხვევაში, ქალმა სასურველია, თავი შეიკავოს სქესობრივი კავშირისაგან ან გამოიყენოს კონტრაცეფციის დამატებითი მეთოდი ინექციიდან 7 დღის განმავლობაში.

მშობიარობისა და აბორტის შემდეგ (იხ.შესაბამის თავში და მდგომარეობებში).

კსკ-ს გამოყენების რეჟიმი:

- კსკ-ს განმეორებით ინექციებს შორის შუალედი შეადგენს 4 კვირას;
- თუ რეკომენდებული ინტერვალის დაცვა ვერ ხერხდება, ინექციის გაკეთება შეიძლება ვადაზე 1-7 დღით ადრე. თუმცა ასეთ შემთხვევაში შესაძლებელია დაირღვეს მენსტრუაციული ციკლი;
- თუ რეკომენდებული ინტერვალის დაცვა ვერ ხერხდება, ინექციის გაკეთება შეიძლება 1-7 დღით გვიან. 7 დღეზე მეტი გადაცილების შემთხვევაში შეიძლება მხოლოდ იმ პირობით, თუ საკმარისი საფუძველი არსებობს იმისა, რომ ქალი არაა ორსულად. ასეთ შემთხვევაში

ქალს ეძლევა რეკომენდაცია თავი შეიკავოს სქესობრივი კავშირისაგან ან გამოიყენოს კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდი 7 დღის განმავლობაში.

სხვა ჰორმონული მეთოდიდან კსკ-ზე გადასვლა

(იხ. კოკ-ის შესაბამის ნაწილში)

არაჰორმონული კონტრაცეპტივიდან (სშს-ს გარდა) კსკ-ზე გადასვლა

კსკ-ს ინექციის გაკეთება შეიძლება უკვე გამოყენებული მეთოდის შეწყვეტისთანავე, თუ საკმარისი საფუძველია იმისა, რომ ქალი არაა ორსულად. ასეთ შემთხვევაში კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდის გამოყენება საჭირო არ არის.

- თუ მენსტრუაციის დაწყებიდან არ გასულა 7 დღეზე მეტი, ასეთ შემთხვევაში კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდის გამოყენება საჭირო არ არის;
- თუ კსკ-ს ინექცია კეთდება მენსტრუაციული ციკლის პირველი 7 დღის შემდეგ, ქალს ეძლევა რეკომენდაცია თავი შეიკავოს სქესობრივი კავშირისაგან ან გამოიყენოს კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდი 7 დღის განმავლობაში.

სშს-დან (ლევონორგესტრელ-სშს-ს ჩათვლით) კსკ-ზე გადასვლა

- კსკ-ს ინექციის გაკეთება შეიძლება მენსტრუაციული ციკლის დაწყებიდან პირველი 7 დღის განმავლობაში. სშს ამოღებული უნდა იყოს ამ პერიოდში. კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდის გამოყენება საჭირო არ არის;
- ნებისმიერ დროს, თუ საფუძველი არსებობს იმისა, რომ ქალი ორსულად არ არის;
- თუ ქალს აქვს არარეგულარული მენსტრუაციული გამონადენი ან ამენორეა, კსკ-ს ინექცია კეთდება „ამენორეის“ რეკომენდაციით.

ფერტილობის აღდგენა

- კსკ-ს ინექციის შემდეგ ფერტილობის აღდგენის შესახებ გამოკვეთილი მონაცემები ამჟამად არ არის.

კონსულტირება

კსკ-ს ინექციის გაკეთებამდე ქალთან უნდა ჩატარდეს კონსულტირება, რომელიც მოიცავს:

- მეთოდის უპირატესობებს და ნაკლოვანებებს, ეფექტურობას, რისკს და სარგებელს, გვერდით მოვლენებს და ღირებულებას;
- ოჯახის დაგეგმვის ალტერნატიულ მეთოდებს;
- სიგარეტის მოწევას და მასთან დაკავშირებულ სისხლძარღვოვან გართულებებს;
- ინექციების ვადებს.

კომბინირებული პლასტირების გამოყენების ვადები და რეჟიმი

- ერთი თვის განმავლობაში გამოიყენება 3 კონტრაცეპციული პლასტირი. თითოეული პლასტირი გამოიყენება 1 კვირის განმავლობაში (7 დღე), და შემდეგ, კვირის იმავე დღეს იცვლება ახალი პლასტირით. მაგ: თუ პირველი პლასტირი დაეკრო კვირას, შემდგომი პლასტირებიც შეიცვლება კვირას. 3 კვირის შემდეგ კეთდება 7 დღიანი შესვენება. ამ პერიოდში იწყება მენსტრუალური გამონადენი;

- იხსნება ფოლგის შეფუთვა, სადაც მოთავსებულია პლასტიკი. პლასტიკიდან იხსნება დამცავი ფირფიტა და იგი იკვრება სუფთა კანზე დუნდულოს, მუცლის, მხრის ზედა გარეთა ნაწილში ან ზურგის არეში (გამორიცხულია სარძევე ჯირკვალზე პლასტიკის დაკვრა) 10 წამის განმავლობაში. ამის შემდეგ აუცილებელია თითებით პლასტიკის კიდეების შემოწმება. ყოველი შემდგომი პლასტიკი იკვრება კანის სხვა ადგილას, რომ კანის გაღიზიანება თავიდან იყოს აცილებული (შესაძლებელია ერთ ანატომიურ არეში). არ შეიძლება საცხის, ლოსიონის და სხვა პარფიუმერული საშუალებების გამოყენება იმ ადგილზე, სადაც იკვრება პლასტიკი;
- თუ ქალი პლასტიკის გამოყენებას იწყებს მენსტრუალური ციკლის პირველი დღის შემდეგ, მან დამატებით უნდა გამოიყენოს თავდაცვის მიზნით ბარიერული მეთოდები მომდევნო 7 დღის განმავლობაში;
- რეკომენდებული არა შესვენების პერიოდი გახანგრძლივდეს 7 დღეზე მეტი. ასეთ შემთხვევაში ქალმა რაც შეიძლება ადრე უნდა დაიკრას ახალი პლასტიკი და ის დღე ითველება „შეცვლის დღედ“. მომდევნო 7 დღის განმავლობაში გამოიყენოს ბარიერული მეთოდები.

პლასტიკის შეცვლის დავიწყება პირველ კვირას

- თუ პლასტიკის შეცვლა დაგვიანდა 3 და მეტი დღით, ძველი პლასტიკი ადგილზე დარჩა 10 და მეტი დღე, და მომდევნო 5 დღის განმავლობაში მოხდა დაუცველი სქესობრივი აქტი, ასეთ შემთხვევაში რეკომენდებულია გადაუდებელი კონტრაცეპციის გამოყენება.

პლასტიკის შეცვლის დავიწყება მეორე ან მესამე კვირას

- თუ დაგვიანება არ აჭარბებს 1 ან 2 დღეს (48 სთ), რაც შეიძლება მალე უნდა იყოს დაკრული ახალი პლასტიკი. აუცილებელი არაა კონტრაცეფციის დამატებითი მეთოდების გამოყენება;
- თუ დაგვიანება აჭარბებს 1 ან 2 დღეს (48 სთ), უნდა შეწყდეს მიმდინარე ციკლი და ქალმა დაიწყოს ახალი 4 კვირიანი ციკლი. პირველი დღე ითველება „შეცვლის დღედ“. მომდევნო 7 დღის განმავლობაში უნდა გამოიყენოს დამატებით ბარიერული მეთოდები.

სხვა მეთოდიდან კვ-ზე გადასვლა

- თუ ქალი გადადის კოკ-დან კვ-ზე, პლასტიკი დაკრული უნდა იყოს მენსტრუალური ციკლის 1-ელი დღიდან (კოკ-ის დასრულების შემდეგ). თუ პლასტიკის დაკვრა გადავიანდა, იხ. ზემოთ მოცემულ განმარტებებში;
- თუ ქალი გადადის პროგესტაგენური მოქმედების რილიზინგ სისტემებიდან, პლასტიკი უნდა დაიკრას იმპლანტის ამოღების დღეს ან მომდევნო ინექციის გაკეთების დღეს, მაგრამ მომდევნო 7 დღის განმავლობაში უნდა გამოიყენოს დამატებით ბარიერული მეთოდები;
- პლასტიკი კარგად ეკვრის კანს და ინარჩუნებს თავის ეფექტურობას ცურვის, სხვადასხვა სითხური პროცედურების, ფიზიკური დატვირთვის და მომატებული ტენიანობის (საუნა, ბანაობა და სხვ.) პირობებში.

მშობიარობისა და აბორტის შემდეგ (იხ.შესაბამის თავში და მდგომარეობებში)

ფერტილობის აღდგენა ხდება მეთოდის შეწყვეტიდან პრაქტიკულად მაშინვე.

კომბინირებული ვაგინალური რგოლის გამოყენების ვადები და რეჟიმი

- თითოეული რგოლი განკუთვნილია კონტრაცეფციისთვის ერთ მენსტრუალური ციკლზე, რომელიც მოიცავს გამოყენების 21 დღეს და შესვენების 7 დღეს, როდესაც აღინიშნება მენსტრუალური რეაქცია. მაგ: თუ რგოლის მოთავსება საშოში მოხდა ოთხშაბათს 22:00, რგოლის ამოღება უნდა მოხდეს 3 კვირის შემდეგ ოთხშაბათს 22:00 და ახალი რგოლის მოთავსება 7 დღის შემდეგ;
- რგოლის მოთავსების წინ ქალმა უნდა დაიკავოს მიხერხებული მდგომარეობა, მაგ: ფეხზე დგომით ერთი ფეხით შემალლებულ ადგილზე მოთავსებით, ან დაწოლილ მდგომარეობაში. ორი თითით რგოლის კიდეები უახლოვდება ერთმანეთს და რვიანის ფორმით თავსდება საშოში. რაც უფრო კარგად თავსდება საშოში, მით ნაკლები დისკომფორტი აქვს ქალს შემდგომში. საშოს კუნთები ბუნებრივად ხელს უშლიან რგოლის გამოვლებას. რგოლი საშოში რჩება 3 კვირის განმავლობაში;
- 3 კვირის შემდეგ ხდება რგოლის ამოღება და ნაგავში გადადება. საშოდან რგოლის ამოღება ხდება მოხრილი საჩვენებელი თითით, რომელიც გამოედება რგოლს ან საჩვენებელი და შუა თითის დახმარებით. მეოთხე კვირას აღინიშნება მენსტრუალური რეაქცია;
- რეკომენდებული არაა რგოლის 3 კვირაზე ადრე ამოღება. გამოვარდნის შემთხვევაში ირეცხება სუფთა წყლით და თავსდება თავიდან საშოში;
- **რგოლის გამოვარდნა ციკლის პირველ ან მეორე კვირას და მოთავსებამდე გავიდა 3 საათზე მეტი:** რაც შეიძლება სწრაფად უნდა მოთავსდეს საშოში და შემდგომი 7 დღის განმავლობაში გამოყენებულ უნდა იყოს კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდი;
- **რგოლის გამოვარდნა ციკლის მესამე კვირას და მოთავსებამდე გავიდა 3 საათზე მეტი:** უნდა შეწყდეს აღნიშნული ციკლი და დაიწყოს ახალი ციკლი ახალი რგოლის მოთავსებით 3 კვირის განმავლობაში. 7 დღის განმავლობაში გამოყენებულ უნდა იყოს კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდი;
- არის ალტერნატიული მეთოდიც: მოთავსდეს რგოლი საშოში დაუყოვნებლივ სწორად 7 დღის განმავლობაში, შემდეგ შეიძლება ამოღება, 7 დღის მოცდა და ახალი რგოლის მოთავსება 3 კვირის განმავლობაში (ე.ი. ახალი ციკლის დაწყება). 7 დღის განმავლობაში გამოყენებულ უნდა იყოს კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდი;
- **ახალი რგოლი მოთავსდა დაგვიანებით (არა მე-7 დღეს) ან გამოყენებული რგოლი დარჩა ადგილზე 4 კვირაზე მეტი:** რაც შეიძლება სწრაფად უნდა მოთავსდეს რგოლი საშოში და 7 დღის განმავლობაში გამოყენებულ უნდა იყოს კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდი;
- თუ რგოლის შეცვლა დაგვიანდა 3 და მეტი დღით, ძველი რგოლი ადგილზე დარჩა 10 და მეტი დღე, და მომდევნო 5 დღის განმავლობაში მოხდა დაუცველი სქესობრივი აქტი, ასეთ შემთხვევაში რეკომენდებულია გადაუდებელი კონტრაცეპციის გამოყენება.

მშობიარობისა და აბორტის შემდეგ (იხ. შესაბამის თავში და მდგომარეობებში)

ფერტილობის აღდგენა ხდება მეთოდის შეწყვეტიდან პრაქტიკულად მაშინვე.

სხვა მეთოდიდან კვრ-ზე გადასვლა

წინა მეთოდი	რგოლის მოთავსების დრო	ბარიერული მეთოდის აუცილებლობა 7 დღის განმავლობაში
არაჰორმონული	მ/ციკლის 1-5 დღე	კი
კოკ	თავისუფალი ინტერვალის მე-8 დღე	არა
მინი-პილი	ნებისმიერ დღეს	კი
იმპლანტი	იმპლანტის ამოღების დღეს	კი
საინექციო კონტრაცეპცია	მომდევნო ინექციის დღე	კი
ჰორმონშემცველი სშს	სშს ამოღების დღეს	კი

კვკ-ის მიღების დაწყებამდე რეკომენდებული გამოკვლევები და ანალიზები, პაციენტის საჭიროებებისა და მოთხოვნილებების მიხედვით:

- | | |
|--|-------|
| | კლასი |
| • სარძევე ჯირკვლების გამოკვლევა | – C |
| • მცირე მენჯის ღრუს/სასქესო ორგანოების გამოკვლევა | – C |
| • საშვილოსნოს ყელის კიბოზე სკრინინგი | – C |
| • სტანდარტული ლაბორატორიული ანალიზები | – C |
| • ჰემოგლობინის განსაზღვრა სისხლში | – C |
| • სგგი-ით დაავადების რისკი
ანამნეზის შეკრება და საერთო გასინჯვა | – C |
| • სგგი/შიდს-ის გამოვლენის სკრინინგული
ლაბორატორიული ანალიზები | – C |
| • არტერიული წნევის გაზომვა* | |

კლასი – „C“ – აღნიშნული გამოკვლევისა და ანალიზის ჩატარება არ უზრუნველყოფს კონტრაცეპციის ამ კონკრეტული მეთოდის უშიშრად გამოყენებასა და ეფექტურობას.

* – გამოკვლევის ჩატარება რეკომენდებულია.

კოკ-ის გამოყენება და გვერდითი ეფექტები

(გათვალისწინებულია რეპროდუქტოლოგიისა და
მეან-გინეკოლოგიისათვის)

გვერდითი მოვლენები, მათი შეფასება, მართვა

გვერდითი მოვლენა	შეფასება	მართვა
<p>გულისრევა, ლებინება, თავბრუსხვევა</p>	<ul style="list-style-type: none"> დაადგინეთ, ტაბლეტებს ხომ არ ლებულობს დილით ან უზმოზე. შეამოწმეთ ორსულობაზე (ტესტი ორსულობაზე). 	<ul style="list-style-type: none"> ურჩიეთ ქალს ტაბლეტები მიიღოს ძილის წინ ვახშმის შემდეგ ან ვახშმის დროს. ორსულობის დადგენის შემთხვევაში ქალმა ტაბლეტების მიღება უნდა შეწყვიტოს. თუ ორსულობა არ დადასტურდა, აუხსენით ქალს, რომ ეს მოვლენები გაივლის 1-2 თვის განმავლობაში, კოკ-ის მიღების ფონზე ან მიეცით ძალიან მცირე დოზიანი კოკ-ი (20 მკგ-ე-ე). თუ პრობლემა აუტანელია, შეწყვიტოს კოკ-ის მიღება. დაეხმარეთ მას კონტრაცეპციის სხვა მეთოდის შერჩევაში.
<ul style="list-style-type: none"> ამენორეა 	<ul style="list-style-type: none"> ჰკითხეთ ქალს, როგორ იღებდა ტაბლეტებს, ხომ არ დაავიწყდა ერთი ან რამოდენიმე ტაბლეტის მიღება? შეამოწმეთ ორსულობაზე (საშვილოსნოს ღრუში, საშვილოსნოსგარე): ანამნეზი, ტესტი ორსულობაზე, გასინჯვა. 	<ul style="list-style-type: none"> ტაბლეტების გამოტოვება ზრდის ორსულობის რისკს. თუ ქალმა გამოტოვა ან დაავიწყდა ტაბლეტის (ერთი ან რამოდენიმე) მიღება, ის გამოკვლეული უნდა იყოს ორსულობაზე. ორსულობის დადგენის შემთხვევაში, თუ ქალი გადაწყვიტავს ორსულობის შენარჩუნებას, მან ტაბლეტების მიღება უნდა შეწყვიტოს. ქალს უნდა აეხსნას, რომ კოკ-ში შემავალი ესტროგენი და პროგესტაგენი ხანმოკლე მიღებისას ორსულობის ადრეულ სტადიაზე ნაყოფზე უარყოფით გავლენას არ ახდენს.

		<ul style="list-style-type: none"> • თუ პაციენტი იღებდა 21 ტაბლეტიან ფირფიტას, დაავიწყდა ერთ კვირიანი შესვენების გაკეთება მენსტრუაციისათვის და უწყვეტი რეჟიმით მიიღო ტაბლეტები, განუვითარდება ამენორეა. მიეცით ახსნა-განმარტება, რომ ეს საშიში არაა. • თუ ქალი სწორი რეჟიმით იღებდა ტაბლეტებს და აღენიშნება ამენორეა, დაამშვიდეთ და აუხსენით, რომ ამენორეის შემთხვევაში მის სხეულში ან საშვილოსნოში სისხლი არ გროვდება. პროგესტაგენის მცირე დოზის მუდმივი მოქმედებით ენდომეტრიუმის სისქე მცირდება, რაც იწვევს სისხლდენის შემცირებას ან მთლიანად შეწყვეტას. თუ ის განაგრძობს დაბალდოზიანი კოკ-ის (30-35 მკგ ე.ე.) მიღებას, ამენორეა ჩვეულებრივ შენარჩუნდება. ურჩიეთ ქალს, განმეორებით მომართოს კლინიკას, თუ ამენორეა კვლავ შემაწუხებელი იქნება.
<ul style="list-style-type: none"> • ვაგინალური სისხლდენა/ ჩამონაშალი 	<ul style="list-style-type: none"> • ჰკითხეთ ქალს როგორ იღებდა ტაბლეტებს, ხომ არ დაავიწყდა ერთი ან რამოდენიმე ტაბლეტის მიღება? • კოკ-ს მიღება ახალი დაწყებულია. • შეამოწმეთ გინეკოლოგიურ დაავადებებზე (მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადება), ორსულობაზე (საშვილოსნოს ღრუში, ექტოპიური), არასრულ აბორტზე (ტესტი ორსულობაზე). 	<ul style="list-style-type: none"> • თუ ქალს ავიწყდება ტაბლეტების მიღება, შეახსენეთ წამლის მიღების წესები და აუხსენით, რომ ტაბლეტების გამოტოვება ზრდის ორსულობის რისკს. თუ შემდგომში მას კვლავ ავიწყდება ტაბლეტების მიღება, შეურჩიეთ კონტრაცეპციის სხვა მეთოდი. • დაამშვიდეთ, უთხარით, რომ სისხლდენა / ჩამონაშალი შესაძლებელია კოკ-ის გამოყენების პირველი სამი თვის განმავლობაში და უმრავლეს შემთხვევაში მცირდება გამოყენების მეოთხე თვიდან. თუ სისხლდენა / ჩამონაშალი შემაწუხებელია, გადაიყ-

	<ul style="list-style-type: none"> • კოკ-ის ფონზე ქალმა დაიწყო ახალი მედიკამენტების მიღება (მაგ. რიფამპიცინი). 	<p>ვანეთ შედარებით მაღალდოზიან კოკ-ზე, ან დაეხმარეთ ქალს კონტრაცეპციის სხვა მეთოდის შერჩევაში.</p> <ul style="list-style-type: none"> • თუ სახეზეა გინეკოლოგიური პრობლემები, ჩაატარეთ შესაბამისი მკურნალობის კურსი. • დაეხმარეთ ქალს კონტრაცეპციის სხვა მეთოდის შერჩევაში.
<ul style="list-style-type: none"> • მაღალი არტერიული წნევა $\geq 160/100$ – მე-4 კატეგორია $\geq 140-159/90-99$ – მე-3 კატეგორია 		<ul style="list-style-type: none"> • თუ არტერიული წნევის მომატება განპირობებულია კოკ-ის გამოყენებით, ქალმა უნდა შეწყვიტოს პრეპარატების მიღება. დაეხმარეთ ქალს კონტრაცეპციის სხვა მეთოდების შერჩევაში. • კოკ-ის მიღების შეწყვეტის შემდეგ 3 თვის განმავლობაში თუ არ მოხდა არტერიული წნევის ნორმალიზება, ქალი გააგზავნეთ შესაბამის სპეციალისტთან გამოკვლევაზე.
<ul style="list-style-type: none"> • ტკივილი გულმკერდის არეში (განსაკუთრებით თუ ის დაკავშირებულია ფიზიკურ დატვირთვასთან). 	<ul style="list-style-type: none"> • შეამოწმეთ გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებზე, არტერიული წნევა, გულისცემის სიხშირე. 	<ul style="list-style-type: none"> • თუ გამოიკვეთა გსდ-ის ნიშნები, გააგზავნეთ გამოკვლევაზე. ქალს მიეცით რეკომენდაცია შეწყვიტოს კოკ-ის გამოყენება, დაეხმარეთ კონტრაცეპციის სხვა მეთოდის შერჩევაში.
<ul style="list-style-type: none"> • თავის ტკივილი (მხედველობის დარღვევით) 	<ul style="list-style-type: none"> • დაადგინეთ, შეიცვალა თუ არა თავის ტკივილის ხასიათი და ინტენსივობა კოკ-ის მიღების დაწყების შემდეგ. • ჩაატარეთ ფიზიკური გასინჯვა, შეამოწმეთ არტერიული წნევა. აუცილებლობის შემთხ- 	<ul style="list-style-type: none"> • თუ თავის ტკივილი სუსტი ხასიათისაა და არ უკავშირდება შაკიკს, ქალი დაამშვიდეთ და მიეცით ტკივილისათვის: ასპირინი (325-650 მგ), ან იბუპროფენი (200-400 მგ), ან პარაცეტამოლი (325-1000 მგ), ან სხვა. ერთი თვის შემდეგ მდგომარეობა შეაფასეთ განმეორებით. • თუ კოკ-ის მიღების დაწყების შემდეგ შეიცვალა თავის ტკივილის ინტენსივობა (ტკივილის გაძლიერება, მხედველობის ცვლილება,

	ვევაში გამოიკვლიეთ: თვალის ფსკერი და ნევროლოგიური სტატუსი.	მეტყველების უნარის დარღვევა ან დაკარგვა), შეწყვიტეთ კოკ-ის გამოყენება და დაეხმარეთ ქალს კონტრაცეპციის სხვა (არაჰორმონული) მეთოდის შერჩევაში.
<ul style="list-style-type: none"> სარძევე ჯირკვლების დაჭიმულობა ან მტკივნეულობა (მასტალგია). 	<ul style="list-style-type: none"> შეამოწმეთ ორსულობაზე. 	<ul style="list-style-type: none"> ორსულობის შემთხვევაში იმოქმედეთ ისე, როგორც ეს ზემოთაა აღნიშნული (იხ. ამენორეა).
	<ul style="list-style-type: none"> გასინჯეთ ს/ჯირკვალი: კვანძი ან კისტა, გამონადენი ან გალაქტორეა (თუ არ კვებავს ძუძუთი) 	<ul style="list-style-type: none"> თუ ქალი ორსულად არ არის, ურჩიეთ: ასპირინი (325-650 მგ), ან იბუპროფენი (200-400 მგ), ან პარაცეტამოლი (325-1000 მგ). თუ ფიზიკური გასინჯვით გამოვლინდა კვანძი ან გამონადენი, რომელიც საეჭვოა კიბოზე (მაგ: მკვრივი, პალპაციის დროს უმტკივნეულო ან მოძრაობაში შეზღუდული კვანძი, რომელიც არ იცვლება მენსტრუაციის დროს), ქალი გააგზავნეთ შესაბამის გამოკვლევაზე.
	<ul style="list-style-type: none"> ჰკითხეთ ქალს, თუ ამჩნევს ს/ჯირკვლების დაჭიმულობას თვის მხოლოდ გარკვეულ დროს (მაგ. მენსტრუაციის დაწყებამდე) 	<ul style="list-style-type: none"> ურჩიეთ ქალს, მოერიდოს კოფეინს, შოკოლადს და ა.შ. და აუხსენით, რომ ს/ჯირკვლებში მიმდინარე ციკლური ცვლილებები (დაჭიმულობა, მტკივნეულობა) დამოკიდებულია ესტროგენ / პროგესტაგენის დოზის ცვლილებაზე. ქალი გადაიყვანეთ უფრო დაბალდოზიან კოკ-ზე. მაგრამ თუ უკვე იმყოფება ყველაზე დაბალდოზიან კოკ-ზე და პრეპარატის მიღების დაწყებიდან გავიდა 3 თვეზე მეტი, დაეხმარეთ მას კონტრაცეპციის სხვა მეთოდის შერჩევაში.
<ul style="list-style-type: none"> დეპრესია 	<ul style="list-style-type: none"> განიხილეთ ხასიათის ცვლილებები 	<ul style="list-style-type: none"> თუ ქალს დეპრესია გაუღრმავდა კოკ-ის მიღების შემდეგ, დაეხმარეთ კონტრაცეპციის სხვა, არაჰორმონული მეთოდის შერჩევაში, ან კოკ-ი შეარჩიეთ პროგესტაგენის დაბალი დოზით.

		<ul style="list-style-type: none"> • თუ ხასიათის ცვლილება კოკ-ს არ გამოუწვევია, შეიძლება მათი მიღების გაგრძელება. • შესაძლებელია პირიდოქსინის (B6)-ს მიღება 50 მგ დღეში 2 თვე.
<ul style="list-style-type: none"> • ლიბიდოს დაქვეითება 	<ul style="list-style-type: none"> • განიხილეთ ლიბიდოს ცვლილებები 	<ul style="list-style-type: none"> • თუ კოკ-ს არ გამოუწვევია ლიბიდოს დაქვეითება, შეიძლება მათი მიღების გაგრძელება. თუ ქალი ფიქრობს, რომ ლიბიდოს დაქვეითების მიზეზი პრეპარატებია, დაეხმარეთ მას კონტრაცეპციის სხვა მეთოდის შერჩევაში.
<ul style="list-style-type: none"> • აკნე 	<ul style="list-style-type: none"> • ჰკითხეთ, როგორ და რა სიხშირით იწმენდს სახეს? • ხომ არ იმყოფება ამჟამად დიდი სტრესის ქვეშ? 	<ul style="list-style-type: none"> • ჩვეულებრივ კოკ-ის მიღების დროს აკნე უმჯობესდება და ქრება. თუმცა, ზოგიერთ შემთხვევაში, მან შეიძლება არ იმოქმედოს და მისი გაუარესებაც კი გამოიწვიოს. ქალი გადაიყვანეთ ნაკლები ანდროგენული ეფექტის მქონე პროგესტაგენის შემცველ კოკ-ზე. რეკომენდებულია სახის გაწმენდა დღეში ორჯერ და სახის ცხიმიანი კრემების გამოყენებისაგან თავის შეკავება. თუ მდგომარეობა არ შეიცვალა, დაეხმარეთ ქალს სხვა მეთოდის შერჩევაში (არა ჰორმონული).
<ul style="list-style-type: none"> • სიყვითლე 	<ul style="list-style-type: none"> • თუ სიყვითლე გამოვლინდა კოკ-ის მიღების დაწყების შემდეგ, შეამოწმეთ ქალი ჰეპატიტზე, ღვიძლის კეთილთვისებიან ან ავთვისებიან სიმსივნეზე, ციროზზე, ნაღვლის ბუშტის დაავადებაზე. 	<ul style="list-style-type: none"> • კოკ-ში შემავალი ჰორმონები, პრაქტიკულად არ მოქმედებს ღვიძლის ფუნქციაზე. თუ სიყვითლე განპირობებულია ვირუსული ჰეპატიტით, შეწყვიტეთ ჰორმონული პრეპარატების მიღება და დაეხმარეთ ქალს სხვა არაჰორმონული მეთოდის შერჩევაში სრულ გამოჯანმრთელებამდე (ანუ სიმპტომების გაქრობიდან ან ღვიძლის ფუნქციის ნორმალიზაციიდან 3 თვე). • თუ სიყვითლე განპირობებულია

		<p>ღვიძლის სიმსივნით ან ციროზით, შეწყვეტეთ კოკ-ის გამოყენება, გაგზავნეთ ქალი შესაბამის გამოკვლევაზე, დაეხმარეთ მას კონტრაცეპციის სხვა მეთოდის შერჩევაში.</p> <ul style="list-style-type: none"> • თუ სიყვიტელე განპირობებულია ნაღვლის ბუშტის დაავადებით, შეწყვეტეთ კოკ-ის გამოყენება და დაეხმარეთ ქალს სხვა შესაფერისი მეთოდის შერჩევაში.
<ul style="list-style-type: none"> • ღებინება კოკ-ის მიღებიდან 2 საათის განმავლობაში 		<ul style="list-style-type: none"> • ასეთ შემთხვევაში ქალმა უნდა მიიღოს კიდევ ერთი აქტიური ტაბლეტი
<ul style="list-style-type: none"> • მწვავე ღებინება ან ფაღარათი (24 სთ-ზე მეტი ხანგრძლივობით) 	<ul style="list-style-type: none"> • ჰკითხეთ ქალს, გაგრძელდა თუ არა ეს 24 საათზე მეტ ხანს (ამ შემთხვევაში გამოტოვებული იქნება 2 ტაბლეტი) 	<ul style="list-style-type: none"> • მწვავე ღებინებამ ან ფაღარათმა შეიძლება ტაბლეტების ეფექტურობაზე იმოქმედოს. ამ შემთხვევაში, ქალმა უნდა გააგრძელოს ტაბლეტების მიღება (თუ ეს შესაძლებელია) და გამოიყენოს კონტრაცეპციის სათანადო მეთოდი მანამ, სანამ ფაღარათის და ღებინების შეწყვეტის შემდეგ 7 აქტიურ ტაბლეტს მიიღებს.
<ul style="list-style-type: none"> • აქტიური ტაბლეტის გამოტოვება (30-35 მკგ. ეთინილესტრადიოლი) 	<ul style="list-style-type: none"> • ქალს დაავიწყდა 1 ან 2 აქტიური (ჰორმონული) ტაბლეტი • ქალს დაავიწყდა 3 და მეტი აქტიური (ჰორმონული) ტაბლეტი 	<ul style="list-style-type: none"> • რაც შეიძლება ადრე მიიღოს გამოტოვებული აქტიური (ჰორმონული) ტაბლეტი და ჩვეულებრივი სქემით გააგრძელოს პრეპარატის მიღება ციკლის ბოლომდე, ანუ 1 ტაბლეტი ერთხელ დღეში. კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდის გამოყენება საჭირო არ არის. • რაც შეიძლება ადრე მიიღოს გამოტოვებული აქტიური (ჰორმონული) ტაბლეტები ანუ დღეში 2 ტაბლეტი (ერთი დილით/ერთი საღამოს, ან 2 ტაბლეტი ერთდროულად) და შემდეგი ტაბლეტების მიღება გააგრძელოს ჩვეულებრივი სქემით: 1 ტაბლეტი ერთხელ დღეში, შემდ-

		<p>გომი 7 დღის განმავლობაში საჭიროა თავი შეიკავოს სქესობრივი კავშირისაგან, ან გამოიყენოს კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდი (კონდომი).</p> <ul style="list-style-type: none"> - თუ ტაბლეტები გამოტოვებული იყო მესამე კვირაზე უნდა მიიღოს ფირფიტაზე დარჩენილი აქტიური (ჰორმონული) ტაბლეტი და ახალი ფირფიტა დაიწყოს შემდეგი დღიდან. ამასთან საჭირო აღარ არის 7 არააქტიური ტაბლეტის მიღება. - თუ ტაბლეტი გამოტოვებული იყო პირველ კვირას და ადგილი ჰქონდა დაუცველ სქესობრივ კავშირს, ასეთ შემთხვევაში ქალმა უნდა მიმართოს გადაუდებელ კონტრაცეპციას. • თუ ტაბლეტის გამოტოვების შემდეგ ქალს დაეწყო მენსტრუაციის მსგავსი სისხლდენა, ურჩიეთ მას ტაბლეტების მიღება შეწყვიტოს და ახალი ფირფიტა დაიწყოს 7 დღის შემდეგ.
<ul style="list-style-type: none"> • არააქტიური („შემახსენებელი“) ტაბლეტის გამოტოვება 	<ul style="list-style-type: none"> • ქალს დაავიწყდა „შემახსენებელი“ ტაბლეტების მიღება მეოთხე კვირაში 	<ul style="list-style-type: none"> • 28 ტაბლეტიანი ფირფიტის მიღების შემთხვევაში, თუ ქალს დაავიწყდა „შემახსენებელი“ – არააქტიური ტაბლეტების მიღება, საჭირო არ არის დამატებით სათადარიგო მეთოდის გამოყენება. ურჩიეთ ქალს გადაადგოს გამოტოვებული არააქტიური ტაბლეტები და პრეპარატის მიღება გააგრძელოს ჩვეულებრივი სქემით, ანუ ერთი ტაბლეტი ერთხელ დღეში.

კოკ-ის ურთიერთქმედება სხვა მედიკამენტებთან

ხშირად გამოყენებული ან დანიშნული წამლები	გვერდითი ეფექტები	კომენტარები და რეკომენდაციები
ტკვილგამაყუჩებლები – აცეტამინოფენი (ტაილენოლი, პარაცეტამოლი და სხვ.)	ტკვილგამაყუჩებელი ეფექტის შესაძლო დაქვეითება (წამლების ექსკრეციის გაძლიერება)	თვალყური ადევნეთ ტკვილგამაყუჩებელ ეფექტს
ანტიდეპრესანტები (ელავილი, ნორპრამინი, ტოფრანილი და სხვ.)	შესაძლოა ანტიდეპრესანტული ეფექტის გაძლიერება	გამოიყენეთ სიფრთხილით. ანტიდეპრესანტების დაბალი დოზები პრაქტიკულად უსაფრთხოა
ჰიპოტენზიური პრეპარატები მეთილდოპა (დოპეგეტი), ალდომეტი და სხვ.	შესაძლოა ჰიპოტენზიური ეფექტის შესუსტება	გამოიყენეთ კოკ და კსკ სიფრთხილით, გააკონტროლეთ არტერიული წნევა
კრუნჩხვის საწინააღმდეგო ბარბიტურატები (ფენობარბიტალი და სხვ.) კარბამეზაპინი (ტეგრეტოლი) ფენიტონი (დილანტინი) პრიმიდონი (მისოლინი)	კოკ და კსკ კონტრაცეპციული ეფექტის შემცირება, განსაკუთრებით დაბალდოზიანი კოკ-ის მიღების შემთხვევაში. შესაძლოა ფენიტონის ეფექტის გაზრდა	დაეხმარეთ ქალს აარჩიოს კონტრაცეპციის სხვა მეთოდი ან გამოიყენეთ მაღალდოზიანი კოკ (50 მკგ ეე) ან კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდი (მაგ., კონდომი)
ბეტა ბლოკატორი (კორგარდი, ინდერალი, ლოპრესორი, ტენორმინი)	შესაძლოა ბეტა ბლოკატორული ეფექტის გაზრდა	აკონტროლეთ გულსისხლძარღვთა მდგომარეობა
ბრონქოდილატატორები თეოფილინი (ბრონკოტაბსი, მარაქსი, პრიმატენი, ქუიბრონ ტედრალი, თეო-დური და სხვ.)	თეოფილინის ეფექტის გაძლიერება	აკონტროლეთ თეოფილინის დოზის გადაჭარბების სიმპტომები
ჰიპოგლიკემიური (დიაბინეზე, ორინაზე, ტოლბუტამიდი, ტოლინაზე)	შესაძლოა ჰიპოგლიკემიური ეფექტის დაქვეითება	აკონტროლეთ შაქარი სისხლში ისევე, როგორც ნებისმიერ დიაბეტიან ქალში
ტრანკვილიზატორები ბენზოდიამეპინი (ატივანი, ლიბრიუმი, სერაქსი, ტრანქსენი, ვალიუმი, ქსანაქსი და სხვა)	შესაძლოა ტრანკვილიზატორების ეფექტის გაძლიერება ან შესუსტება, მათ შორის ფსიქომოტორული დარღვევები	გამოიყენეთ სიფრთხილით. ჩვეულებრივი დოზები, როგორც წესი, მნიშვნელოვან ეფექტებს არ იწვევს

პროგნოსტიკული კონტრაკტივები

სუფთა პროგნოსტიკული კონტრაკტივები

ჰორმონული კონტრაკტივული საშუალება, რომელიც შეიცავს ჰორმონის მხოლოდ ერთ სახეობას – პროგნოსტაგენს (სინონიმი – პროგნოსტინი, გესტაგენი, ქალის ენდოგენური პროგნოსტერონის მსგავსი სინთეზური სტეროიდი) კომბინირებული ორალური კონტრაკტივებისაგან განსხვავებით არ შეიცავს ესტროგენს, რის გამოც შესაძლებელია გამოყენება მეძუძური ქალებისთვის, რადგან არ მცირდება რძის გამომუშავება და დედის რძეში მხოლოდ უმნიშვნელო რაოდენობით გადადის.

სახეები

- პროგნოსტიკული აბები (პა) – „მინი-პილი“ – ყოველდღიური, 24 სთ/ერთხელ რეჟიმით, უწყვეტი გამოყენების აბები;
- პროგნოსტიკული საინექციო კონტრაკტივი (პსკ) საინექციო გახანგრძლივებული პრეპარატი, ინექციის ადგილიდან წელა შეიწოვება სისხლში და ახორციელებს მაღალ კონტრაკტივულ ეფექტს 2 ან 3 თვის განმავლობაში;
- პროგნოსტიკული იმპლანტები – სუბდერმალური გახანგრძლივებული მოქმედების კაფსულა (ები), რომლებიც დღიურად გამოყოფენ პროგნოსტაგენის მცირე დოზას და უზრუნველყოფენ ხანგრძლივ კონტრაკტივულ ეფექტს (3-5 წელი);
- პროგნოსტიკული რგოლი.

პროგნოსტიკული კონტრაკტივების ტიპები

- პროგნოსტიკული აბების შეფუთვა: 28, 30 ან 35 აბით. თითოეული ტაბლეტი შეიცავს 300 მკგ ლევონორგესტრელს, ან 350 მკგ ნორეთინდრონს, ან 75 მკგ ნორგესტრელს, ან 500 მკგ ლინესტრენოლს;
- პროგნოსტიკული საინექციო კონტრაკტივები – დეპო-პროვერა (დეპო-მედროქსი-პროგნოსტერონის აცეტატი). მიკროკრისტალური წყლიანი სუსპენზია. 1 მლ-150 მგ კეთდება 3 თვეში ერთხელ კუნთში; 1 მლ – 120 მგ კეთდება 3 თვეში ერთხელ კანქვეშ; ნეთ-ენ (ნორეთისტერონ-ენანტატი). ზეთოვანი სუსპენზია. 1 მლ-200 მგ კეთდება 2 თვეში ერთხელ კუნთში. (ორივე პრეპარატი პროგნოსტიკული შემადგენლობისაა, მაგრამ ეკუთვნის სტეროიდების სხვადასხვა ჯგუფს: დეპო-პროვერა (დმპა) წარმოადგენს C₂₁ – სტეროიდს, ნეთ-ენ – C₁₈ – სტეროიდს).
- პროგნოსტიკული იმპლანტები:
 - ნორპლატი – შედგება 6 სილიკონის დრეკადი კაფსულისაგან. ლევონორგესტრელის საერთო შემცველობით 216 მგ. მოქმედების ხანგრძლივობაა 5-7 წელი (70 კგ სხეულის მასის ქალებში). [პირველი თაობის იმპლანტი; ამჟამად აღარ გამოიყენება/იწარმოება];
 - ჯადელი – შედგება 2 სილიკონის კაფსულისაგან. თითოეული სიგრძე არის 43 მმ, დიამეტრი 2,5 მმ, შეიცავს 75 მგ ლევონორგესტრელს. მოქმედების ხანგრძლივობა 5 წელი. [მეორე თაობის ჰორმონული, პ/იმპლანტი].

- იმპლანტი – წარმოადგენს ეთილენ ვინილ აცეტატის კოპოლიმერისაგან დამზადებულ ერთ კაფსულას. მისი სიგრძე არის 40 მმ, დიამეტრი – 2 მმ. კაფსულა შეიცავს 68 მგ ეთონოგესტრელს (3 – კეტოდეზოგესტრელის ახალი სახელწოდება). კაფსულა გამოყოფს 60 –70 მკგ ეთონოგესტრელს 24 სთ-ში. მოქმედების ხანგრძლივობა – 3 წელი. [მეორე თაობის ჰორმონული, 3/ იმპლანტი].
- სინოპლანტი – 2 კაპს. – 5 წელი.

მოქმედების მექანიზმი

1. საშვილოსნოს ყელის ლორწოს შესქელება, რაც ხელს უშლის სპერმატოზოიდების შეღწევას ცერვიკალურ არხში;
2. ჰიპოთალამუსზე ზეგავლენის გამო ჰიპოფიზის მიერ გამომუშავებული მალუთეინი-ზირებელი ჰორმონის კონცენტრაციის დაქვეითების შემთხვევაში აღინიშნება ოვულაციის დათრგუნვა (პროგესტინული აბები – 50-60%-ში, საინექციო საშუალებები – 70-90 %, იმპლანტები – 90-99%);
3. ენდომეტრიუმის ჰისტომორფოლოგიური ჰიპო/ატროფიული ცვლილებები (საინექციო საშუალებები და იმპლანტები).

ეფექტურობა

- სუფთა პროგესტაგენული აბები გამოირჩევა მაღალი კონტრაცეპციური ეფექტურობით – 0,5-8 ორსულობა 100 ქალზე წელიწადში თუ მათი მიღება ხდება სწორად და მუდმივად;
- პროგესტაგენული აბები, ჩვეულებრივ, ასევე ძალიან ეფექტურია მეძუძური ქალებისათვისაც: 1 ორსულობა ყოველ 100 ქალზე წელიწადში;
- პსკ-ს ეფექტურობა შეადგენს 0,2-6 ორსულობას 100 ქალზე/წელიწადში;
- პროგესტაგენული იმპლანტების ეფექტურობა შეადგენს 0,05 ორსულობა 100 ქალზე / წელიწადში.

	დაუგეგმავი ორსულობების რაოდენობა	
პროგესტაგენული საშუალებები	რეგულარული გამოყენება	ტიპური გამოყენება
პროგესტინული აბები (პა)	0,3	9
პროგესტინული საინექციო კონტრაცეპტივები (პსკ)	0,2	6
იმპლანტები	0.05	0,05

სუფთა პროგესტაგენული კონტრაცეპტივების უსაფრთხოება

- პროგესტაგენული აბები კონტრაცეფციის უსაფრთხო მეთოდია. მათი გამოყენების გამო სიკვდილობა ან რაიმე სერიოზული სამედიცინო გართულება არ დაფიქსირებულა, მათ შემადგენლობაში ესტროგენი არ შედის, პა-ში მცირე დოზითაა წარმოდგენილი მხოლოდ პროგესტაგენი, ანალოგიურად გრძელვადიან საშუალებებში – საინექციო და იმპლანტებში, პროგესტინის ყოველდღიური მოქმედი დოზა არის მცირე, რის გამოც მათ არ გააჩნიათ ესტროგენდამოკიდებული გვერდითი მოვლენები და გართულებები.

პროგნოზირებული საშუალებების კონტრაცეპციული უპირატესობები

- მაღალი ეფექტურობა;
- ეფექტურია გამოყენებისთანავე (პა, პსკ; 24 სთ-ში პ/იმპლანტების შემთხვევაში);
- მოქმედების ხანგრძლივობა (პსკ – 2-3 თვე; პ/იმპლანტები – 1-3-5-წელი);
- მისაღებად მოსახერხებელი და იოლია (პა); კუნთის ან კანქვეშა ინექცია შესაძლოა დამოუკიდებლადაც გაკეთდეს, არ საჭიროებს სპეციალურად განსწავლულ პირს; იმპლანტების სუბდერმალური განთავსება მარტივი ამბულატორიული მანიპულაციაა;
- მეთოდები შექცევადია; შეწყვეტის შემდეგ ფერტილობის აღდგენა ხდება – პა შემთხვევაში – 12-24 სთ-ის განმავლობაში; პსკ გამოყენების შეწყვეტიდან 4-9 თვის განმავლობაში; იმპლანტის მოცილებიდან მაშინვე;
- გამოიყენება მეძუძური დედებისათვის მშობიარობიდან 6 კვირის შემდეგ, თუ ქალი არ იყენებს ლამ-ს; შესაძლებელია გამოყენება 6 კვირამდე (კატეგორია 2) პა და პროგნოზირებული იმპლანტების შემთხვევაში;
- გამოიყენება არამეძუძურ დედებში მშობიარობის შემდეგ მაშინვე;
- მეთოდის გამოყენება არ არის დაკავშირებული სქესობრივ აქტთან;
- ერთ-ერთი ყველაზე პირადული და კონფიდენციალური მეთოდია (პსკ);
- მარაგის შექმნა საჭირო არ არის (პსკ, პ/იმპლანტები);
- არ შეიცავს ესტროგენს;
- ნაკლები გვერდითი მოვლენები;
- პაციენტს შეუძლია შეწყვიტოს პა მიღება საკუთარი ნებასურვილით;
- შეიძლება შეთავაზებულ იქნას სპეციალურად მომზადებული მედპერსონალის მიერ.

პროგნოზირებული საშუალებების არაკონტრაცეპციული უპირატესობები

- ამცირებს საშვილოსნოსგარე ორსულობის რისკს (პა);
- ამცირებს მცირე მენჯის ღრუს ორგანოთა ანთებითი დაავადებების განვითარების რისკს;
- იწვევს დისმენორეის სიმპტომების შესუსტებასა და გაქრობას;
- ამცირებს ანემიის რისკს;
- ამცირებს ნამგლისებურ-უჯრედული დაავადების კრიზისს და სიხშირეს (პსკ);
- ამცირებს მენსტრუალურ სისხლდენას;
- აქვეითებს ენდომეტრიუმისა და საკვერცხის კიბოს განვითარების რისკს;
- ამცირებს სარძევე ჯირკვლების კეთილთვისებიანი დაავადებების განვითარების რისკს (პა);
- ამცირებს ენდომეტრიოზის სიმპტომებს (დეპო-პროვერა);
- ამცირებს ეპილეფსიური შეტევების სიხშირეს ეპილეფსიით დაავადებულ ქალებში (დეპო-პროვერა);
- არ მოქმედებს ძუძუთი კვებაზე.

სუფთა პროგნოზირებული კონტრაცეპტივების ნაკლოვანებები

- მოითხოვს ყოველდღიურ გამოყენებას (მხოლოდ პა);
- პა რეგულარულად არმიღების შემთხვევაში იზრდება მათი არაეფექტურობა;
- პსკ ინექციის გაკეთებისათვის ვიზიტი აუცილებელია ყოველ 2 ან 3 თვეში ერთხელ;

- ეფექტურობა შეიძლება შემცირდეს ანტიკონვულსანტების (ბარბიტურატები და სხვა) და ანტიტუბერკულოზური (რიფამპიცინი და სხვა) პრეპარატების მიღების ფონზე;
- იწვევს მენსტრუალური ციკლის ხასიათის შეცვლას:
 - არარეგულარული (მენსტრუაციათაშორისი) სისხლიანი გამონადენი (პა);
 - ამენორეა % (პა);
 - რეგულარული მენსტრუალური ციკლი პსკ გამოყენებიდან 1 წლის შემდეგ აქვს 30%, 5 წლის შემდეგ 17%-ს;
 - ამენორეა – 1 წლის შემდეგ 25%-ს, 5 წლის შემდეგ 80%-ს (პსკ) (ზოგიერთი ქალისთვის ამენორეა წარმოადგენს უპირატესობას);
- არ იცავს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების, აივ/შიდსის, B და C ჰეპატიტებისაგან;
- წარმატება დამოკიდებულია მომხმარებელზე (აუცილებელია თავდაცვის მუდმივი სურვილი და აბების ყოველდღიური მიღება) (პა);
- აუცილებელია პრეპარატის მარაგის შევსება(პა);
- იშვიათად შესაძლებელია წონაში მომატება ან დაკლება (პა); (2-4კგ/წელიწადში), განსაკუთრებით დამახასიათებელია პსკ – დეპო-პროვერასთვის;
- ფერტილობის აღდგენის შეფერხება (მხოლოდ დეპო-პროვერას გამომყენებლებში);
- შესაძლოა ჭარბი ვაგინალური სისხლდენა (< 1 შემთხვევა 1000 გამომყენებელზე), ძირითადად, დეპო-პროვერას მოხმარების დროს;
- საინექციო (პსკ) და იმპლანტაციური მეთოდების შემთხვევაში, აქტ. ნივთიერება ხანგრძლივად მოქმედებს, გართულების შემთხვევაში მისი ორგანიზმში ინაქტივაცია შეუძლებელია (პსკ); დაკავშირებულია მცირე ოპერაციულ მანიპულაციასთან – იმპლანტის ევაკუაციასთან;
- იმპლანტების ჩასადგმელად და ამოსაღებად საჭიროა სპეციალურად მომზადებული სამედიცინო კადრი;
- იმპლანტის ჩასადგმელად ან ამოსაღებად ქალმა უნდა მიმართოს ექიმს;
- ქალს არ შეუძლია მეთოდის გამოყენება შეწყვიტოს მაშინ, როცა მას ეს სურს (ანუ თვითნებურად, სამედიცინო პერსონალის გარეშე);
- ჩადგმის შემდეგ დისკომფორტი რამდენიმე საათიდან – ერთ დღემდე. კაფსულების ამოღება უფრო რთულია და მტკივნეული, ვიდრე ჩადგმა.

ვინ შეიძლება გამოიყენოს პროგესტაგენული კონტრაცეფციული საშუალებები

- ქალებმა რეპროდუქციული ასაკის ყველა პერიოდში (მშობიარობათა ნებისმიერი რაოდენობით ანამნეზში), არანამშობიარები ქალების ჩათვლით;
- მეძუძურმა დედებმა, რომლებსაც ესაჭიროება კონტრაცეპცია (მშობიარობიდან 6 ან უფრო მეტი კვირის შემდეგ);
- ქალებმა, რომლებისთვისაც არ არის რეკომენდებული ესტროგენის შემცველი კონტრაცეპტივების მიღება;
- მშობიარობის შემდეგ არამეძუძურმა დედებმა;
- აბორტის შემდეგ;
- ქალებმა, რომლებსაც აქვთ სისხლის შედედების პრობლემები ან ნამგლისებრუჯრედოვანი ანემია;

- ქალებმა, რომლებიც ეწევიან სიგარეტს (ასაკისა და დღეში მოწეული სიგარეტის რაოდენობის მიუხედავად);
- ქალებმა, რომლებსაც აწუხებთ საშუალო ან ძლიერი ინტენსიობის მენსტრუალური ტკივილი;
- შეიძლება გამოყენება საშუალო ხარისხის ჰიპერტენზიის დროს;
- ქალებმა/წყვილებმა, რომელთაც ჰყავთ სასურველი რაოდენობის შვილები, მაგრამ არ სურთ ისარგებლონ კონტრაცეფციის შეუქცევადი მეთოდებით;
- ქალებმა, რომელთაც ავიწყდებათ აბების ყოველდღიური მიღება (პსკ, პ/იმპლანტები).

მდგომარეობები, რომლებიც პროგნოსტიკული საშუალებების გამოყენების დაწყებამდე მოითხოვს წინასწარ სამედიცინო შეფასებას

ჯანმოს (WHO) კლასიფიკაცია

კატეგორია 1	პროგნოსტიკული საშუალებების შეუზღუდავად გამოიყენება ნებისმიერ სიტუაციაში.	დიახ (მეთოდის გამოყენება შეიძლება)
კატეგორია 2	პროგნოსტიკული საშუალებები, უმეტეს შემთხვევაში, შეუზღუდავად გამოიყენება, რადგანაც სარგებელი მეტია, ვიდრე თეორიული და/ან დამტკიცებულ რისკი.	დიახ (მეთოდის გამოყენება შეიძლება)
კატეგორია 3	პროგნოსტიკული საშუალებების გამოყენება რეკომენდებული არ არის, რადგანაც თეორიული ან დამტკიცებული რისკი მეტია, ვიდრე სარგებლობა, პროგნოსტიკული საშუალებები გამოიყენება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუკი კონტრაცეფციის სხვა მეთოდი არ არის ხელმისაწვდომი.	არა (მეთოდის გამოყენება არ შეიძლება)
კატეგორია 4	პროგნოსტიკული საშუალებების გამოყენება არ შეიძლება.	არა (მეთოდის გამოყენება არ შეიძლება)

პროგნოსტიკური საშუალებების გამოყენების აბსოლუტური უკუჩვენებებია:

- საექვო ან დადასტურებული ორსულობა;
- სარძევე ჯირკვლის კიბო;
- მშობიარობიდან 6 კვირის განმავლობაში ძუძუთი კვების დროს;
- სასქესო გზებიდან დაუდგენელი გენეზის სისხლდენა;
- ვირუსული ჰეპატიტი აქტიურ ფაზაში;
- ღვიძლის ციროზი ან სიმსივნე;
- ინსულტი, გულის იშემიური დაავადება (ამჟამად ან ანამნეზში);
- ღრმა ვენების თრომბოზი /თრომბოემბოლია ამჟამად (ყველა სახეობა) და ანამნეზში (პსკ და პ/იმპლანტები);
- ქირურგიული ოპერაციის შემდეგ ხანგრძლივი იმობილიზაცია (პსკ, პ/იმპლანტები);
- თრომბოგენური მუტაცია (ლეიდენის ფაქტორი, პროთრომბინის მუტაცია და ა.შ. (პსკ, პ/იმპლანტები);
- გულის სარქველების დაავადებები (გართულებები ფილტვის ჰიპერტენზიით, წინაგულ-ლების ციმციმით და ა.შ.) (პსკ, პ/იმპლანტები);
- გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მრავლობითი რისკ-ფაქტორები;
- ჰიპერტენზია (სისტოლური > 160 მმ ვწყ. სვ. და დიასტოლური > 100 მმ ვწყ.სვ.) (პსკ, პ/იმპლანტები)
- ანტიკონვულსანტების ან ანტიტუბერკულოზური პრეპარატების მიღება.

ორსულობა (დადასტურებული ან საექვო)

პროგნოსტიკური საშუალებების გამოყენება არ შეიძლება დადასტურებული ან საექვო ორსულობის დროს. იმ შემთხვევაში, როდესაც პრეპარატის მიღების ფონზე საშვილოსნოს ღრუში ორსულობა დასტურდება, აუცილებელია შეწყდეს მისი მიღება. ლიტერატურაში არ არის რაიმე მითითება ორსულობისას პროგნოსტიკური კონტრაცეფციული საშუალებების შემთხვევითი გამოყენებისას მათი უარყოფითი გავლენის შესახებ ქალისა და ნაყოფის ჯანმრთელობაზე (დმპა-ს გავლენა ნაყოფზე ამ ეტაპზე რჩება გაურკვეველი). გასათვალისწინებელია, რომ ასეთ შემთხვევაში პა მიღების შეწყვეტა მარტივია, გახანგრძლივებული მეთოდების, საინექციო და პ/იმპლანტების, რამდენადმე რთული.

იმ შემთხვევაში, როდესაც ორსულობის დადგენა ვერ ხერხდება პროგნოსტიკური საშუალებების მოხმარების დაწყება უნდა გადაიდოს შემდეგ მენსტრუაციამდე. ამ შუალედში მიზანშეწონილია კონტრაცეპციის სხვა მეთოდების გამოყენება (მაგ. კონდომი, სპერმიციდი და სხვ.) (კატეგორია 4).

ძუძუს კიბო

ქალები, რომლებიც ამჟამად დაავადებულები არიან ძუძუს კიბოთი არ შეიძლება გამოიყენონ პროგნოსტიკური კონტრაცეფციული საშუალებები, რადგანაც ძუძუს კიბო ჰორმონდამოკიდებულ სიმსივნეს წარმოადგენს, მცირე დოზით მიღებული პროგნოსტიკურის ფონზეც კი დაავადების პროგრესირების რისკი იზრდება (კატეგორია 4).

ანამნეზში აღნიშნული ძუძუს კიბო რეციდივის გარეშე უკანასკნელი 5 წლის განმავლობაში (კატეგორია 3).

ძუძუთი კვება

თუ ქალი ძუძუთი კვებას ბავშვს მშობიარობიდან 6 კვირაზე ნაკლები დროის განმავლობაში პროგნოსტიკული კონტრაცეფციული საშუალებებიდან შესაძლოა პა და პროგესტინული იმპლანტების (კატეგორია 2), კსკ რეკომენდებული არ არის. (კატეგორია 3) მართალია მშობიარობის შემდეგ პირველი 6 კვირის განმავლობაში პკს გავლენას არ ახდენს ძუძუთი კვების ხარისხზე და ახალშობილის ზრდა-განვითარებაზე, თუმცა ამ პერიოდში მათი გავლენა ბავშვის ტვინზე და ღვიძლზე ბოლომდე შესწავლილი არ არის (კატეგორია 3).

მშობიარობიდან 6 კვირის გავლის შემდეგ, როდესაც ბავშვი იმყოფება ძირითადად ძუძუთი კვებაზე (კატეგორია 1).

მშობიარობიდან 6 თვის შემდეგ (კატეგორია 1).

სასქესო გზებიდან დაუდგენელი გენეზის სისხლდენა (გამოკვლევამდე)

თუ არის ეჭვი ორსულობაზე ან რომელიმე სერიოზულ პათოლოგიაზე (მაგ., მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების სიმსივნე), საჭიროა ჩატარდეს შესაბამისი გამოკვლევა და ამის მიხედვით განისაზღვროს კატეგორია (კატეგორია 3).

დიაგნოზის დადგენის შემდეგ, თუ ეჭვი ორსულობას ან ავთვისებიანი სიმსივნის არსებობაზე არ დადასტურდება, პა-ს გამოყენება შესაძლებელია (კატეგორია 2).

ნაღვლის ბუშტის დაავადებები

ქოლეცისტექტომიის შემდეგ (კატეგორია 2)

მედიკამენტური მკურნალობის შემდეგ (კატეგორია 2)

დაავადება ამჟამად (მიმდინარე) (კატეგორია 2)

უსიმპტომოდ მიმდინარე დაავადება (კატეგორია 2)

ანამნეზში ქოლესტაზი

ქოლესტაზი ორსულობის დროს (კატეგორია 1)

პროგნოსტიკულ კონტრაცეპციასთან დაკავშირებული მდგომარეობა (კატეგორია 2)

ვირუსული ჰეპატიტი (აქტიური ფორმა)

ღვიძლის ფუნქციის დარღვევის დროს, რომელიც აქტიური ვირუსული ჰეპატიტითაა განპირობებული, ძნელდება პროგნოსტიკების მეტაბოლიზმი, რის გამოც პროგნოსტიკული კონტრაცეფციული საშუალებების გამოყენება არ შეიძლება, თუმცა აქტიური ჰეპატიტის შემთხვევაში მათი მიღება უფრო ნაკლებად საშიშია, ვიდრე კოკ-ის გამოყენება ანალოგიურ სიტუაციაში (კატეგორია 3).

ღვიძლის ციროზი და სიმსივნე

ღვიძლის ციროზის მსუბუქი ფორმა (კომპენსირებული) (კატეგორია 2).

ღვიძლის ციროზის დეკომპენსირებული ფორმა (კატეგორია 3).

ღვიძლის კეთილთვისებიანი სიმსივნე (ადენომა) (კატეგორია 3).

ღვიძლის ავთვისებიანი სიმსივნე (ჰეპატომა) (კატეგორია 3).

ვინაიდან პროგნოსტიკული კონტრაცეპტივების მეტაბოლიზმი ღვიძლში მიმდინარეობს, აღნიშნული პრეპარატების გამოყენება ღვიძლის ფუნქციის დარღვევისას შეიძლება უარყოფითი გავლენა იქონიოს ქალის ჯანმრთელობაზე. ამის გარდა, პსკ-მ შეიძლება ხელი შეუწყოს სიმსივნის ზრდას. თუმცა პროგნოსტიკული კონტრაცეპტივების, მათ შორის დმპა-ს, გამოყენებისას აღნიშნული რისკი უფრო მცირეა, ვიდრე კოკ-ის გამოყენება ანალოგიურ სიტუაციაში.

მაღალი არტერიული წნევა

ჰიპერტენზია ანამნეზში პა მიღებამდე, მათ შორის ორსულობის დროს (კატეგორია 2)

სისტოლური წნევა 140-159 და დიასტოლური 90-99 მმ.ვწყ.სვ პა (კატეგორია 1); პსკ და პ/იმპლანტები (კატეგორია 2)

სისტოლური წნევა ≥ 160 და დიასტოლური ≥ 100 მმ.ვწყ.სვ; პა (კატეგორია 2); პსკ და პ/იმპლანტები (კატეგორია 3)

აღნიშნება სისხლძარღვოვანი დაავადებები პა (კატეგორია 2); პსკ და პ/იმპლანტები (კატეგორია 3)

დღეისათვის არსებული შეზღუდული მონაცემების მიხედვით ქალებში, რომელთაც აღნიშნებათ არტერიული ჰიპერტენზია, პსკ-ს გამოყენება ამცირებს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების განვითარების რისკს.

პროგრესული და ხანგრძლივი ანამნეზის (> 20 წელზე) შაქრიანი დიაბეტი [ნევროლოგიური და სისხლძარღვოვანი გართულებებით, რეტინოპათიით, ნეფროპათიით]

აღნიშნული მდგომარეობის დროს ქალებმა არ უნდა გამოიყენონ პსკ, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც სხვა უფრო შესაფერისი მეთოდი არ არის ხელმისაწვდომი. გართულებული დიაბეტის დროს პსკ-ის გამოყენების შემთხვევაში სისხლძარღვების დაზიანების პროგრესირების თეორიული საშიშროება არსებობს, რადგან კონტრაცეპტივების შედარებით მაღალი დღიური დოზა სისხლში გავლენას ახდენს ლიპიდების მეტაბოლიზმზე (კატეგორია 3). ასეთ შემთხვევაში შესაძლებელია პა და პ/იმპლანტების გამოყენება, რადგან მათი სისხლში მოციკულირე კონცენტრაცია მეტად მცირეა (კატეგორია 2)

კატეგორია 2. ქალებს, ინსულინდამოკიდებული ან ინსულინდამოუკიდებელი შაქრიანი დიაბეტით სისხლძარღვოვანი პრობლემების გარეშე, ძირითადად შეუძლიათ პროგნოსტიკული კონტრაცეპტივების გამოყენება.

ამ შემთხვევაში, შესაძლოა საჭირო გახდეს ანტიდიაბეტური პრეპარატების დოზის გაზრდა და დაავადებაზე მუდმივი კონტროლი.

შაკივი

თავის ტკივილი კეროვანი ნევროლოგიური სიმპტომების გარეშე ნებისმიერ ასაკში პა (კატეგორია 1) პსკ და პ/იმპლანტები (კატეგორია 2)

თავის ტკივილი კეროვანი ნევროლოგიური სიმპტომებით ნებისმიერ ასაკში. პა (კატეგორია 2) პსკ და პ/იმპლანტები (კატეგორია 3)

ინსულტი, გულის იშემიური დაავადება (ამჟამად და ანამნეზში).

პროგნოსტიკული კონტრაცეპტივების გამოყენების დროს სისხლში შეიძლება შემცირდეს ესტროგენებისა და მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეიდების კონცენტრაცია. ეს დამატებით რისკს ქმნის აღნიშნული დაავადებების განვითარებისათვის. თუმცა პა და პ/იმპლანტების გამოყენებისას ინსულტისა და გულის იშემიური დაავადების განვითარების რისკი შედარებით მცირეა, ვიდრე ანალოგიური დაავადებების შემთხვევებში პროგნოსტიკული საინექციო კონტრაცეპტივების გამოყენება. (კატეგორია 3).

ღრმა ვენური თრომბოზი/ფილტვების ემბოლია

ღრმა ვენური თრომბოზი/ფილტვის ემბოლია ანამნეზში. (კატეგორია 2).

ქალებმა, რომლებსაც ამჟამად აქვთ ღრმა ვენური თრომბოზი/ფილტვების ემბოლია, თავი უნდა შეიკავონ პროგნოსტიკული კონტრაცეპტივების გამოყენებისგან, გარდა იმ შემთხვევისა, თუ სხვა შესაფერისი მეთოდი არ არის ხელმისაწვდომი. (კატეგორია 3).

ქირურგიული ოპერაციის შემდეგ ხანგრძლივი იმობილიზაცია. პა და პ/იმპლანტები (კატეგორია 2). პსკ (კატეგორია 3)

ანტიკონვულსანტების (ფენიტონი და ბარბიტურატები) ან ანტიტუბერკულოზური (რიფამპიცინი) პრეპარატების მიღება

ანტიკონვულსანტებისა (ვალპროის მჟავას გარდა) და რიფამპიცინის მიღების ფონზე ღვიძლის ფერმენტების აქტივობის მომატების გამო ძლიერდება პროგნოსტიკული კონტრაცეპტივების მეტაბოლიზმი ღვიძლში, რაც ამცირებს ჰორმონული პრეპარატების ეფექტურობას (შეეხება პა და პ/იმპლანტებს) (კატეგორია 3)

პა და პ/იმპლანტებისგან განსხვავებით, პსკ შეიცავენ პროგნოსტიკული კონტრაცეპტივის შედარებით მაღალ დოზას. ამდენად, ეპილეფსიის საწინააღმდეგო და ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობის ფონზე პსკ-ს გამოყენება შესაძლებელია. (კატეგორია 1)

კვლევების შედეგების მიხედვით, პროგნოსტიკული კონტრაცეპტივი არ ცვლის კრუნჩხვით აქტივობას და შესაძლებელია მისი სიფრთხილით გამოყენება

სუფთა პროგნოსტიკული საშუალებების მიღების დროს შესაძლო გვერდითი ეფექტები

- მენსტრუაციის ცვლილებები:
 - ხანგრძლივი ან ჭარბი სისხლდენები;
 - არარეგულარული სისხლდენები ან მცირე სისხლიანი გამონადენი;
 - ამენორეა (მენსტრუაციის არ არსებობა);
- თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, გულისრევა;
- სარძევე ჯირკვლების დაჭიმულობა;
- ხასიათის და სქესობრივი სურვილის ცვალებადობა (პსკ და პ/იმპლანტები);
- წონაში მომატება (პსკ და პ/იმპლანტები).

სუფთა პროგესტაგენული კონტრაცეპტივების მიღება/მოხმარების წესები

პროგესტაგენული აბების (პა) მიღების წესი:

რეგულარული მენსტრუალური ციკლის დროს

- პა მიღება მენსტრუალური ციკლის პირველი დღიდან ყოველ დღე თითო აბი უწყვეტ რეჟიმში (დაწყება შესაძლებელია ციკლის პირველი 5 დღის განმავლობაში);
- მენსტრუალური ციკლის ნებისმიერ დღეს, თუ საკმარისი საფუძველი არსებობს იმისა, რომ ქალი ორსულად არ არის;
- იმ შემთხვევაში თუ მენსტრუაციის დაწყებიდან გასულია 5 დღეზე მეტი, პაციენტებმა პრეპარატის მიღებიდან 2 დღის განმავლობაში თავი უნდა შეიკავოს სქესობრივი კავშირისგან ან გამოიყენოს კონტრაცეპციის სხვა მეთოდი (სპერმიციდი, კონდომი).

ამენორეის დროს

- ამენორეის დროს პა დაწყება შეიძლება ნებისმიერ დღეს თუ არსებობს საკმარისი საფუძველი იმისა, რომ პაციენტი არ არის ორსულად, ასეთ შემთხვევაში მიზანშეწონილია 2 დღის განმავლობაში სქესობრივი ურთიერთობისაგან თავის შეკავება ან დამატებით ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებების გამოყენება (სპერმიციდი, კონდომი).

მშობიარობისა და აბორტის შემდეგ

- მშობიარობიდან 6 თვის შემდეგ, თუ ქალი იყენებს ლაქტაციური ამენორეის მეთოდს (ლამ.);
- მშობიარობიდან მაშინვე ან 6 კვირის განმავლობაში, თუ ქალი ძუძუთი კვებას, მაგრამ არ იყენებს ლამ-ს;
- მშობიარობიდან მაშინვე ან 6 კვირის განმავლობაში თუ ქალი ძუძუთი არ კვებას ბავშვს;
- აბორტის შემდეგ მაშინვე კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდის გამოყენების გარეშე.

სხვა ჰორმონული მეთოდიდან პა-ზე გადასვლა

- პა მიღების დაწყება შესაძლებელია მაშინვე. ინტერვალის გარეშე, წინა ჰორმონული მეთოდის შეწყვეტისთანავე, თუ ქალი სწორად ღებულობდა სხვა ჰორმონულ პრეპარატს ან არსებობს საკმარისი საფუძველი იმისა, რომ პაციენტი ორსულად არ არის. ასეთ შემთხვევაში არ არის აუცილებელი მოცდა შემდეგი მენსტრუაციის დაწყებამდე;
- თუ წინა მეთოდი წარმოადგენდა ინექციას, პროგესტაგენული აბების გამოყენება შეიძლება შემდგომი ინექციის სავარაუდო დღეს. ამ შემთხვევაში არ არის საჭირო კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდის გამოყენება.

არაჰორმონული კონტრაცეპტივიდან (სშს-ს გარდა) პროგესტაგენულ აბებზე გადასვლა

- პა მიღება შეიძლება მენსტრუაციის დაწყებიდან 5 დღის განმავლობაში, კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდის გამოყენების გარეშე;

- პა მიღება შეიძლება უკვე გამოყენებული მეთოდის შეწყვეტისთანავე, თუ საკმარისი საფუძველი არსებობს იმისა, რომ ქალი არ არის ორსულად. ამ შემთხვევაში არ არის საჭირო კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდის გამოყენება;
- თუ პ/აბების მიღება იწყება მენსტრუალური ციკლის პირველი 5 დღის შემდეგ აუცილებელია თავის შეკავება სქესობრივი კავშირისგან ან კონტრაცეპციის სხვა მეთოდის (ბარიერული, სპერმიციდი) გამოყენება 2 დღის განმავლობაში.

სშს-დან (ლევონორგესტრელ – სშს-ს ჩათვლით) პროგესტაგენულ აბებზე გადასვლა

- პა მიღების დაწყება შეიძლება მენსტრუალური ციკლის პირველი 5 დღის განმავლობაში; სშს ამოღებული უნდა იქნეს ამ პერიოდში. ამ შემთხვევაში დამატებითი მეთოდის გამოყენება საჭირო არ არის;
- ნებისმიერ დროს თუ არსებობს საკმარისი საფუძველი იმისა, რომ ქალი ორსულად არ არის;
- თუ ქალს აქვს ამენორეა ან არარეგულარული მენსტრუალური გამონადენი, პა გამოიყენება რეკომენდაციით – „პა დაწყება ამენორეის დროს“.

ინსტრუქცია მორიგი პროგესტაგენული აბის მიღების გამოტოვების შემთხვევაში

ა) რეგულარული მენსტრუალური ციკლის დროს

- რაც შეიძლება ადრე უნდა იქნეს მიღებული გამოტოვებული პროგესტაგენული 1 აბი და გაგრძელდეს დანარჩენი აბების მიღება სქემის მიხედვით ანუ თითო აბი დღეში ერთხელ. ამ შემთხვევაში ქალმა ორი მომდევნო დღის განმავლობაში თავი უნდა შეიკავოს სქესობრივი კავშირისაგან ან გამოიყენოს კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდი (კონდომი / სპერმიციდი);
- საჭიროების შემთხვევაში შესაძლოა გადაუდებელი კონტრაცეპციის მეთოდის გამოყენება.

ბ) მშობიარობის შემდეგ

- ძუძუთი კვების დროს მენსტრუალური ციკლის არარსებობისას პაციენტმა რაც შეიძლება სწრაფად უნდა მიიღოს გამოტოვებული აბი და გააგრძელოს დარჩენილი აბების მიღება ჩვეულებრივი სქემით (ერთი აბი დღეში ერთხელ);
- მშობიარობის შემდეგ 6 თვემდე ასევე მიღებული უნდა იქნეს პა ერთი დოზა და გაგრძელდეს დანარჩენი აბების მიღება ჩვეულებრივი სქემით. ამ შემთხვევაში კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდის გამოყენება არ არის საჭირო.

ღებინება და ძლიერი დიარეა განვითარებული პროგესტაგენული აბების მიღების დროს

- ღებინების დროს, რომელიც აბის მიღებიდან 2 საათის განმავლობაში განვითარდა, ქალმა უნდა მიიღოს პა დამატებითი ერთი დოზა;
- ძლიერი დიარეისა და ღებინების შემთხვევაში, რომელიც 24 საათი და მეტი ხნის განმავლობაში გრძელდება. პაციენტმა შეძლებისდაგვარად უნდა გააგრძელოს აბების მიღება;
- ძლიერი ღებინებისა და დიარეის შემთხვევაში, რომელიც გრძელდება 2 დღეზე მეტ ხანს. პაციენტმა პა უნდა მიიღოს ისეთი სქემით, რომელიც რეკომენდირებულია გამოტოვებული აბის მიღებისას.

პსკ-ის გაკეთების დრო და შესაბამისი ინსტრუქციები

რეგულარული მენსტრუალური ციკლის დროს

დეპო-პროვერას და ნეთ-ენ-ის პირველი ინექცია კეთდება:

- მენსტრუალური ციკლის პირველი 7 დღის განმავლობაში;
- მენსტრუალური ციკლის ნებისმიერი დღიდან, თუ საკმარისი საფუძველი არის იმისა, რომ ქალი ორსულად არ არის. ასეთ შემთხვევაში რეკომენდებულია ინექციიდან 7 დღის განმავლობაში ქალმა თავი შეიკავოს სქესობრივი კავშირისაგან ან გამოიყენოს კონტრაცეპციის სხვა მეთოდი (კონდომი/სპერმიციდი).

ამენორეის დროს:

- ამენორეის დროს პირველი ინექცია კეთდება ნებისმიერი დღიდან, თუ საკმარისი საფუძველი არის იმისა, რომ ქალი ორსულად არ არის. ასეთ შემთხვევაში რეკომენდებულია ინექციიდან 7 დღის განმავლობაში ქალმა თავი შეიკავოს სქესობრივი კავშირისაგან ან გამოიყენოს კონტრაცეპციის სხვა მეთოდი (კონდომი/სპერმიციდი).

მშობიარობის და აბორტის შემდეგ:

- მშობიარობიდან 6 თვის შემდეგ, თუ ქალი იყენებს ლამს;
- მშობიარობიდან 6 კვირის შემდეგ, თუ ქალი ძუძუთი კვებავს ბავშვს, მაგრამ ლამ-ს არ იყენებს;
- მშობიარობიდან მაშინვე ან 6 კვირის განმავლობაში, თუ ქალი ძუ-ძუთი არ კვებავს ბავშვს;
- აბორტის შემდეგ მაშინვე. ამასთან კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდის გამოყენება საჭირო არ არის.

განმეორებითი ინექცია:

- დეპო-პროვერა – 1 მლ – 150 მგ 3 თვეში (12 კვირაში) ერთხელ;
- ნეთ-ენ – 1 მლ – 200 მგ 2 თვეში (8 კვირაში) ერთხელ;
 - თუ ქალი მოვიდა ვადაზე ადრე, ინექციის გაკეთება დასაშვებია 2 კვირით ადრე;
 - თუ ქალი დროულად არ მოვიდა, ინექციის გაკეთება დასაშვებია 2 კვირის შემდეგ. ამასთან კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდის გამოყენება საჭირო არ არის;
 - თუ ქალმა 2 კვირაზე მეტი დაიგვიანა, საჭიროა ორსულობის გამორიცხვა. ორსულობის არარსებობის შემთხვევაში ინექციის გაკეთება შეიძლება იმ დღესვე. ამასთან რეკომენდებულია სქესობრივი კავშირისაგან თავის შეკავება ან კონტრაცეპციის სხვა მეთოდის (კონდომი) გამოყენება.

ინექციის გაკეთების პროცედურა

- ინექციები კეთდება ღრმად მხარზე დელტისებურ კუნთში ან ღუნდულოზე ზედა გარეთა კვადრატში;
- დეპო-პროვერას ამპულა გამოყენების წინ კარგად შეანჯღრიეთ;
- ნეთ-ენ-ის ამპულა თუ ინახება დაბალ ტემპერატურაზე, გამოყენების წინ გაათბეთ სხეულის ტემპერატურამდე;

- მიზანშეწონილი არაა საინექციო ადგილის მასაჟი, რადგანაც ამან შეიძლება დააჩქაროს სტეროიდის შეწოვა.

სხვა ჰორმონული მეთოდიდან პსკ-ზე გადასვლა

- შეიძლება შუალედის გაკეთების გარეშე, მხოლოდ იმ პირობით, რომ წინა მეთოდი გამოყენებული იყო რეკომენდაციის მიხედვით. ასეთ შემთხვევაში შემდგომ მენსტრუაციამდე მოცდა აუცილებელი არ არის;
- თუ წინა მეთოდი წარმოადგენდა ინექციას, პსკ-ს დაწყება შეიძლება შემდგომი ინექციის სავარაუდო დღეს. ასეთ შემთხვევაში კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდის გამოყენება საჭირო არ არის.

არაჰორმონული კონტრაცეპტიდან (სშს-ს გარდა) პსკ-ზე გადასვლა

- პსკ-ს ინექციის გაკეთება შეიძლება უკვე გამოყენებული მეთოდის შეწყვეტისთანავე, თუ საკმარისი საფუძველი არის იმისი, რომ ქალი ორსულად არ არის. ასეთ შემთხვევაში კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდის გამოყენება საჭირო არ არის;
- მენსტრუაციის დაწყებიდან თუ არ გასულა 7 დღეზე მეტი. ასეთ შემთხვევაში კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდის გამოყენება საჭირო არ არის;
- თუ პსკ-ს ინექცია კეთდება მენსტრუალური ციკლის პირველი 7 დღის შემდეგ, ქალს ეძლევა რეკომენდაცია თავი შეიკავოს სქესობრივი კავშირისაგან ან გამოიყენოს კონტრაცეპციის სხვა მეთოდი (კონდომი) 7 დღის განმავლობაში.

სშს-დან (ლევონორგესტრელ-სშს-ს ჩათვლით) პსკ-ზე გადასვლა

- პსკ-ს ინექციის გაკეთება შეიძლება მენსტრუალური ციკლის დაწყებიდან პირველი 7 დღის განმავლობაში. სშს ამოღებული უნდა იყოს ამ პერიოდში;
- ნებისმიერ დროს, თუ საფუძველი არსებობს იმისა, რომ ქალი ორსულად არ არის;
- თუ ქალს აქვს არარეგულარული მენსტრუალური გამონადენი ან ამენორეა, პსკ-ს ინექცია კეთდება „ამენორეის“ რეკომენდაციით.

იმპლანტების ჩადგმის დრო

რეგულარული მენსტრუალური ციკლის დროს

- მენსტრუალური ციკლის პირველი 5 -7 დღის განმავლობაში;
- მენსტრუალური ციკლის ნებისმიერ დღეს, თუ საკმარისი საფუძველი არის იმისი, რომ ქალი ორსულად არ არის, ასეთ შემთხვევაში რეკომენდებულია ჩადგმიდან 7 დღის განმავლობაში ქალმა თავი შეიკავოს სქესობრივი კავშირისაგან ან გამოიყენოს კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდი (კონდომი/სპერმიციდი).

ამენორეის დროს

- ამენორეის დროს იმპლანტონისა და ჟადელის ჩადგმა შეიძლება ნებისმიერ დღეს, თუ საკმარისი საფუძველი არის იმისი, რომ ქალი ორსულად არ არის, ასეთ შემთხვევაში რეკომენდებულია ჩადგმიდან 7 დღის განმავლობაში ქალმა თავი შეიკავოს სქესობრივი

კავშირისაგან ან გამოიყენოს კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდი (კონდომი / სპერმიციდი).

მშობიარობისა და აბორტის შემდეგ

- მშობიარობიდან 6 თვის შემდეგ, თუ ქალი იყენებს ლამ-ს;
- მშობიარობიდან მაშინვე ან 6 კვირის შემდეგ, თუ ქალი ძუძუთი კვებავს ბავშვს, მაგრამ არ იყენებს ლამ-ს;
- მშობიარობიდან მაშინვე ან 6 კვირის განმავლობაში, თუ ქალი ძუძუთი არ კვებავს ბავშვს;
- აბორტის შემდეგ მაშინვე, ამასთან კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდის გამოყენება საჭირო არ არის.

იმპლანტის ჩადგმის დრო

- მენსტრუალური ციკლის პირველი 5 დღის განმავლობაში.

სხვა ჰორმონული მეთოდიდან იმპლანტებზე გადასვლა

- იმპლანტების ჩადგმა შეიძლება მაშინვე წინა მეთოდის შეწყვეტისთანავე, თუ საკმარისი საფუძველი არის იმისი, რომ ქალი ორსულად არ არის. ასეთ შემთხვევაში შემდგომ მენსტუაციამდე მოცდა საჭირო არ არის;
- თუ წინა მეთოდი წარმოადგენდა ინექციას, პროგესტაგენული იმპლანტების გამოყენება შეიძლება შემდგომი ინექციის სავარაუდო დღეს. ასეთ შემთხვევაში კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდის გამოყენება საჭირო არ არის.

არაჰორმონული კონტრაცეპტივიდან (სშს-ს გარდა) პროგესტაგენულ იმპლანტებზე გადასვლა

- პროგესტაგენული იმპლანტების გამოყენება შეიძლება უკვე გამოყენებული მეთოდის შეწყვეტისთანავე, თუ საკმარისი საფუძველი არის იმისი, რომ ქალი ორსულად არ არის. ასეთ შემთხვევაში კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდის გამოყენება საჭირო არ არის;
- მენსტრუაციის დაწყებიდან თუ არ გასულა 5 (7) დღეზე მეტი. ასეთ შემთხვევაში კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდის გამოყენება საჭირო არ არის;
- თუ პროგესტაგენული იმპლანტები გამოიყენება მენსტრუალური ციკლის პირველი 5 (7) დღის შემდეგ, ქალს ეძლევა რეკომენდაცია თავი შეიკავოს სქესობრივი კავშირისაგან ან გამოიყენოს კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდი (კონდომი/სპერმიციდი) 7 დღის განმავლობაში.

სშს-დან (ლევონორგესტრელიანი სშს-ს ჩათვლით) პროგესტაგენულ იმპლანტებზე გადასვლა

- პროგესტაგენული იმპლანტები გამოიყენება შეიძლება მენსტრუალური ციკლის დაწყებიდან პირველი 5 (7) დღის განმავლობაში. სშს ამოღებული უნდა იყოს ამ პერიოდში;
- ნებისმიერ დროს, თუ საფუძველი არსებობს იმისა, რომ ქალი ორსულად არ არის;
- თუ ქალს აქვს არარეგულარული მენსტრუალური გამონადენი ან ამენორეა, პროგესტაგენული იმპლანტები გამოიყენება „ამენორეის“ რეკომენდაციით.

ზოგადი ინსტრუქცია კაფსულების ჩადგმაზე

- იმპლანტები იდგმება კანქვეშ წინამხრის შიგნითა ზედაპირზე;
- აუცილებელია ასეპტიკის წესების დაცვა;
- ჩადგმის ადგილზე კეთდება ლოკალური ანესთეზია;
- განაკვეთის ადგილი იფარება მშრალი კომპრესით და ჰემოსტაზის უზრუნველყოფისათვის კეთდება ნახვევი.

ჩადგმის შემდეგ

ის ადგილი, სადაც გაკეთდა იმპლანტაცია, 2-3 დღის განმავლობაში მშრალად უნდა იყოს. დოლბანდის ნახვევი შეიძლება მოიხსნას 3 დღის შემდეგ. იმპლანტების ჩადგმის შემდეგ პაციენტს მაშინვე შეუძლია გააგრძელოს მისი ჩვეული ყოველდღიური საქმიანობა.

რამდენ ხანს გრძელდება იმპლანტების კონტრაცეპციული მოქმედება

(ჟ) ჯადელი, იმპლანონი

თუ ჩადგმის მომენტში ქალი იწონის 79 კგ-მდე და ინარჩუნებს აღნიშნულ წონას, იმპლანტი ჩადგმის ადგილზე რჩება 5 წლამდე. (3 წლამდე) თუ ქალის წონა შეადგენს 80 კგ-ს და მეტს, იმპლანტი ამოღებული უნდა იყოს ჩადგმიდან 4 (2) წლის შემდეგ, რადგანაც მისი კონტრაცეპციული ეფექტურობა ქვეითდება.

- იმპლანტის ამოსაღებად პაციენტმა უნდა მიმართოს იმ კლინიკას, სადაც მისი ჩადგმა მოხდა, ან სხვა კლინიკას, სადაც რეგულარულად მიმდინარეობს იმპლანტების ჩადგმა/ამოღება;
- იმპლანტის ამოღება შეიძლება მენსტრუალური ციკლის ნებისმიერ დღეს;
- კაფსულების ამოღების დროს პაციენტის მდგომარეობა და ასეპტიკის პირობები იგივეა, რაც ჩადგმის დროს.

ფერტილობის აღდგენა სუფთა პროგესტაგენული კონტრაცეპტივების მოხმარების შემდეგ

- პროგესტაგენული აბების მიღების შეწყვეტის შემდეგ ფერტილობის აღდგენა ხდება 12-24 საათის განმავლობაში;
- პსკ-ს გამოყენების შეწყვეტის შემდეგ ფერტილობის აღდგენა ხდება ბოლო ინექციის ვადის გასვლიდან საშუალოდ 5,5 თვის განმავლობაში (4-6 თვე);
- [არსებობს მონაცემები, რომ დეპო-პროვერას შეწყვეტიდან 1 წლის შემდეგ ორსულობის რიცხვი შეადგენს 5-დან 10%, მე-15 თვისათვის – 75% და 2 წლის შემდეგ 95%];
- ფერტილობის აღდგენასთან მიმართებაში, იმპლანტების ამოღების მიზეზს მნიშვნელობა არ აქვს. იმპლანტების ამოღების შემდეგ, ოვულაციური მენსტრუალური ციკლი აღდგება თანდათანობით 7 კვირის განმავლობაში. თუმცა შესაძლებელია, პირველ ციკლზეც დადგეს ორსულობა.

კონსულტირება სუფთა პროგესტაგენული კონტრაცეფციის შემთხვევაში

მეთოდის შერჩევა ხდება რეპროდუქტოლოგის, მეან-გინეკოლოგის, ოჯახის ექიმის, პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმის ან პედიატრის მიერ.

პაციენტს უნდა მიეცეს დაწვრილებითი ინფორმაცია პროგნოსტიკური საშუალებების – პა, პსკ და პ/იმპლანტების მოქმედების მექანიზმის, ეფექტურობის, გვერდითი მოვლენების სარგებელისა და რისკის, გართულებების და ფერტილობის აღდგენის შესახებ. და ასევე:

- მენსტრუალური ციკლის ხასიათის შესაძლო ცვლილებებზე: ამენორეაზე, არარეგულარულ სისხლიან გამონადენზე;
- ოჯახის დაგეგმვის ალტერნატიულ მეთოდებზე;
- პსკ ინექციის ვადებსა და განმეორებით ვიზიტზე, ინექციის გადავადების შესაძლო შედეგებზე ;
- იმპლანტაციის ვადებზე და განმეორებით ვიზიტზე;
- პოსტ-იმპლანტაციურ შესაძლო გართულებებზე.

საყურადღებო ნიშნები სუფთა პროგნოსტიკური კონტრაცეფციის შემთხვევაში

პაციენტმა უნდა მიმართოს სამედიცინო დაწესებულებას მაშინვე, თუ აღნიშნება ქვემოთ ჩამოთვლილი რომელიმე გართულება:

- მენსტრუალური სისხლდენის შეწყვეტა რამდენიმე თვის რეგულარული მენსტრუალური ციკლის შემდეგ (შესაძლოა იყოს ორსულობის ნიშანი);
- ძლიერი ტკივილი მუცლის არეში და მცირე მენჯის ღრუში;
- ჭარბი და ხანგრძლივი ვაგინალური სისხლდენა;
- ძლიერი თავის ტკივილი (შაკიკი) განმეორებითი ან ახალ წარმოქმნილი;
- ქოშინი და ძლიერი ტკივილი გულმკერდის არეში;
- თვალის ლორწოვანისა და კანის სიყვითლე;
- ტკივილი ან/და დაჩირქება და/ან სისხლდენა იმპლანტაციის ადგილზე;
- პ/იმპლანტის ექსპულსია.

კანქვეშა იმპლანტების ამოღების ჩვენებები

- კონტრაცეფციის ფონზე პირველად წარმოქმნილი შაკიკის ტიპის თავის ტკივილი;
- განმეორებითი ხასიათის ძლიერი თავის ტკივილი;
- ღვიძლის მწვავე დაავადების სიმპტომები;
- შემთხვევითი ორსულობა (თუ აღნიშნება ტკივილი მუცლის ქვედა არეში და არარეგულარული სისხლდენა, საჭიროა გამოირიცხოს ექტოპიური ორსულობა);
- ჭარბი მენსტრუალური გამონადენი;
- ჩადგმიდან 3/5 წლის შემდეგ. თუ ქალს სურს მეთოდის გაგრძელება, ახალი იმპლანტის ჩადგმა შეიძლება ძველი იმპლანტის ამოღების შემდეგ;
- ჩადგმის ადგილზე ინფექციური პროცესი, რომელიც ანტიბიოტიკებს და ლოკალურ თერაპიას არ ექვემდებარება.

სუფთა პროგნოსტიკული საშუალებების გამოყენებამდე რეკომენდებული გეგმიური გამოკვლევები და ანალიზები:

კლასი

- სარძევე ჯირკვლების გამოკვლევა C
- მცირე მენჯის ღრუს სასქესო ორგანოების გამოკვლევა C
- საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი C
- სტანდარტული ლაბ. გამოკვლევები
მათ შორის ჰემოგლობინის განსაზღვრა C
- სგგი-რისკის შეფასება ანამნეზისა და ლაბ.
გამოკვლევების საფუძველზე C
- სგგი/აივ სკრინინგული ლაბორატორიული გამოკვლევა C
- არტერიული წნევის გაზომვა ***

კატეგორია – „C“ – აღნიშნული გამოკვლევის ჩატარება არ უზრუნველყოფს კონტრაცეპციის კონკრეტული მეთოდის შეუზღუდავად გამოყენებასა და ეფექტურობას.

*** – რეკომენდებულია გამოკვლევის ჩატარება (1-A).

სპკ გამოყენების კლინიკური პროტოკოლი

(გათვალისწინებულია რეპროდუქტოლოგებისათვის, მეან-გინეკოლოგებისა
და ოჯახის ექიმებისათვის)

სკრინინგული კითხვარი სპკ გამოყენების დაწყებამდე

ანამნეზის შეკრების მიზანია სხვადასხვა რისკ ფაქტორების აღმოჩენა და მათი გათვალისწინება
სპკ-ის მიღების დაწყებამდე

დაუსვით ქალს შემდეგი კითხვები:

არა		კი
	1. მენსტრუაცია დაგვიანებულია ან ფიქრობთ, რომ ორსულად ხართ?	
	2. ძუძუთი კვებავთ ნკვირამდე ასაკის ახალშობილს?(მხოლოდ პსკ)	
	3. გაქვთ თავის ტკივილი, ხშირად ერთ მხარეზე, პულსირებადი, თავბრუსხვევა, დისკომფორტი სინათლესა და ხმაურზე?	
	4. გაქვთ ხოლმე მაღალი არტერიული წნევა?	
	5. თუ გქონიათ როდისმე მწვავე სისხლძარღვოვანი მოშლა (ინსულტი, სტენოკარდიული შეტევა, ბარძაყის ან ფილტვის არტერიის თრომბოზი)?	
	6. გაქვთ თუ არა ხანგრძლივად მიმდინარე (> 20 წ) შაქრიანი დიაბეტი?	
	7. გქონიათ (ან ამჟამად გაქვთ) სარმევე ჯირკვლის კიბო?	
	8. გქონიათ (ან ამჟამად გაქვთ) ღვიძლის რაიმე სერიოზული დაავადება ან სიყვითლე?	
	9. ამჟამად ხომ არ იღებთ ანტიტუბერკულოზურ ან ანტიეპილეფსიურ წამლებს (გარდა სპკ-ისა)?	
	10. გაქვთ სისხლდენა სქესობრივი კავშირის შემდეგ და/ან მენსტრუაციებს შორის პერიოდში, რომელიც არ არის შეფასებული სამედიცინო თვალსაზრისით?	



თუ ქალი ყველა აღნიშნულ კითხვაზე პასუხობს „არა“-ს, მას შეუძლია სპკ-ის გამოყენება



თუ ქალი თუნდაც ერთ კითხვაზე პასუხობს „დიახ“, ჩატარეთ მიზნობრივი კვლევა, შეფასება და კონტრაცეფციის სათანადარიგო მეთოდი სხვა მეთოდის შერჩევამდე

12. რამდენი დღის წინ დაეწყო უკანასკნელი მენსტრუაცია?

- თუ ქალს უკანასკნელი მენსტრუაცია დაეწყო ბოლო 5 დღის განმავლობაში, შეუძლია დაიწყოს სპკ-ის გამოყენება;
- თუ ქალს უკანასკნელი მენსტრუაცია დაეწყო 5 დღეზე მეტი ხნის წინ და ამ პერიოდში იყენებდა კონტრაცეპციის რომელიმე მეთოდს (თავშეკავების ჩათვლით), მიეცით რეკომენდაცია პა-ის მიღებაზე, ან დმპა ინექციაზე, ან სუბდერმალური კ/იმპლანტის ჩადგმაზე და აუხსენით, რომ რომელიმე სახეობის სპკ-ის პარალელურად უახლოესი 7 დღის განმავლობაში გამოიყენოს რომელიმე დამატებითი სათადარიგო მეთოდი (კონდომი და/ან სპერმიციდი);
- თუ ქალს უკანასკნელი მენსტრუაცია დაეწყო 5 დღეზე მეტი ხნის წინ და ამ პერიოდში არ იყენებდა კონტრაცეპციის რომელიმე მეთოდს (თავშეკავების ჩათვლით), მიეცით რეკომენდაცია შერჩეული სპკ-ის რომელიმე სახეობის მოხმარება დაიწყოს მომდევნო მენსტრუაციის პირველი 5 დღის განმავლობაში.

გვერდითი მოვლენები, მათი შეფასება, მართვა

გვერდითი მოვლენა	შეფასება	მართვა
<ul style="list-style-type: none"> • ამენორეა 	<ul style="list-style-type: none"> • ჰკითხეთ ქალს, როგორ იღებდა პა-ებს, ხომ არ დაავიწყდა ერთი ან რამოდენიმე ტაბლეტის მიღება? ხომ არ გავიდა აბის მიღებიდან მომდევნო მიღებამდე 24 სთ-ზე მეტი დრო. • სპკ-ის ინექციის და კ/იმპლანტის ჩადგმის დრო არ არის სწორად შერჩეული და ემთხვევა ციკლის მე-5 დღეზე მეტ პერიოდს. • შეამოწმეთ ორსულობაზე (საშვილოსნოს ღრუში, საშვილოსნოსგარე): ანამნეზი, ტესტი ორსულობაზე, გასინჯვა. 	<ul style="list-style-type: none"> • ტაბლეტების გამოტოვება ზრდის ორსულობის რისკს. თუ ქალმა გამოტოვა ან დაავიანა ტაბლეტის (ერთი ან რამოდენიმე) მიღება 24 სთ-ზე მეტით, ის გამოკვლეული უნდა იყოს ორსულობაზე. • ორსულობის დადგენის შემთხვევაში ქალი გააგზავნეთ გინეკოლოგთან ან რეპროდუქტოლოგთან. თუ ქალი გადაწყვიტავს ორსულობის შენარჩუნებას, მან პა მიღება უნდა შეწყვიტოს, კ/იმპლანტი უნდა ამოღებულ იქნას. ქალს უნდა აეხსნას, რომ პა-ის შემადგენელიში, ასევე კ/იმპლანტის კაფსულიდან გამოთავისუფლებული პროგესტაგენის მინიმალური დღიური დოზის ხანმოკლე მიღება ორსულობის ადრეულ სტადიაზე ნაყოფზე უარყოფით გავლენას არ ახდენს.

		<ul style="list-style-type: none"> • სპკ-ის პროლონგაციის შეწყვეტა პრაქტიკულად შეუძლებელია. • თუ ქალი სწორი რეჟიმით იღებდა ტაბლეტებს, სწორად იყო შერჩეული სპკ ინექციისა და პ/იმპლანტის ჩადგმის ვადები და აღნიშნება ამენორეა, დაამშვიდეთ და აუხსენით, რომ ამენორეის შემთხვევაში მის სხეულში ან საშვილოსნოში სისხლი არ გროვდება. პროგესტაგენის მცირე დოზის მუდმივი მოქმედებით ენდომეტრიუმის სისქე მცირდება, რაც იწვევს სისხლდენის შემცირებას ან მთლიანად შეწყვეტას. თუ ის განაგრძობს მიმდინარე კონტრაცეფციის მოხმარებას, ამენორეა ჩვეულებრივ შენარჩუნდება. ურჩიეთ ქალს, განმეორებით მომართოს კლინიკას, თუ ამენორეა კვლავ შემაწუხებელი იქნება.
<ul style="list-style-type: none"> • ვაგინალური სისხლდენა/მოყავისფრო ჩამონაშალი 	<ul style="list-style-type: none"> • ჰკითხეთ ქალს როგორ იღებდა ტაბლეტებს, ხომ არ დაავიწყდა ერთი ან რამოდენიმე ტაბლეტის მიღება? • შეამოწმეთ გინეკოლოგიურ დაავადებებზე (მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადება), ორსულობაზე (საშვილოსნოს ღრუში, ექტოპიური), არასრულ აბორტზე (ტექსტი ორსულობაზე) • გინეკოლოგიურ დაავადებებზე ეჭვის შემთხვევაში ოჯახის ექიმი ქალს 	<ul style="list-style-type: none"> • თუ ქალს ავიწყდება ტაბლეტების მიღება, შეახსენეთ წამლის მიღების წესები და აუხსენით, რომ ტაბლეტების გამოტოვება ან დაგვიანება 24 სთ-ზე მეტი დროით, ზრდის ორსულობის რისკს. თუ შემდგომში მას კვლავ ავიწყდება ტაბლეტების მიღება, შეურჩიეთ კონტრაცეფციის სხვა მეთოდი. სპკ და პ/იმპლანტების შემთხვევაში თუ გამოირიცხა ორსულობა, დაამშვიდეთ ქალი, რადგან სპკ და იმპლანტების შემთხვევაში უსისტემო სისხლიანი გამონადენი სასქესო გზებიდან დამახასიათებელია, განსაკუთრებით მოხმარების საწყისი პერიოდის განმავლობაში. • თუ სისხლდენა/ მოყავისფრო ჩამონაშალი შემაწუხებელია, დაეხმარეთ ქალს კონტრაცეფციის

	<p>აგზავნის შესაბამის სპეციალისტთან (გინეკოლოგთან, რეპროდუქტოლოგთან).</p> <ul style="list-style-type: none"> • უფრო სავარაუდოა პსკ და პ/იმპლანტების მოხმარების საწყის ეტაპზე. • პა და პ/იმპლანტების მოხმარების ფონზე ქალმა დაიწყო ახალი მედიკამენტების მიღება (მაგ. რიფამპიცინი, კრუნჩხვისსაწინააღმდეგო) 	<p>სხვა მეთოდის შერჩევაში. (სუფთა პროგესტინული საშუალებების ფონზე შესაძლოა მენსტრუაციული დარღვევების ვერსიები უნდა წინასწარ განხილულ იქნას კონსულტირების ფარგლებში მეთოდის მიღების დაწყებამდე)</p> <ul style="list-style-type: none"> • დაამშვიდეთ ქალი და აუხსენით, რომ ასეთი სიმპტომები ხანდახან თან ახლავს პსკდა პ/იმპლანტებს და სრულიად ქრება რამოდენიმე თვის განმავლობაში. შესაძლოა კორექციისთვის კოკ-ს დამატებითი მიღება. თუ სისხლდენა ჯანმრთელობისთვის საშიშროებას წარმოადგენს, დაეხმარეთ ქალს შეარჩიოს ალტერნატიული მეთოდი. ანემიის პროფილაქტიკისთვის კვების ადექვატური რაციონი, შესაძლოა რკინის პრეპარატები და ანტიანემიური საშუალებები. შესაძლოა განხილულ იყოს სხვა ეტიოლოგიური ფაქტორები, რომლებიც არ უკავშირდება პსკ-ის და პ/იმპლანტების მოხმარებას. • თუ სახეზეა გინეკოლოგიური პრობლემები, ჩაატარეთ შესაბამისი მკურნალობის კურსი.
<ul style="list-style-type: none"> • მაღალი არტერიული წნევა $\geq 160/100$ – მე-3 კატეგორია 	<ul style="list-style-type: none"> • (ნაკლებსავარაუდოა პა და პ/იმპლანტის მოხმარების ფონზე) 	<ul style="list-style-type: none"> • თუ არტერიული წნევის მყარი მატება განპირობებულია სპკ-ის რომელიმე სახეობის გამოყენებით, ქალმა უნდა შეწყვიტოს პრეპარატების მიღება. დაეხმარეთ ქალს კონტრაცეპციის სხვა მეთოდების შერჩევაში. • სპკ-ის რომელიმე ფორმის მოხმარების შეწყვეტის შემდეგ 3 თვის განმავლობაში თუ არ მოხდა არტერიული წნევის ნორმალიზება, ქალი გააგზავნეთ შესაბამის სპეციალისტთან გამოკვლევაზე.

<ul style="list-style-type: none"> • თავის ტკივილი (მხედველობის დარღვევით და ცნს სხვა სიმპტომატიკით) 	<ul style="list-style-type: none"> • დაადგინეთ, შეიცვალა თუ არა თავის ტკივილის ხასიათი და ინტენსივობა სპკ-ის რომელიმე ფორმის მოხმარების დაწყების შემდეგ (ნაკლებსავარაუდო პა და პ/იმპლანტების ფონზე). • ჩაატარეთ ფიზიკური გასინჯვა, შეამოწმეთ არტერიული წნევა. აუცილებლობის შემთხვევაში გამოიკვლიეთ: თვალის ფსკერი და ნევროლოგიური სტატუსი 	<ul style="list-style-type: none"> • თუ თავის ტკივილი სუსტი ხასიათისაა და იშვიათია, ქალი დაამშვიდეთ და მიეცით ტკივილგამაყუჩებელი წამალი. 1 თვის შემდეგ მდგომარეობა შეაფასეთ განმეორებით. • თუ სპკ-ის ნებისმიერი ფორმის მოხმარების დაწყების შემდეგ შეიცვალა თავის ტკივილის ინტენსივობა (ტკივილის გაძლიერება, მხედველობის ცვლილება, მეტყველების უნარის დარღვევა ან დაკარგვა), შეწყვიტეთ სპკ-ის გამოყენება და დაეხმარეთ ქალს კონტრაცეპციის სხვა (არაჰორმონული) მეთოდის შერჩევაში.
<ul style="list-style-type: none"> • დეპრესია 	<ul style="list-style-type: none"> • განიხილეთ ხასიათის ცვლილებები 	<ul style="list-style-type: none"> • თუ ქალს დეპრესია გაუღრმავდა სპკ-ის მიღების შემდეგ, დაეხმარეთ კონტრაცეპციის სხვა, არაჰორმონული მეთოდის შერჩევაში. (ნაკლებსავარაუდოა პა შემთხვევაში მასში შემავალი პროგესტაგენის მინიმალური დოზის გამო). • თუ ხასიათის ცვლილება სპკ-ს არ გამოუწვევია, შეიძლება მათი მიღების გაგრძელება. • შესაძლებელია ანტიდეპრესანტის მიღება.
<ul style="list-style-type: none"> • აკნე 	<ul style="list-style-type: none"> • ჰკითხეთ, როგორ და რა სიხშირით იწმენდს სახეს? • ხომ არ იმყოფება ამჟამად დიდი სტრესის ქვეშ? 	<ul style="list-style-type: none"> • სპკ-ის წარმომავლობიდან გამომდინარე (19-ტესტოსტერონწარმოებული სინთეზური პროგესტინები) განწყობილ პირებში შესაძლებელია აკნე/სებორეის გამწვავება რეკურენტია. რეკომენდებულია ადგილობრივი დერმატო-კოსმეტოლოგიური ღონისძიებები – სახის გაწმენდა დღეში ორჯერ და სახის ცხიმიანი კრემების გამოყენებისაგან თავის შეკავება, კვებითი რეკომენდაციები. თუ მდგომარეობა არ

		შეიცვალა, დაეხმარეთ ქალს სხვა მეთოდის შერჩევაში (არაჰორმონული ან ჩვენების გათვალისწინებით დაბალდოზიანი კოკ-ანტიანდროგენული პროგესტაგენული შემადგენლობით).
<ul style="list-style-type: none"> სიყვითლე 	<ul style="list-style-type: none"> თუ სიყვითლე გამოვლინდა სპკ-ის მოხმარების დაწყების შემდეგ, შეამოწმეთ ქალი ჰეპატიტზე, ღვიძლის კეთილთვისებიან ან ავთვისებიან სიმსივნეზე, ციროზზე, ნაღვლის ბუშტის დაავადებაზე. 	<ul style="list-style-type: none"> სპკ-ში შემავალი პროგესტაგენების მინიმალური დოზა, პრაქტიკულად არ მოქმედებს ღვიძლის ფუნქციაზე. თუ სიყვითლე განპირობებულია ვირუსული ჰეპატიტით, შეწყვიტეთ ჰორმონული პრეპარატების მიღება და დაეხმარეთ ქალს სხვა არაჰორმონული მეთოდის შერჩევაში სრულ გამოჯანმრთელებამდე (ანუ სიმპტომების გაქრობიდან ან ღვიძლის ფუნქციის ნორმალიზაციიდან 3 თვე). თუ სიყვითლე განპირობებულია ღვიძლის სიმსივნით ან ციროზით, შეწყვიტეთ სპკ-ის გამოყენება, გაგზავნეთ ქალი შესაბამის გამოკვლევაზე, დაეხმარეთ მას კონტრაცეპციის სხვა მეთოდის შერჩევაში. თუ სიყვითლე განპირობებულია ნაღვლის ბუშტის დაავადებით, შეწყვიტეთ სპკ-ის გამოყენება და დაეხმარეთ ქალს სხვა შესაფერისი მეთოდის შერჩევაში.
<ul style="list-style-type: none"> ღებინება პა-ის მიღებიდან 2 საათის განმავლობაში; მწვავე ღებინება ან ფაღარათი (24 სთ-ზე მეტი ხანგრძლივობით) 	<ul style="list-style-type: none"> შეეხება მხოლოდ პა-ს მიღებას. 	<ul style="list-style-type: none"> მწვავე ღებინებამ ან ფაღარათმა შეიძლება ტაბლეტების ეფექტურობაზე იმოქმედოს. ამ შემთხვევაში, ქალმა უნდა გააგრძელოს ტაბლეტების მიღება (თუ ეს შესაძლებელია) და გამოიყენოს კონტრაცეპციის სათადარიგო მეთოდი მანამ, სანამ ფაღარათის და ღებინების შეწყვეტის შემდეგ 7 აქტიურ ტაბლეტს მიიღებს.
<ul style="list-style-type: none"> პ/იმპლანტების 		<ul style="list-style-type: none"> ტკივილგამაყუჩებელი საშუალება

<p>ჩადგმასა და ამოღებასთან ასოცირებული პრობლემები – ტკივილი, ინფიცირება ლოკალური, აბსცესი, იმპლანტის განდევნა.</p>		<p>პოსტპროცედურულად; ლოკალური ინფექციის შემთხვევაში არ არის საჭიროება იმპლანტის ამოღების, საჭიროა ადგილობრივი ანტიბიოტიკური დამუშავება, შესაძლოა ანტიბიოტიკოთერაპია; აბსცედირების შემთხვევაში, აბსცესია ადგილობრივი და ზოგადი თერაპია (ანტიბიოტიკები); წარუმატებლობის შემთხვევაში – იმპლანტის ამოღება და შემდგომი თერაპია. პ/ იმპლანტის ორგანიზმიდან განდევნა იშვიათობაა, შესაძლოა პირველივე თვეების განმავლობაში და /ან ლოკალური ინფიცირების დროს.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • პა-ის ერთი ან 2 ტაბლეტის გამოტოვება მიღების რეჟიმში. • პსკ-ის ინექციის დაგვიანება 2 კვირაზე მეტი პერიოდით. 	<ul style="list-style-type: none"> • ქალს დაავიწყდა 1 ან 2 ტაბლეტი დაშვებულზე (24 სთ) მეტი პერიოდით 	<ul style="list-style-type: none"> • რაც შეიძლება ადრე მიიღოს გამოტოვებული ტაბლეტი და ჩვეულებრივი სქემით გააგრძელოს პრეპარატის მიღება ციკლის ბოლომდე, ანუ 1 ტაბლეტი ერთხელ დღეში. დაშვებულია 2 ტაბლეტის ერთდროული, ან სხვადასხვა დროს მიღება 24 სთ-ის განმავლობაში. კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდის გამოყენება 2 დღე-ღამის განმავლობაში. თუ მომდევნო 5 დღის განმავლობაში იყო სქ. კონტაქტი, საჭიროა გადაუდებელი კონტრაცეფციის მოხმარება. • რეკომენდაცია სქ. კავშირისგან თავის შეკავება, ან სხვა სათადარიგო მეთოდის გამოყენება მომდევნო ინექციის ძალაში შესვლამდე. თუ სქ. კონტაქტი იყო 2 კვირიანი დაგვიანების შემდეგ 5 დღის განმავლობაში – საჭიროა გადაუდებელი კონტრაცეფციის მოხმარება.
<ul style="list-style-type: none"> • წონაში მატება (პსკ და პ/იმპლანტები) 		<ul style="list-style-type: none"> • მიეცით რჩევა/რეკომენდაცია კვების რაციონის და რეჟიმის ცვლილებასთან დაკავშირებით.

როდის შეიძლება სპ-ის სხვადასხვა ფორმის გამოყენება:

- მენსტრუაციული ციკლის დაწყებიდან პირველი 7 (5?) დღის განმავლობაში. ასეთ შემთხვევაში არ არის აუცილებელი თავდაცვის დამატებითი მეთოდების გამოყენება;
- მენსტრუაციული ციკლის დაწყებიდან პირველი 7 (5?) დღის შემდგომ, როცა არის იმის სანდო საფუძველი, რომ ქალი არ არის ორსულად. (თავშეკავება სქ. კონტაქტისგან ან თავდაცვა სხვა საშუალებებით). ამ შემთხვევაში აუცილებელია პირველი 7 დღე თავდაცვა სათადარიგო მეთოდით. სანამ არჩეული პერსპექტიული სპ-მეთოდი შევა ძალაში;
- ნებისმიერი სხვა კონტრაცეფციული მეთოდით სარგებლობისას, მეთოდის სპ-ით შეცვლის სასარგებლოდ, თუ წინა მეთოდი სწორად და შეზღუდვების გარეშე გამოყენებული. არ არის აუცილებელი მომდევნო მენსტრუაციის მოლოდინი ან/და სათადარიგო მეთოდის გამოყენება;
- მშობიარობის შემდგომი პერიოდი, ძუძუთი კვება 6 კვირის შემდეგ; არადღენილი მენსტრუაციის პირობებში 6 კვირიდან 6 თვემდე ინტერვალში ნებისმიერ დროს, ციკლის აღდგენის შემთხვევაში – ჩვეულებრივი რეგულარული მენსტრუაციის მიხედვით რეკომენდაციების გათვალისწინებით, დამატებითი სათადარიგო მეთოდები არ არის აუცილებელი;
- მშობიარობის შემდგომი პერიოდი, ნაწილობრივი ძუძუთი კვება ან ხელოვნური კვება. არადღენილი მენსტრუაციის პირობებში 6 კვირიდან 6 თვემდე ინტერვალში ნებისმიერ დროს, თუ ქალი დარწმუნებულია, რომ არ არის ორსულად. ამასთან, სათადარიგო მეთოდის გამოყენება 7 დღე. ციკლის აღდგენის შემთხვევაში – ჩვეულებრივი რეგულარული მენსტრუაციის მიხედვით რეკომენდაციების გათვალისწინებით;
- სპონტანური ან არტიფიციალური აბორტის შემდეგ მაშინვე, პირველი 7 დღის განმავლობაში, სათადარიგო მეთოდის გამოყენების გარეშე;
- სპონტანური ან არტიფიციალური აბორტიდან 7 დღის შემდეგ და 7 დღე სათადარიგო მეთოდის გამოყენება;
- სპ-ის დაწყება გადაუდებელი კონტრაცეფციის მიღების დღიდან ან მომდევნო ციკლის პირველი 7 დღის განმავლობაში.

საშვილოსნოსშიგა კონტრაცეფცია

საშვილოსნოსშიგა საშუალებები

საშვილოსნოსშიგა საშუალება (სშს) არის პატარა დრეკადი, სხვადასხვა ფორმის მოწყობილობა, რომელიც მზადდება პლასტმასისაგან. ის შეიძლება შეიცავდეს სპილენძს ან ჰორმონს და თავსდება საშვილოსნოს ღრუში.

სშს ტიპები

არსებობს სშს ორი ტიპი: მედიკამენტური (სპილენძის ან ჰორმონული) და არამედიკამენტური. ქვეყანათა უმრავლესობაში არამედიკამენტური სშს ამოღებულია, რადგან მათი ეფექტურობა ნაკლებია, გვერდითი მოვლენების სიხშირე კი უფრო მაღალია, ვიდრე მედიკამენტური სშს.

სშს იყოფა შემდეგ ჯგუფებად:

- სპილენძის შემცველი სშს: TCu380A, TCu380S, Nova-T, ML Cu375 და სხვ.;
- ჰორმონშემცველი: პროგესტასერტი (შეიცავს პროგესტერონს), მირენა (შეიცავს ლევონორგესტრელს);
- ინერტული (არამედიკამენტური): ლიპესის მარყუჟი;
- სშს მსოფლიოში ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული კონტრაცეპციის მეთოდია. ამჟამად მას 140 მლნ. ქალი იყენებს. სშს პოპულარულია: ჩინეთში, შვეციაში, დანიაში, ფინეთში, ნორვეგიაში, ლათინურ ამერიკაში. სშს საქართველოში პოპულარობით პირველ ადგილზეა. მას რეპროდუქციული ასაკის ქალების 10% იყენებს.

ეფექტურობა და გამოყენების ხანგრძლივობა

სშს ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტური კონტრაცეპციური მეთოდია. ორსულობის მაჩვენებელი მერყეობს 0,2-0,7-მდე 100 ქალზე წელიწადში (ჰორმონშემცველი და სპილენძშემცველი სშს). ინერტული სშს ეს მაჩვენებელი 2-ზე მეტია.

სპილენძშემცველი სშს მოქმედების ხანგრძლივობა 5-12 წელია. ჰორმონშემცველი სშს „მირენას“ მოქმედების ხანგრძლივობა კი 5 წელიწადი. გამოყენების პირველი წლის შემდეგ სპილენძშემცველი სშს გამოყენებას აგრძელებს ქალების 78%, ხოლო ჰორმონშემცველი სშს (მირენა) გამოყენებას 81%.

სშს მისი მოქმედების ხანგრძლივობის გამო შეიძლება განვიხილოთ, როგორც „შექცევადი სტერილიზაცია“.

მოქმედების მექანიზმი

სშს არ იწვევს აბორტს (ორსულობის შეწყვეტას), არამედ მოქმედებს უშუალოდ განაყოფიერების პროცესზე. ამცირებს სპერმატოზოიდის მოძრაობის უნარს და კვერცხუჯრედის მომწიფების პროცესს. სშს-ის მოქმედების შესასწავლად ჩატარდა ორი კვლევა: შრატში ისაზღვრებოდა ქორიონული გონადოტროპინი და ასევე აფასებდნენ საშოდან და ენდოცერვიქსიდან აღებულ მასალას. პირველ კვლევაში აკვირდებოდნენ სშს მომხმარებელ 30 ქალს 30 თვის მანძილზე. კვლევის განმავლობაში არც ერთ მათგანს არ აღენიშნებოდა ორსულობის ადრეული ვადებისთვის დამახასიათებელი ქორიონული გონადოტროპინის ცვლილება.

მეორე კვლევისას იმ ქალების საშვილოსნოდან და მილებიდან იღებდნენ მასალას, მასალას იღებდნენ ციკლის შუა პერიოდში (სავარაუდოდ ოვულაციის პერიოდში). მომწიფებული კვერცხუჯრედის არსებობა გამოვლინდა სშს-ს მომხმარებელთა 39% და 56%-ს ქალებისა, რომლებიც არ მოიხმარდნენ სშს. კვერცხუჯრედის შესწავლა ხდებოდა იმ ქალებში, რომლებსაც სქესობრივი კონტაქტი ჰქონდათ გამოკვლევის წინა პერიოდში. სშს-ის მომხმარებელთა 64% აღნიშნებოდა ნორმალური პრეიმპლანტაციური პროცესის განვითარების დარღვევა, ხოლო ქალთა იმ ჯგუფში, რომლებიც სშს არ მოიხმარდნენ ეს მაჩვენებელი მხოლოდ 19%.

აღნიშნული შედეგები ეთანხმება თეორიას, რომლის სშს მოქმედებისას ენდომეტრიუმში ვითარდება ანთებითი ცვლილებები (ასეპტიური ანთება), რაც იმპლანტაციის პროცესის დარღვევას იწვევს. იმპლანტაციის ინჰიბირება კი ხდება მეორადად. ამ მექანიზმით უნდა აიხსნას სპილენძის შემცველი სშს-ის გამოყენება გადაუდებელი კონტრაცეპციის მიზნით. გაიდლაინების თანახმად ქალს უნდა განემარტოს, რომ სშს-ის მოქმედების მექანიზმი მდგომარეობს განაყოფიერების პროცესზე ზემოქმედებაში.

სპილენძის შემცველი სშს ამცირებს სპერმის მოძრაობის უნარს და სიცოცხლისუნარიანობას, ასევე ხელს უშლის კვერცხუჯრედის მომწიფებას. სშს მომხმარებელთა და არამომხმარებელთა ჯგუფების შედარებისას, სშს მომხმარებელთა შორის აღნიშნებოდა ცერვიკალური ლორწოს გასქელება და მილებში სპერმატოზოიდების რაოდენობის დაქვეითება. ციკლის შუა პერიოდისას (ოვულაციის დროს) საშვილოსნოს კუმშვადობა მნიშვნელოვანია სპერმის ტრანსპორტირებისათვის. კლინიკური გამოკვლევის თანახმად, სპილენძის შემცველი სშს მომხმარებელ ქალთა შორის აღნიშნება არაკოორდინირებული შეკუმშვები (კონტრაქტურები), რაც ხელს უშლის სპერმატოზოიდის ტრანსპორტირებას.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე სშს პირველადი მოქმედების მექანიზმი მდგომარეობს სპერმატოზოიდების და კვერცხუჯრედის მომწიფებაზე ზემოქმედებაში. სპილენძის შემცველი სშს ენდომეტრიუმში ქმნის ანთებით გარემოს, რაც შესაბამისად იმპლანტაციის პროცესის დარღვევას განაპირობებს. ლევონორგესტრელის შემცველი სშს იწვევს ცერვიკალური ლორწოს გასქელებას, რაც ხელს უშლის სპერმატოზოიდების გადაადგილებას საშვილოსნოს და მილების მიმართულებით, უარყოფითად (ნეგატიურად) მოქმედებს სპერმის ფუნქციასა და მოძრაობის უნარზე. 20-30%-ში ჰორმონული სშს იწვევს ოვულაციის დათრგუნვას.

ერთ-ერთი გამოკვლევის თანახმად ცერვიკალური ლორწოს გასქელება ვითარდება ლევონორგესტრელის შემცველი სშს-ს მომხმარებელ ქალებს შორის, მათ ასევე აღნიშნებათ ენდომეტრიუმის გლანდულარული ატროფია, სტრომის დეციდუალიზაცია და ანთებითი ცვლილებები. ისევე, როგორც სპილენძის შემცველი სშს ლევონორგესტრელის შემცველი სშს იმპლანტაციაზე მოქმედებს მეორადად.

სშს კონტრაცეპციული უპირატესობები

- მაღალი ეფექტურობა (0,2-0,7 ორსულობა 100 ქალზე წელიწადში, ჰორმონული სშს და სპილენძის T380A-ს შემთხვევაში);
- დაუყოვნებელი ეფექტი;
- უსაფრთხოა ქალების უმრავლესობისათვის, რომლებიც არ იმყოფებიან სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების და შიდსის რისკის წინაშე;
- შექცევადი და ეკონომიური;
- უსაფრთხოდ შეიძლება გამოიყენონ მეძუძურმა და ახალნამშობიარებმა ქალებმა;
- კარგი არჩევანია უფროსი ასაკის ქალებისათვის, რომლებმაც სიფრთხილით უნდა გამოიყენონ კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივები;

- ხანგრძლივი გამოყენება (თორმეტ წლამდე, TCu380A-ს შემთხვევაში);
- ჩადგმისათვის საკმარისია ერთი ვიზიტი, ჩადგმიდან 3-6 კვირაში განხორციელებული პირველი შემოწმების შემდეგ კი – მხოლოდ მინიმალური მეთვალყურეობა (თუ პაციენტს პრობლემები არ აღენიშნება);
- პაციენტს სქესობრივი კავშირისას დამატებით არაფრის გამოყენება არ სჭირდება; ეს ხელს უწყობს ინტიმურობას და საშუალებას აძლევს, აკონტროლოს საკუთარი ფერტილობა.

არაკონტრაცეპციული უპირატესობები

- ამცირებს მენსტრუალურ ტკივილებს (მხოლოდ პროგესტინის შემცველი);
- ამცირებს მენსტრუალურ სისხლდენას (მხოლოდ პროგესტინის შემცველი);
- ამცირებს საშვილოსნოსგარე ორსულობის რისკს (პროგესტასერტის გარდა);
- გამოიყენება ადენომიოზის, იდიოპათიური სისხლდენის, ლეიომიომისა და ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიის სამკურნალოდ;
- გამოიყენება ჩანაცვლებითი ჰორმონოთერაპიის დროს.

სშს ნაკლოვანებები

- არ იცავს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების აივ/შიდსისაგან;
- შესაძლებელია ინფექციის შეჭრა ჩადგმისას, თუ არ მოხდა ინფექციის პრევენცია;
- აუცილებელია შესაბამისად ტრენირებული პირი;
- ჩადგმისას აღინიშნება მცირეოდენი ტკივილი და სისხლდენა;
- შეიძლება თავისთავად გამოვარდეს;
- ჩადგმის დროს იშვიათად ($< 1/1000$ შემთხვევაში) შესაძლებელია საშვილოსნოს პერფორაცია;
- პირველი სამი თვის განმავლობაში საკმაოდ ხშირია მენსტრუაციის გაძლიერება / გახანგრძლივება, ტკივილის გაძლიერება, სისხლდენა/სისხლიანი გამონადენი, რაც ზოგიერთ ქალში შეიძლება შემდეგაც გაგრძელდეს გარკვეული ხარისხით;
- არ იცავს საკვერცხის და ენდომეტრიული კიბოსგან (განსხვავებით კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივებისგან) და საშვილოსნოს ყელის კიბოსგან (განსხვავებით ბარიერული მეთოდებისგან);
- მძიმე გართულების შემთხვევაში აუცილებელია დაუყოვნებელი სამედიცინო რეაგირება და მომსახურების მაღალი დონე.

ვის შეუძლია გამოიყენოს სშს

- რეპროდუქციული ასაკის ქალებს, მიუხედავად მშობიარობის რაოდენობისა, რომლებსაც სურთ ძალიან მაღალეფექტური, ხანგრძლივი კონტრაცეპცია;
- ქალებს, რომლებსაც წარსულში წარმატებით გამოუყენებიათ სშს;
- ქალებმა, აბორტის შემდეგ, რომელთაც არ აღენიშნებათ მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ინფექციის ნიშნები;
- ქალებს, რომლებიც არ დგანან სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების რისკის წინაშე;
- ქალებს, რომლებსაც ავიწყდებათ აბების ყოველდღიური მიღება;
- ქალებს, რომელთაც ურჩევნიათ, არ გამოიყენონ ჰორმონული მეთოდები, ან არ ურჩევენ მათ გამოყენებას;
- ქალებს, რომლებიც იყენებენ ჩანაცვლებითი ჰორმონულ თერაპიას;
- ქალებს, როლებიც მკურნალობენ მენორაგიის გამო.

სშს გამოყენების კრიტერიუმების კატეგორიები ჯანმოს მიხედვით

I კატეგორია	სშს გამოყენებას უკუჩვენება არ გააჩნია	სშს გამოიყენება
II კატეგორია	სშს გამოყენებას უპირატესობა ენიჭება თეორიულ და პრაქტიკულ რისკთან შედარებით	
III კატეგორია	სშს გამოყენების თეორიული და პრაქტიკული რისკი ბევრად მაღალია, ვიდრე სარგებელი	სშს არ გამოიყენება
IV კატეგორია	სშს არ გამოიყენება	

სშს გამოყენების უკუჩვენებები:

- ორსულობა (დიაგნოსტირებული ან საეჭვო) (4 კატეგორია);
- მშობიარობის შემდგომი ან აბორტისშემდგომი სეფსისი (4 კატეგორია);
- საშვილოსნოს ანატომიური ანომალიები და ფიბროიდები, რომლებიც ფორმას უცვლიან საშვილოსნოს ღრუს (4 კატეგორია);
- მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ანთებითი დაავადებები (4 კატეგორია) (ბოლო 3 თვის განმავლობაში);
- სქესობრივი დაავადებები (ჩირქოვანი ცერვიციტი, ქლამიდიური ინფექცია, ან გონორეული ინფექცია) (4 კატეგორია);
- სქესობრივი გზით გადამდები დაავადების მაღალი რისკი (ქალის ან მის პარტნიორს ჰყავს ერთზე მეტი სქესობრივი პარტნიორი) (3 კატეგორია);
- აუხსნელი ეტიოლოგიის სისხლდენა (4 კატეგორია);
- ავთვისებიანი ტროფობლასტური დაავადებები (4 კატეგორია);
- კეთილთვისებიანი ტროფობლასტური დაავადებები (3 კატეგორია);
- საშვილოსნოს ყელის კიბო (4 კატეგორია);
- ენდომეტრიუმის კიბო (4 კატეგორია);
- საკვერცხეების კიბო (3 კატეგორია);
- მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ტუბერკულოზი (4 კატეგორია).

ჰორმონშემცველ სშს გააჩნია დამატებითი უკუჩვენებები:

- ღრმა ვენებისა და ფილტვის არტერიის ემბოლია (4 კატეგორია);
- შაკიკი ნევროლოგიური სიმპტომებით (3 კატეგორია);
- ძუძუს კიბო ამჟამად ან ანამნეზში (4 კატეგორია).

სშს ჩადგმის მენჯემენტი და დრო

- სშს შეიძლება ჩადგას რეპროდუქტოლოგმა და მეან-გინეკოლოგმა.

როდის შეიძლება სპილენძისშემცველი სშს ჩაიდგას:

- მენსტრუალური ციკლის დაწყებიდან 12 დღის განმავლობაში. დამატებითი მეთოდის გამოყენება საჭირო არ არის;

- მენსტრუალური ციკლის ნებისმიერ დღეს, თუ ექიმი დარწმუნებულია, რომ პაციენტი არ არის ორსულად;
- თუ ქალს არ აქვს მენსტრუაცია, სშს შეიძლება ჩაიდგას ნებისმიერ დროს, თუ ექიმი დარწმუნებულია, რომ ქალი არ არის ორსულად. დამატებითი მეთოდის გამოყენება საჭირო არ არის;
- სშს შეიძლება ჩაიდგას მშობიარობიდან და საკეისრო კვეთიდან 48 სთ-ის განმავლობაში;
- სშს შეიძლება ჩაიდგას მშობიარობიდან და საკეისრო კვეთიდან 4 კვირის გასვლის შემდეგ
- სშს შეიძლება ჩაიდგას I ტრიმესტრის აბორტის შემდეგ მაშინვე;
- სშს შეიძლება ჩაიდგას II ტრიმესტრის აბორტის შემდეგ მაშინვე (თუმცა იზრდება ექსპულსიების სიხშირე);
- სშს შეიძლება ჩაიდგას სხვა ნებისმიერი რეგულარული კონტრაცეპციის შეწყვეტისთანავე, თუ ექიმი დარწმუნებულია, რომ ქალი არ არის ორსულად;
- სპილენძის შემცველი სშს შეიძლება ცაიდგას დაუცველი სქესობრივი აქტიდან 120 სთ-ის განმავლობაში.

როდის შეიძლება ჰორმონშემცველი სშს ჩადგმა

- მენსტრუაციის დაწყებიდან პირველი 7 დღის განმავლობაში დამატებითი მეთოდი საჭირო არ არის;
- ლევონორგესტრელის შემცველი სშს შეიძლება ჩაიდგას მენსტრუალური ციკლის ნებისმიერ დღეს თუ ექიმი დარწმუნებულია, რომ ქალი არ არის ორსულად. თუ სშს ჩადგმა ხდება მენსტრუაციის დაწყებიდან 7 დღის შემდეგ, ქალმა უნდა გამოიყენოს კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდი ან შეიკავოს თავი სქესობრივი ცხოვრებიდან 7 დღის განმავლობაში;
- ლევონორგესტრელის შემცველი სშს შეიძლება ჩაიდგას მშობიარობიდან ან საკეისრო კვეთიდან 48 სთ-ს განმავლობაში;
- ლევონორგესტრელის შემცველი სშს შეიძლება ჩაიდგას მშობიარობის შემდეგ ან საკეისრო კვეთიდან თუ გასულია 4 კვირა ან მეტი. სშს ჩადგმა შეიძლება თუ ექიმი დარწმუნებულია, რომ ქალი არ არის ორსულად. დამატებითი მეთოდის გამოყენება საჭირო არ არის;
- ლევონორგესტრელის შემცველი სშს შეიძლება ჩაიდგას I და II ტრიმესტრის აბორტის შემდეგ მაშინვე (თუმცა II ტრიმესტრის აბორტის შემდეგ მატულობს ექსპულსიის სიხშირე);
- ლევონორგესტრელის შემცველი სშს შეიძლება ჩაიდგას სხვა რეგულარული კონტრაცეპციის დამთავრებისთანავე, თუ ექიმი დარწმუნებულია, რომ ქალი არ არის ორსულად. დამატებითი მეთოდის გამოყენება საჭირო არ არის.

სშს ჩადგმის ტექნიკა

მომზადება:

- ჩაატარეთ გამოკვლევა საშვილოსნოს ზომისა და პოზიციის დასადგენად, აგრეთვე მწვავე ცერვიციტის, ორსულობისა და სხვა გინეკოლოგიური უკუჩვენებების გამოსარიცხად;
- მოახდინეთ საშვილოსნოს ყელის ვიზუალიზაცია სარკეების მეშვეობით და მთლიანად დაამუშავეთ საშვილოსნოს ყელი და საშო შესაფერისი ანტისეპტიკური ხსნარით;
- აუცილებლობის შემთხვევაში დაიხმარეთ ასისტენტი;
- დააფიქსირეთ საშვილოსნოს ყელი დამჭერით. ფრთხილი ტრაქციით გაასწორეთ ცერვიკალური არხი. დამჭერი ამ პოზიციაში უნდა დავტოვოთ მთელი პროცედურის მანძილზე, რათა უზრუნველყოთ საშვილოსნოს ყელის ფრთხილი ტრაქცია შესაყვანი ინსტრუმენტის შესახვედრად;

- ფრთხილად შევიყვანოთ საშვილოსნოს ზონდი ღრუში საშვილოსნოს ფუძემდე და განვსაზღვროთ ცერვიკალური არხის მიმართულება და საშვილოსნოს ღრუს სიღრმე (მანძილი გარეთა პირიდან საშვილოსნოს ფუძემდე), გამოვრიცხოთ ტიხრები საშვილოსნოს ღრუში, სინექიები და სუბმუკოზური ფიბრომა. იმ შემთხვევაში, თუ ცერვიკალური არხი ძალიან ვიწროა, რეკომენდირებულია არხის გაფართოვება და ანალგეტიკების გამოყენება, პარაცერვიკალური ბლოკადები.

TCu380A ჩადგმის ტექნიკა

TCu380A აღწერა მოცემულია სურათზე №1ა, ბ, გ, სშს გამოდის სპეციალურ სტერილურ პაკეტში

- პაკეტი იხსნება დისტალური ნაწილიდან ერთ მესამედზე. ზონდს ვათავსებთ ჩასადგმელ მილში. ჰორიზონტალური მხრები იხრება (სტერილური პაკეტის გარედან, სურ. №1 დ) და იდება მოხრილ მდგომარეობაში ჩასადგმელ მილში (ჰორიზონტალური მხრები მოხრილ მდგომარეობაში უნდა იმყოფებოდეს არაუმეტეს 5 წთ-სა, სურ. 32ა, ბ);
- სანიშნე რგოლი დააფიქსირეთ ხელით, ხოლო მეორე ხელით ამოდრავთ ჩასადგმელი მილი მანამდე, სანამ მანძილი სშს მოხრილ ჰორიზონტალურ მხრებს და სანიშნე რგოლს შორის არ იქნება საშვილოსნოს ღრუს სიგრძის შესაბამისი (სურ. № 2გ);
- სშს იღებთ პაკეტიდან, აუცილებელია, რომ ჰორიზონტალური მხრები და სანიშნე რგოლი თავსდებოდნენ ერთ ჰორიზონტალურ სიბრტყეში (სურ. № 2დ);
- ჩასადგმელი მილი ფრთხილად შეგაქვთ საშვილოსნოს ღრუში სანიშნე რგოლამდე. როგორც კი სშს შეეხება საშვილოსნოს ფუძეს, პლასტიკის ზონდს აფიქსირებთ ერთ პოზიციაში, ჩასადგმელი მილი გამოგაქვთ უკან. ეს მოძრაობა ათავისუფლებს ჰორიზონტალურ მხრებს (სურ. №3ა, ბ);
- პლასტიკის ზონდი გამოგაქვთ, ხოლო ჩასადგმელი მილი ნელ-ნელა კვლავ შეგაქვთ საშვილოსნოს ფუძემდე. ამ მოძრაობით სშს ჰორიზონტალური მხრები მაქსიმალურად კარგად მოთავსდება საშვილოსნოს ფუძეზე (სურ. №3 გ);
- გამოგაქვთ ჩასადგმელი მილი. ჭრით დაფებს ისე, რომ გამოდიოდეს საშვილოსნოს ყელის არხის გარეთა პირიდან 2-3 სმ-ზე (სურ. №3 დ).

სშს ამოღება

- სშს ამოღება მარტივი მანიპულაციაა. საშოში თავსდება სარკე, სშს დაფებს იღებთ კოხერით ან კონტანგით და ფრთხილად ქაჩავთ (სურ №4ა, ბ). დაფების არ არსებობის შემთხვევაში უნდა გამოვიყენოთ ინსტრუმენტი „ალიგატორი“, აგრეთვე პაციენტს შეიძლება საშვილოსნოს ღრუს გამოფხვკა.

ჰორმონული სშს „მირენა“-ს ჩადგმის ტექნიკა

1. სურათი ა) მხრები; ბ) ჰორმონის შემცველი რეზერვუარი; გ) შკალა; დ) სანიშნე რგოლი; ე) ჩასადგმელი მილი; ვ) სლაიდერი; ზ) ნიშნული; თ) სახელური; ი) ჭრილი დაფებისათვის; კ) დაფები.

2.

- ყველა მანიპულაცია უნდა ჩავატარო სტერილური ხელთათმანებით. გავხსნათ სტერილური შეფუთვა;
- გამოვანთავისუფლოთ დაფები;
- დარწმუნდით, რომ სლაიდერი იმყოფება თქვენგან ყველაზე დაშორებულ პოზიციაში (ცერვიკალურ არხთან ახლოს) და დააფიქსირეთ საჩვენებელი ან ცერა თითით;

- დაიჭირეთ სისტემა სახელურით და დარწმუნდით, რომ მხრები იმყოფებიან ჰორიზონტალურ პოზიციაში (ასო T-ს მსგავსად). თუ ეს ასე არ არის, გაასწორეთ სტერილურ ზედაპირზე.

3.

- ძაფების საშუალებით შეწიეთ სისტემა ჩასადგმელ მილში;
- მიაქციეთ ყურადღება, რომ მხრების გამსხვილებულმა ბოლოებმა დახურონ ჩასადგმელი მილის ღია ბოლო;
- დარწმუნდით, რომ მხრები იმყოფებიან ჰორიზონტალურ სიბრტყეში. თუ ეს ასე არ არის, სლაიდერის უკან, ნიშნულამდე მიყვანით გაანთავისუფლეთ სისტემის მხრები;
- მხრები გაასწორეთ სტერილურ ზედაპირზე. დააბრუნეთ სლაიდერი ყველაზე დაშორებულ პოზიციაში და მტკიცედ დააფიქსირეთ საჩვენებელი ან ცერა თითით;
- ძაფების საშუალებით შეწიეთ სისტემა ჩასადგმელ მილში.

4.

- საიმედოდ დააფიქსირეთ ძაფები სახელურის ბოლოზე არსებულ ჭრილში.

5.

- დააყენეთ სანიშნე რგოლი ნიშნულზე, რომელიც შეესაბამება ზონდით გაზომილ მანძილს საშვილოსნოს გარეთა პირიდან მის ფუძემდე;
- მირენა მომზადებულია შესაყვანად.

6.

- მტკიცეთ დაიჭირეთ სლაიდერი საჩვენებელი ან ცერა თითით ყველაზე დაშორებულ პოზიციაში;
- ფრთხილად შეიყვანეთ ჩასადგმელი მილი ცერვიკალური არხის გავლით საშვილოსნოს ღრუში, სანამ სანიშნე რგოლი არ აღმოჩნდება საშვილოსნოს ყელიდან 1.5-2 სმ-ის დაშორებით, რათა დარჩეს საკმაო სივრცე მხრების გასაშლელად. გაფრთხილება! არ ამოძრავთ ჩასადგმელი მილი ძალდატანებით;
- დაიჭირეთ ჩასადგმელი მილი უძრავად, სლაიდერი მოსწიეთ თქვენსკენ, მიიყვანეთ ნიშნულამდე და ამით გაანთავისუფლეთ მირენას ჰორიზონტალური მხრები.

7.

- ფრთხილად შეიყვანეთ ჩასადგმელი მილი, სანამ სანიშნე რგოლი არ შეეხება საშვილოსნოს ყელს;
- ახლა მირენა საშვილოსნოს ფუძეზე უნდა იმყოფებოდეს.

8.

- სისტემა მთლიანად გაათავისუფლეთ ჩასადგმელი მილისაგან. ამისათვის დაიჭირეთ ჩასადგმელი უძრავად და მოწიეთ სლაიდერი ბოლომდე. ძაფები ავტომატურად უნდა გაათავისუფლდნენ.

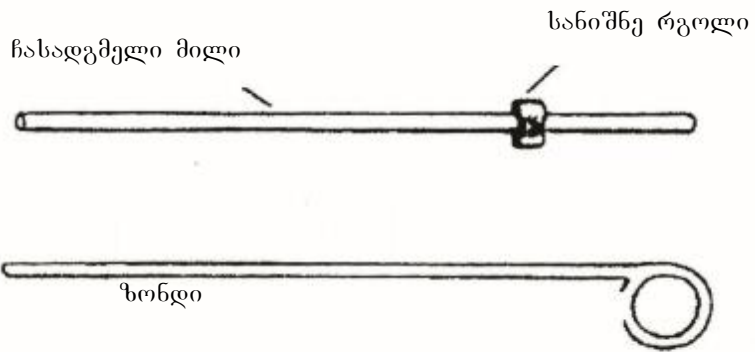
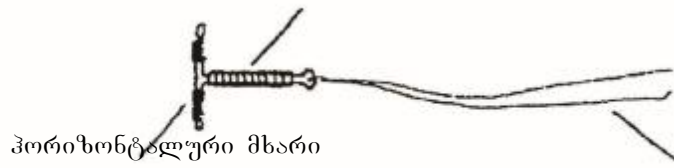
9.

- გამოიღეთ ჩასადგმელი საშვილოსნოდან. მოჭერით ძაფები ისე, რომ მათი სიგრძე საშვილოსნოს გარეთა პირიდან არ აღემატებოდეს 2 სმ-ს.

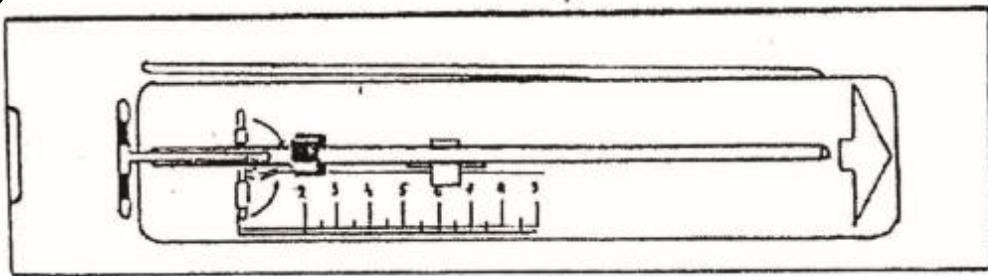
თუ თქვენ ეჭვი გეპარებათ, რომ სისტემა სწორადაა ჩადგმული, შეამოწმეთ მირენას მდებარეობა ულტრაბგერითი გამოკვლევით ან, თუ აუცილებლობა მოითხოვს, ამოიღეთ სისტემა. ამოღებული მირენას განმეორებით გამოყენება დაუშვებელია.

ვერტიკალური ღერძი

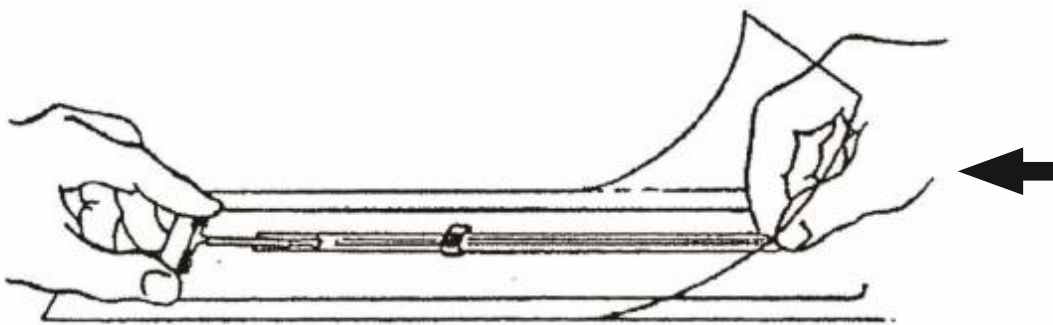
ა)



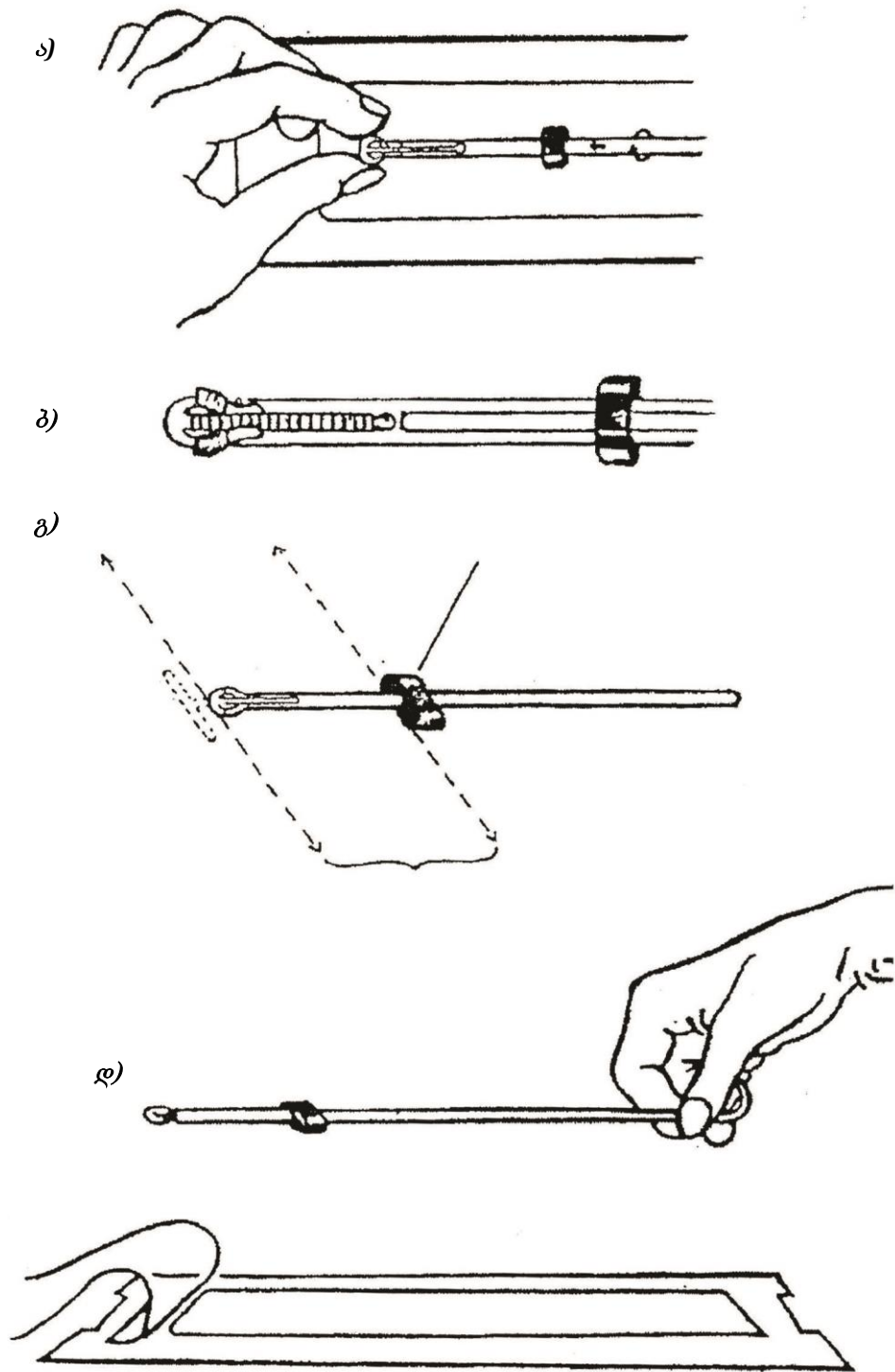
ბ)



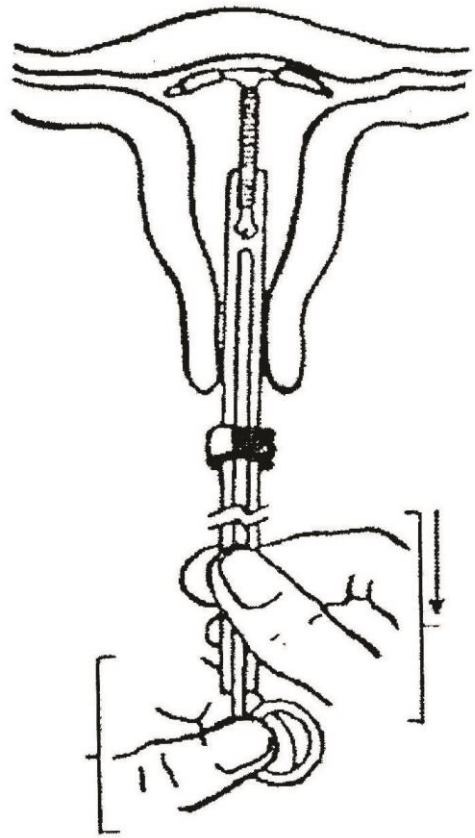
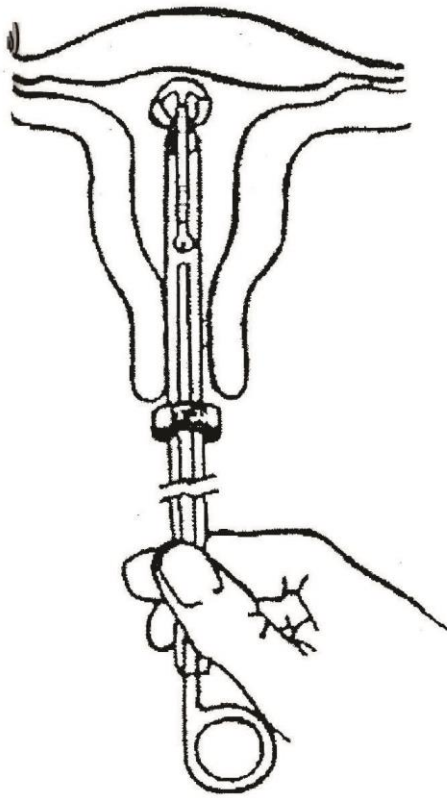
ა)



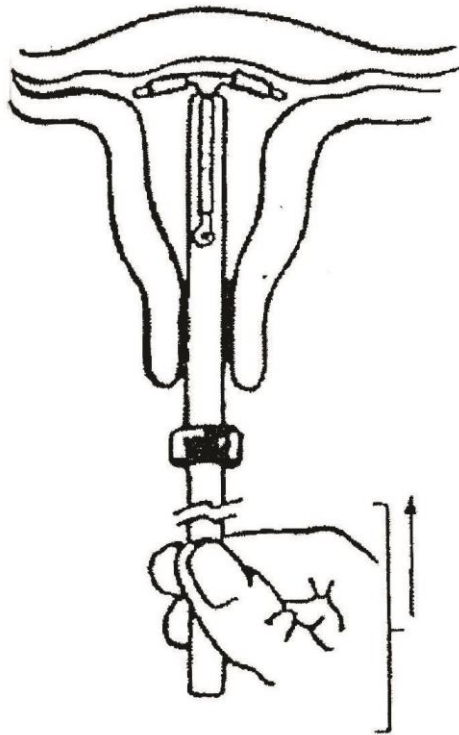
სურათი 1



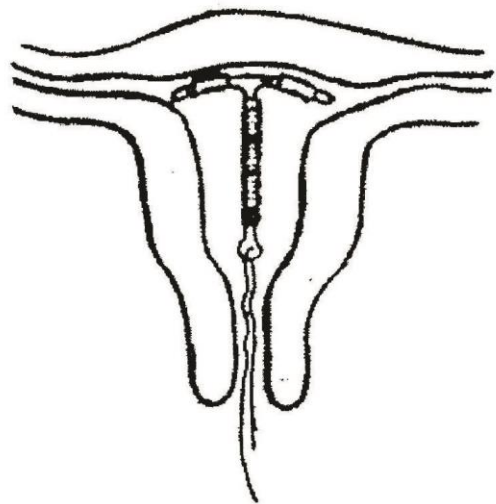
სურათი 2



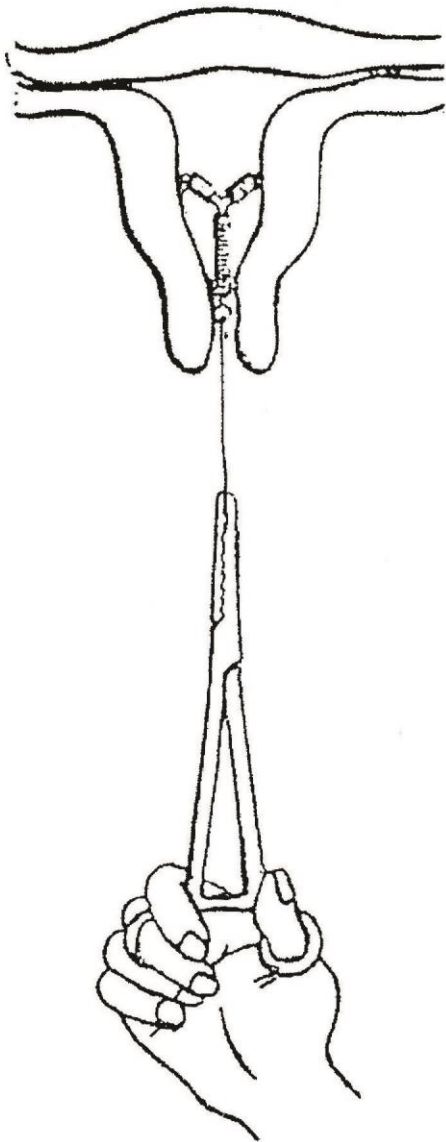
ბ)



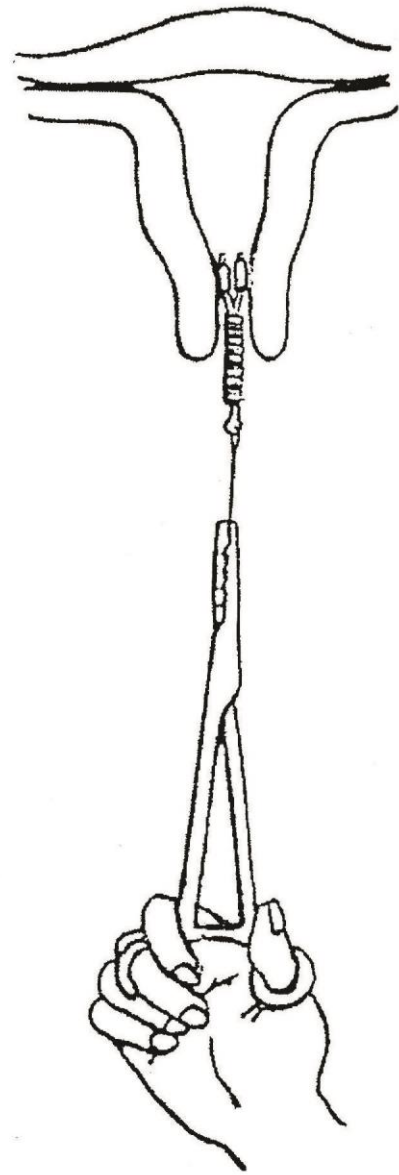
გ)



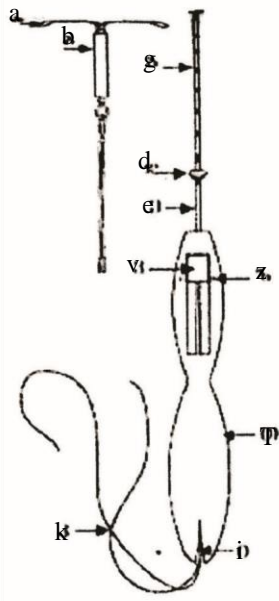
სურათი 3



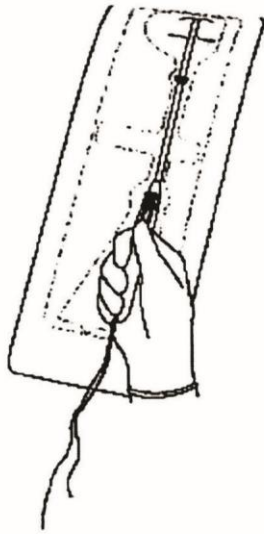
ბ)



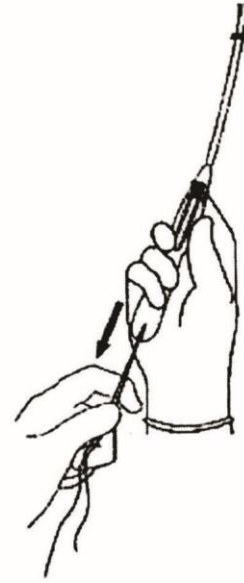
სურათი 4



სურათი 5



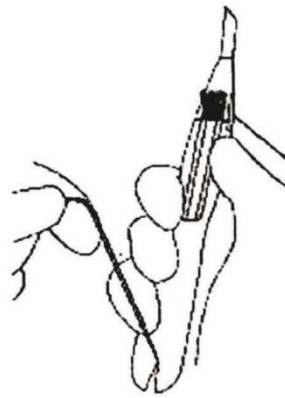
სურათი 6



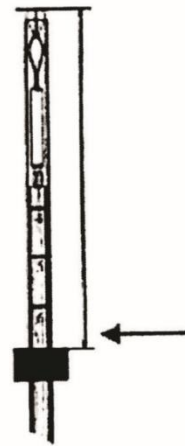
სურათი 7



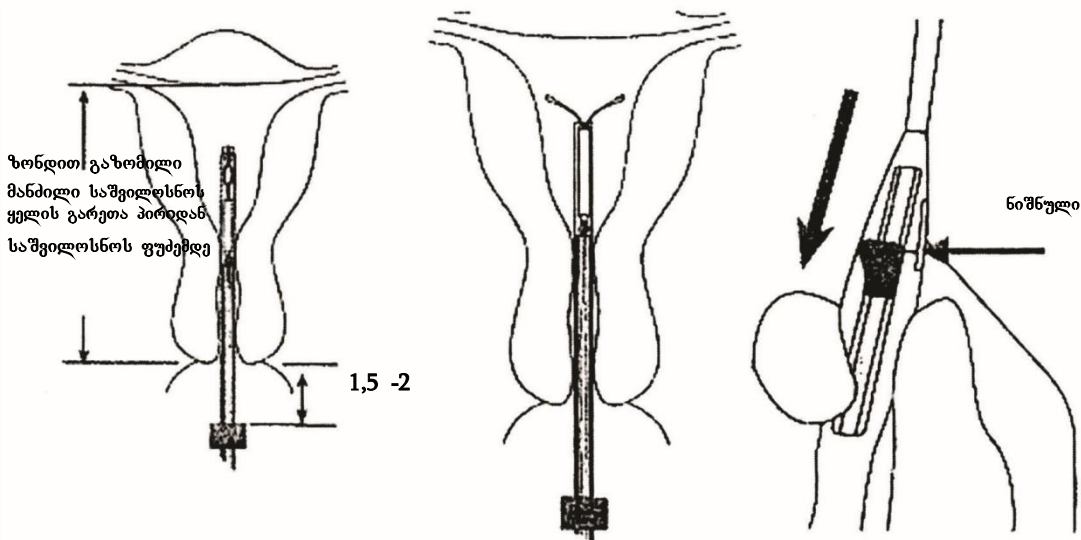
სურათი 8



სურათი 9



სურათი 10



ზონდით გაზომილი
მანძილი საშვილსნოს
ფელის გარეთა პირიდან
საშვილსნოს ფუძემდე

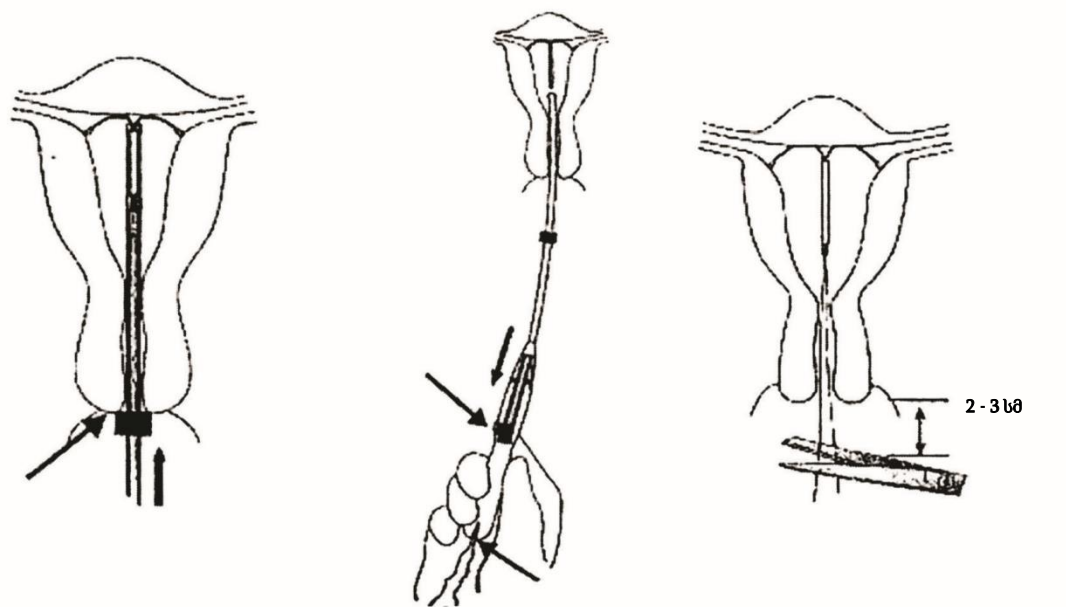
1,5 -2

ნიშნული

სურათი 11

სურათი 12ა

სურათი 12ბ



2 - 3 სმ

სურათი 13

სურათი 14

სურათი 15

მირენას ამოღება

მირენას ამოსაღებად ფრთხილად მოქაჩეთ ძაფები დამჭერით.

განსაკუთრებული მითითებები

საიმედო კონტრაცეპციის უზრუნველსაყოფად სისტემა არ უნდა ამოვიღოთ მენსტრუალური ციკლის მე-5 დღის შემდეგ. წინააღმდეგ შემთხვევაში ამოღებამდე 5 დღით ადრე საჭიროა დავიწყოთ კონტრაცეპციის სხვა საშუალებების (მაგალითად პრეზერვატივის) გამოყენება. თუ ქალს აქვს ამენორეა, მან ბარიერული მეთოდის გამოყენება უნდა დაიწყოს სისტემის ამოღებიდან 5 დღით ადრე და გააგრძელოს მენსტრუაციის აღდგენამდე.

ამოღებული მირენას ნაცვლად ახლის ჩადგმა შეიძლება ძველი სისტემის ამოღებისთანავე. ამ შემთხვევაში კონტრაცეპციის დამატებითი საშუალებების გამოყენება საჭირო არ არის.

ინსტრუქციები პაციენტისთვის

- სმს აქვს დაუყოვნებელი ეფექტი (სქესობრივი კავშირი შეგიძლიათ იქონიოთ დაუყოვნებლივ, თუ ახალნამშობიარევი არ ხართ). ჩადგმიდან რამდენიმე დღის განმავლობაში შეიძლება ადგილი ჰქონდეს სისხლდენას ან სისხლიან გამონადენს. ნუ შეშფოთდებით ასეთ შემთხვევაში;
- **სპილენძის TCu380A სმს ვარგისიანობა 10 წელია** ჩადგმის მომენტიდან (მიეცით პაციენტს ბარათი, სადაც მითითებული იქნება ჩადგმის თარიღი და ხანგრძლივობა);
- **მიმართეთ ექიმს შემოწმებისთვის** ჩადგმიდან პირველი მენსტრუაციის შემდეგ (სამი-ექვსი კვირის შემდეგ), მაგრამ არაუგვიანეს სამი თვისა (დაუნიშნეთ პაციენტს მომდევნო ვიზიტის დღე წასვლამდე);
- **პირველი რამდენიმე მენსტრუაცია შეიძლება იყოს უფრო ინტენსიური, უფრო ხანგრძლივი და უფრო მტკივნეული**, ეს არ არის საშიში. მაგრამ, თუ სისხლდენა ჩვეულებრივზე ორჯერ ხანგრძლივია, ან თუ გჭირდებათ ჩვეულებრივზე ორჯერ მეტი რაოდენობით საფენი ან ტამპონი, მიმართეთ ექიმს;
- ჩადგმიდან პირველი თვის განმავლობაში, მათ შორის პირველი მენსტრუაციის შემდეგ, რამდენჯერმე შეამოწმეთ ძაფები. შემდგომში, შეამოწმეთ ძაფები ყოველი მენსტრუაციის შემდეგ. მენსტრუაციის დროს შეამოწმეთ საფენები, ტამპონები, აგრეთვე ტუალეტი.

შეამოწმეთ ძაფები ყველა ჩამოთვლილ შემთხვევაში:

- მოვლითი ტკივილები მუცლის ქვემო ნაწილში;
- სისხლიანი გამონადენი მენსტრუაციებს შორის ან სქესობრივი კავშირის შემდეგ;
- ტკივილი სქესობრივი კავშირის შემდეგ, ან ქმრის/პარტნიორის მიერ დისკომფორტის შეგრძნება სქესობრივი კავშირისას.

ჩამოთვლილ სიმპტომთაგან ნებისმიერი შეიძლება მიუთითებდეს სმს გამოვარდნაზე. თუ ეს სიმპტომები გრძელდება, ან გასინჯეთ ნახულობთ, რომ ძაფები დაგრძელდა, ან დამოკლდა, ან აღარ ისინჯება, ან საშოში ისინჯება სმს მკვრივი ნაწილი (პლასტმასი), მიმართეთ ექიმს შესამოწმებლად. თუ სიმპტომები შეწყდა, მაგრამ ძაფებს ვერ პოულობთ, ეს შეიძლება ნიშნავდეს, რომ სმს უკვე გამოვარდა. დაუყოვნებლივ უნდა მიმართოთ ექიმს გასასინჯად, და გამოიყენოთ სხვა კონტრაცეპტული მეთოდი ახალი სმს ჩადგმამდე. ყველაზე ხშირად სმს ვარდება მენსტრუაციისას.

სშს ძაფების გასინჯვა:

- დაიბანეთ ხელები;
- შეიტანეთ საჩვენებელი ან შუა თითი საშოში და მოძებნეთ საშვილოსნოს ყელი. ის მკვრივია, როგორც ცხვირის წვერი;
- მოძებნეთ ძაფები. თუ ძაფები ისინჯება და ისეთივეა, როგორც წინა გასინჯვისას, ეს ნიშნავს, რომ სშს თავის ადგილზეა. არასდროს მოქაჩოთ ძაფებს. ამან შეიძლება გამოაგდოს სშს და დააზიანოს ყელი;
- თუ ვერ პოულობთ ძაფებს, ან ისინი უფრო გრძელი ან მოკლეა, ვიდრე ბოლოს იყო, ან ისინჯება ყელიდან გამოსული სშს ვერტიკალური ღერძი, მიმართეთ კლინიკას გასასინჯად. არ იქონიოთ სქესობრივი კავშირი, სანამ არ ჩაგიდგამენ ახალ სპირალს, ან გამოიყენეთ სხვა კონტრაცეპტული მეთოდი.

პაციენტმა სასწრაფოდ უნდა მიმართეთ კლინიკას ნებისმიერ ქვემოთ ჩამოთვლილ შემთხვევაში:

- მენსტრუაციის დაგვიანება და ორსულობის ნიშნები (გულისრევა, სარძევე ჯირკვლების მტკივნეულობა და ა.შ.). სშს ძალიან ეფექტურია, მაგრამ არ არის გამორიცხული წარუმატებლობაც, თუნდაც სწორი ჩადგმის შემთხვევაში. ის ბოლომდე ვერ გიცავთ საშვილოსნოსგარე ორსულობისგანაც. თუ დაორსულდით, სშს უნდა ამოიღოთ, რადგან მისი დატოვების შემთხვევაში მეტია თვითნებითი აბორტის და მენჯის ღრუს ორგანოების ინფექციის რისკი;
- მუდმივი ან მოვლითი ტკივილი მუცლის ქვემო ნაწილში, განსაკუთრებით თუ მას თან ახლავს გულისრევა, ცხელება, ან შემცივნება (ეს სიმპტომები მიუთითებს მენჯის ღრუს ინფექციის შესაძლებლობაზე). ჩადგმიდან პირველი თვის განმავლობაში გარკვეულწილად მომატებულია საშვილოსნოს და/ან ფალოპის მილების ინფექციის განვითარების რისკი. თუმცა, თუ სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების რისკის წინაშე არ იმყოფებით (მაგ. თქვენ და/ან თქვენს პარტნიორს ერთზე მეტი სქესობრივი პარტნიორი არ გყავთ), ნაკლებად მოსალოდნელია მენჯის ღრუს ინფექცია დაგემართოთ;
- ძაფების დაკარგვა, ან სშს პლასტმასის ბოლოს მოსინჯვა ძაფების შემოწმებისას;
- პაციენტი ან მისი პარტნიორი იწყებს სქესობრივი ურთიერთობას სხვებთან. სშს არ იცავს გენიტალური ტრაქტის სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისგან, მათ შორის B ჰეპატიტისა და შიდსისაგან. თუ არსებობს შანსი, რომ პაციენტი ან მისი პარტნიორი იმყოფებიან სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების რისკის წინაშე, მათ სშს-თან ერთად უნდა გამოიყენონ პრეზერვატივები და/ან სპერმიციდები.

პაციენტების შემდგომი მეთვალყურეობა

ჩვეულებრივ, პაციენტები შესამომწებლად უნდა მოვიდნენ სშს ჩადგმიდან პირველი მენსტრუაციის შემდეგ (4-6 კვირის შემდეგ), მაგრამ არაუგვიანეს სამი თვისა.

პირველ რეგულარულ გასინჯვაზე:

- გამოიკითხეთ პრობლემების, გართულებების ან გვერდითი მოვლენების შესახებ;
- უპასუხეთ პაციენტის კითხვებს;
- ჩაატარეთ გასინჯვა სარკეებით და ბიძანუალურად:
 - ძაფების სანახავად;
 - საშოდან გამონადენის ან ცერვიციტის სანახავად, რომელთა არსებობაც სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებაზე მიუთითებს.

გვერდითი მოვლენები და გართულებები

სისხლდენა – სპილენძის შემცველი სშს-ს მოხმარებისას 50% იზრდება მენსტრუალური გამონადენის რაოდენობა და ხანგრძლივობა. სპილენძის შემცველი სშს-ს ამოღების ძირითად ჩვენებას მენსტრუალური ციკლის დარღვევები წარმოადგენს. ლევონორგესტრელის შემცველი სშს კი პირიქით ამცირებს მენსტრუალური გამონადენის რაოდენობას და პაციენტთა 20-30%-ში ამენორეა ვითარდება, რაც მომხმარებელ ქალებს დისკომფორტს უქმნის. ლევონორგესტრელის შემცველი სშს მომხმარებელ ქალებს პირველი 3-6 თვემდე აღენიშნებათ არარეგულარული მენსტრუალური ციკლი, ხშირად ხდება ციკლის და ჩამონაშალის არსებობის გახანგრძლივება ადრე არსებულთან შედარებით. ამის შემდეგ სისხლდენები მცირდება და სშს ჩადგმიდან 12 თვის შემდეგ ლევონორგესტრელის შემცველი სშს-ს მომხმარებელ ქალთა 20-30%-ს უვითარდება ამენორეა.

ექსპულსია – ექსპულსია სშს იშვიათ გართულებას წარმოადგენს, აღენიშნება მომხმარებელთა 5%-ს და ისიც მხოლოდ ჩადგმიდან პირველი სამი თვის განმავლობაში. რისკი მომატებულია არანამშობიარებ ქალებში და მათ შორის იმ კონტიკენტს შორის, ვისაც აღენიშნება მწვავე დისმენორეა და მენსტრუალური ციკლის დარღვევები. თუ სშს ჩადგმა მოხდა უშუალოდ მშობიარობის დასრულებისას, სშს გამოყენებიდან 12 თვის შემდეგ ექსპულსიის რისკი საკმაოდ მაღალია – 10-25%, ამდენად ნაჩვენებია, რომ სშს ჩადგმა უნდა მოხდეს პლაცენტის გამოძევებიდან არა უადრეს 10 წთ-ის და არა უგვიანეს 48 საათის შემდეგ. ექსპულსიის განვითარების მაღალი სიხშირე აღენიშნება იმ პაციენტებში, რომლებმაც უშუალოდ მშობიარობის შემდეგ (დაუყოვნებლივ) ჩაიდგეს სშს, ვიდრე მათ, რომლებმაც კონტრაცეპციის ამ მეთოდს მიმართეს ორსულობისა და მშობიარობისგან დამოუკიდებლად. ექსპულსიის რისკი ასევე მაღალია მეორე ტრიმესტრის აბორტების შემდეგ – 20%. პირველი ტრიმესტრის აბორტების შემთხვევაში ექსპულსიის რისკი უტოლდება 5%. ზოგიერთ შემთხვევაში ქალმა შესაძლოა ვერ შეამჩნიოს ექსპულსია, რის შედეგადაც იზრდება არასასურველი ორსულობის რისკი.

საშვილოსნოს პერფორაცია – საშვილოსნოს პერფორაცია სშს-ის იშვიათ გართულებას წარმოადგენს და მისი განვითარების სიხშირეა 1:770-1600 ჩადგმულ სშს-ზე. პერფორაცია ვითარდება სშს ჩადგმისას, როდესაც სშს ნაწილი ემაგრება საშვილოსნოს კედელში. გამოკვლევების საფუძველზე დადგინდა, რომ პერფორაციის შემდეგ სერიოზული გართულებების განვითარების რისკი საკმაოდ დაბალია და ქირურგიული ჩარევა მხოლოდ იშვიათ შემთხვევებში ხდება აუცილებელი.

მცირე მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადებები – ადრეული გამოკვლევები მიუთითებდნენ პირდაპირ კავშირს სშს და მცირე მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადებებს შორის. ეს მოსაზრება უარყოფილ იქნა შემდგომი გამოკვლევებით, როდესაც სშს-ის მომხმარებელთა შედარებას ახდენდნენ საკონტროლო ჯგუფთან – ქალები, რომლებიც არ მოიხმარდნენ სშს-ს. დადგინდა, რომ სშს-ს მომხმარებელთა შორის ხშირად ხდებოდა ჰიპერდიაგნოსტიკა და პაციენტთან (მომხმარებელთან) არ ხდება პირად საკითხებზე საუბარი (პარტნიორთა რაოდენობა, ა.შ.). ერთ-ერთი გამოკვლევის თანახმად სშს-ს მომხმარებელთა შორის 10-ჯერ მეტია სალპინგიტის სიხშირე, არამომხმარებელთან შედარებით. როდესაც ეს მონაცემები გადაისინჯა, აღმოჩნდა, რომ ინფექციების განვითარების რისკი არაა 10-ჯერ, არამედ 1,8-ჯერ აღემატება საკონტროლო ჯგუფს, აქ ალბათ გათვალისწინებული უნდა იქნას სხვადასხვა პირადი პრობლემები, პარტნიორთა რაოდენობა და სხვადასხვა გაუთვალისწინებელი შემთხვევები.

ბოლო პერიოდის გამოკვლევების თანახმად მცირე მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადებები არ აღინიშნება სშს მომხმარებელთა შორის. ჯანმოს კვლევების თანახმად, მცირე მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადებების მხოლოდ უმნიშვნელო მატება აღინიშნება სშს მომხმარებელ ქალთა შორის, ისიც ჩადგმიდან პირველი 20 დღის განმავლობაში, რაც სავარაუდოდ სშს ჩადგმისას ენდომეტრიუმის კონტამინაციით უნდა აიხსნას. სარწმუნო მონაცემებზე დაყრდნობით შესაძლოა ვივარაუდოთ, რომ მცირე მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადებების განვითარება სშს ჩადგმიდან 1 თვის შემდეგ საკმაოდ იშვიათად ვითარდება. სხვა გამოკვლევების თანახმად მცირე მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადებების განვითარება ხდება ძირითადად ქალთა იმ კონტიგენტში, რომლებიც წარმოადგენენ სგგი-ს რისკ-ჯგუფს. უფრო ზუსტად, ქალებს, რომელთაც ჰყავთ მრავალი სქესობრივი პარტნიორი, აქვთ ინფექციების განვითარების მაღალი რისკი, რაც შესაბამისად არ უკავშირდება სშს. შესაბამისად იმ პაციენტებს, რომელთაც აქვთ სგგი განვითარების დაბალი რისკი, იშვიათად უვითარდებათ სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებები.

ექტოპიური ორსულობა – სშს-ის გამოყენებისას არ იზრდება ექტოპიური ორსულობის რისკი, არამედ ის ამცირებს როგორც საშვილოსნოს ღრუს, ისე საშვილოსნოსგარე ორსულობის განვითარების რისკს. მიუხედავად ამისა, სშს მომხმარებელთა შორის მაინც აღინიშნება ექტოპიური ორსულობის განვითარების მომატებული რისკი. იმ ქალებთან შედარებით, რომლებიც არ მიმართავენ სშს-ს. ეს შეიძლება აიხსნას სშს-ის მოქმედებით დაიცვას ქალი მხოლოდ საშვილოსნოს ღრუს და არა ექტოპიური ორსულობის განვითარებისაგან. ხანგრძლივი დაკვირვებების შედეგად, დადგინდა, რომ სპილენძის შემცველი სშს-ის მოხმარებისას ექტოპიური ორსულობა აღინიშნება 0,09:1000 ქალზე და 10 წლის განმავლობაში 0,8:100. ლევონორგესტრელის შემცველი სშს-ს მომხმარებელთა შორის 1 წლის მანძილზე ექტოპიური ორსულობა 0,04:100 და 5 წლის განმავლობაში 0,2:100.

უნაყოფობა – ადრე არსებული წარმოდგენები სშს-ს მოხმარებისას მცირე მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადებების განვითარების მომატებული რისკის შესახებ, უარყოფილი იყო ბოლოდროინდელი გამოკვლევებით. დადგინდა, რომ მილისმიერი უნაყოფობა არანამშობიარებ ქალებში უკავშირდება არა სშს-ს გამოყენებას, არამედ ქლამიდიურ ინფექციებს. ჯანმოს მონაცემების თანახმად, სშს-ის ამოღების შემდეგ ქალის რეპროდუქციული ფუნქცია სწრაფად აღდგება.

ჩატარებული კვლევების შედეგად ნანახი იქნება, რომ სპილენძის შემცველი სშს-ს ამოღების შემდეგ 24 თვის მანძილზე დაორსულდა 72 ქალი, ერთს დაჭირდა გამოკვლევა უნაყოფობასთან დაკავშირებით, 74-ს ორსულობა არ სურდა. 39 თვის შემდეგ ყველა – 97 ქალი დაორსულდა. ამდენად, სშს-ს ამოღების შემდეგ რეპროდუქციული ფუნქცია აღდგება სწრაფად და ამ სპექტრში არ განსხვავდება კონტრაცეპციის სხვა მეთოდებისაგან.

სშს გამოყენება არანამშობიარებ ქალებში – წლების მანძილზე ითვლებოდა, რომ სშს-ს გამოყენება არ შეიძლება არანამშობიარებ ქალებში, ვინაიდან ის იწვევს უნაყოფობის განვითარებას. აშშ-ში არსებული სშს-ს გამოყენებისას ყოველთვის მიუთითებენ, რომ სშს რეკომენდირებულია მათთვის, ვისაც ჰყავს ერთი შვილი მაინც. 4 წლიანი გამოკვლევების შედეგად დადგინდა, რომ სპილენძის შემცველი სშს-ს მოხმარებისას ექსპულსიის განვითარების რისკი ნაკლებია არანამშობიარებ ქალებში, ნამშობიარებ ქალებთან შედარებით. პერლის ინდექსი არანამშობიარებ ქალებში შეადგენს 1,5:100 ქალზე / წელიწადში და ნამშობიარებში კი – 2,5:100. პერლის ინდექსის ექსპულსიის შემთხვევაში არანამშობიარებ ქალებში შეადგენს 2,1:100 ქალზე / წელიწადში, ნამშობიარებში კი 2,5:100. არ აღინიშნა მცირე მენჯის ღრუს ანთების დაავადების არცერთი შემთხვევა არანამშობიარებ ქალებში. ჯანმოს მიერ შემუშავებული კრიტერიუმებით არანამ-

შობიარებ ქალებს აქვთ სშს-ს გამოყენების უპირატესობა და ადრე არსებული თეორიული და პრაქტიკული მაჩვენებლები გადახედვას მოითხოვს.

სშს გამოიყენება აივ-პოზიტიურ ქალებში – უკანასკნელ წლებში ითვლებოდა, რომ სშს-ს გამოყენება არ არის რეკომენდირებული ქალებში, ვინაიდან მატულობს მცირე მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადებების განვითარების და აივ-ტრანსმისის (გადაცემის) რისკი ქალიდან მამაკაცზე. დღეისათვის არსებული მონაცემებით სშს შესაძლოა გამოიყენონ აივ-პოზიტიურმა ქალებმა სათანადო გამოკვლევების ჩატარების შემდეგ.

სშს-ს არაკონტრაცეპტული მიზნით გამოყენება

არსებობს მონაცემები, რომ გარდა კონტრაცეპციისა, სშს-ს გამოყენება ამცირებს ენდომეტრიუმის და საშვილონოს ყელის სიმსივნის განვითარების რისკს, თუმცა უნდა აღინიშნოს რომ ეს მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნო არ არის. ლევონორგესტრელის შემცველი სშს ამცირებს მენსტრუალურ გამონადენს და ამდენად მისი გამოყენება ეფექტურია იდიოპათიურია მენორაგიის სამკურნალოდ. სშს შეიძლება გამოყენებულ იქნას მენორაგიის მკურნალობის მიზნით ენდომეტრიუმის აბლაციის და ჰისტერექტომიის ალტერნატიულ მეთოდად. 5 წლიანი გამოკვლევების შედეგად დადგინდა, რომ ლევონორგესტრელის შემცველი სშს მომხმარებელთა 80 %-ს არ ჩაუტარდა ჰისტერექტომია, მაშინ როდესაც ქალთა იმ ჯგუფში, სადაც სშს-ს არ მოიხმარდნენ ეს მაჩვენებელი 9%-ს არ აღემატებოდა. დღეისათვის მოწოდებულია მოსაზრება ლევონორგესტრელის შემცველი სშს-ის გამოყენების შესახებ პოსტმენოპაუზალურ პერიოდში. ერთ-ერთი გამოკვლევების მიხედვით, ქალები პოსტმენოპაუზალურ პერიოდში იყენებდნენ ორალურ ან ტრანსდერმალურ ესტროგენებს და ლევონორგესტრელშემცველ სპირალს 5 წლის განმავლობაში. ჰისტოლოგიური გამოკვლევებით დადგინდა, რომ ლევონორგესტრელშემცველ სშს-ს გამოყენება მკვეთრად ამცირებს ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიის განვითარების რისკს.

ბოლო ხანებში ლიტერატურაში გამოჩნდა მონაცემები, სადაც ლევონორგესტრელის შემცველი სშს ეფექტურად გამოიყენება ადენომიოზის, ლეიომიომისა და ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიის სამკურნალოდ.

საშვილოსნოშიგა საშუალებები

(განკუთვნილია რეპროდუქტოლოგებისათვის, მეან-გინეკოლოგებისათვის)

სშს გამოყენების უკუჩვენებები:

- ორსულობა (დიაგნოსტირებული ან საეჭვო) (4 კატეგორია);
- მშობიარობის შემდგომი ან აბორტისშემდგომი სეფსისი (4 კატეგორია);
- საშვილოსნოს ანატომიური ანომალიები და ფიბროიდები, რომლებიც ფორმას უცვლიან საშვილოსნოს ღრუს (4 კატეგორია);
- მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ანთებითი დაავადებები (4 კატეგორია) (ბოლო 3 თვის განმავლობაში);
- სქესობრივი დაავადებები (ჩირქოვანი ცერვიციტი, ქლამიდიური ინფექცია, ან გონორეული ინფექცია) (4 კატეგორია);
- სქესობრივი გზით გადადები დაავადების მაღალი რისკი (ქალს ან მის პარტნიორს ჰყავს ერთზე მეტი სქესობრივი პარტნიორი) (3 კატეგორია);
- აუხსნელი ეტიოლოგიის სისხლდენა (4 კატეგორია);
- ავთვისებიანი ტროფობლასტური დაავადებები (4 კატეგორია);

- კეთილთვისებიანი ტროფობლასტური დაავადებები (3 კატეგორია);
- საშვილოსნოს ყელის კიბო (4 კატეგორია);
- ენდომეტრიუმის კიბო (4 კატეგორია);
- საკვერცხეების კიბო (3 კატეგორია);
- მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ტუბერკულოზი (4 კატეგორია).

ჰორმონშემცველ სშს გააჩნია დამატებითი უკუჩვენებები:

- ღრმა ვენებისა და ფილტვის არტერიის ემბოლია (4 კატეგორია);
- შაკიკი ნევროლოგიური სიმპტომებით (3 კატეგორია);
- ძუძუს კიბო ამჟამად ან ანამნეზში (4 კატეგორია);

სშს ჩადგმის მსურველ პაციენტთა სკრინინგული კითხვარი

სამედიცინო პირის კითხვები	არა	დიახ	სამედიცინო პირის ინსტრუქციები (და მათი საფუძველი)
დაუსვით პაციენტს შემდეგი კითხვები:			თუ პაციენტის პასუხია „დიახ“, მიყევით ქვემოთ მოყვანილ ინსტრუქციებს:
1. თქვენი მშობიარობიდან ოთხ კვირაზე ნაკლები დროა გასული?			1. ნუ ჩადგამთ, არ არის რეკომენდებული სშს ჩადგმა მშობიარობიდან პირველი 48 საათის გასვლის შემდეგ ოთხ კვირამდე. ამ პერიოდის განმავლობაში საშვილოსნოს პერფორაციის რისკი გაზრდილია, რადგან საშვილოსნო სწრაფი ინვოლუციის (შეჭმუხვნის) პროცესშია.
2. ბოლო ოთხი კვირის განმავლობაში გადაიტანეთ თვითნებითი ან ხელოვნური აბორტი?			2. ქალებს, რომელთაც ახლახანს გადაიტანეს თვითნებითი ან ხელოვნური აბორტი, შეიძლება ჩაეღვათ სშს, თუ მენჯის ღრუს გასინჯვით ინფექციის ნიშნები არ აღინიშნება.
3. არის შანსი, რომ ორსულად იყოთ? ხომ არ დაგიგვიანდათ მენსტრუაცია?			3. ნუ ჩადგამთ სშს, თუ არსებობს შანსი, რომ პაციენტი ორსულად იყოს. ჩაატარეთ მენჯის ღრუს გასინჯვა ან ორსულობის ტესტი (თუ ხელთ გაქვთ). თუ არ ხართ დარწმუნებული შედეგში, ურჩიეთ დროებით ბარიერული მეთოდის გამოყენება და თხოვეთ პაციენტს, მოვიდეს ოთხი კვირის ან მენსტრუაციის დაწყების შემდეგ.
4. თვლით, რომ მენსტრუაციისას უჩვეულოდ ინტენსიური, ან შედარებით უფრო ინტენსიური სისხლდენა გაქვთ? რამდენ დღეს			4. თუ რომელიმე კითხვაზე პასუხია „დიახ“, ურჩიეთ პაციენტს, სხვა ეფექტურ მეთოდზე იფიქროს. აუხსენით, რომ სშს გამოიწვევს კიდევ უფრო

<p>გაგირძელდება? რამდენად ხშირად გიწევთ საფენე-ბის/ტამპონების გამოცვლა? ხშირად გაქვთ ისეთი ძლიერი მენსტრუალური ტკივილი, რომელიც ყოველდღიური საქმიანობის შეზღუდვას იწვევს?</p>			<p>ინტენსიურ სისხლდენას, რის შედეგადაც შეიძლება ანემია განუვითარდეს. სშს შეიძლება გააძლიეროს ტკივილებიც. თუ პაციენტს მაინც სურს სშს ჩადგმა, ჩაუდგით და თხოვეთ, მოგმართოთ სისხლდენის ან ტკივილების გაძლიერების შემთხვევაში.</p>
<p>5. ბოლო სამი თვის განმავლობაში გქონიათ უჩვეულოდ ინტენსიური მენსტრუალური სისხლდენა, ან სისხლდენა ციკლის შუაში, ან სქესობრივი კავშირის შემდეგ?</p>			<p>5. ნუ ჩადგამთ სშს დიაგნოზის დასამდგე. ეს სიმპტომები შეიძლება მიუთითებდეს სამედიცინო პრობლემებზე, როგორცაა ცერვიციტი, ყელის პოლიპები, ან იშვიათად კიბო. ეძიეთ ამ მდგომარეობათა ნიშნები სარკეებითა და ბიძანუალური გასინჯვისას.</p>
<p>6. ბოლო სამი თვის განმავლობაში გქონიათ ცხელება ან შემცივნება, რომელსაც თან ახლდა ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილში და/ან გამონადენი? ხომ არ გაწუხებთ მენჯის ღრუს ორგანოების ქრონიკული ანთებითი დაავადებები?</p>			<p>6. ნუ ჩადგამთ სშს ამ სიტუაციაში. ეს სიმპტომები შეიძლება მიუთითებდეს ანთებით დაავადებებზე. მენჯის გასინჯვისას ეძიეთ მტკივნეულობის, გამონადენის, დაჭიმულობის ნიშნები. ურჩიეთ პრეზერვატივების გამოყენება. უმკურნალეთ პაციენტსაც და მის პარტნიორსაც. სშს შეიძლება ჩაიდგას განკურნებიდან სამი თვის შემდეგ, თუ მოსალოდნელი არ არის რეინფექცია.</p>
<p>7. შემდეგი კითხვების დასვამდე დაარწმუნეთ პაციენტი, რომ პასუხები კონფიდენციალურად იქნება შენახული:</p> <ul style="list-style-type: none"> • რამდენადაც თქვენთვის არის ცნობილი, ჰყავს თქვენს სქესობრივ პარტნიორს სხვა სქესობრივი პარტნიორებიც თქვენს გარდა? • გყავთ ერთზე მეტი სქესობრივი პარტნიორი? 			<p>7. თუ ერთ ან ორივე კითხვაზე პასუხია „დიახ“, პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს სკრინინგი სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების კუთხით. ჩაუტარეთ პაციენტს კონსულტაცია აივ ინფექციისა და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების შესახებ, დაეხმარეთ კონტრაცეპციის სხვა მეთოდის შერჩევაში და ურჩიეთ პრეზერვატივის და/ან სპერმიციდების გამოყენება ამ დაავადებებისაგან თავდაცვის მიზნით.</p>
<p>8. ხომ არ გაქვთ რომელიმე გინეკოლოგიური ორგანოს კიბო, კეთილთვისებიანი ან ავთვისებიანი ტროფობლასტური დაავადება – ან მენჯის ღრუს ორგანოების ტუბერკულოზი?</p>			<p>8. ნუ ჩადგამთ სშს. დაეხმარეთ სხვა ეფექტური მეთოდის შერჩევაში.</p>

გვერდითი მოვლენები და მართვა

გვერდითი მოვლენა	შეფასება	მართვა
ამენორეა	<p>ჰკითხეთ პაციენტს:</p> <ul style="list-style-type: none"> • როდის ჰქონდა ბოლო მენსტრუაცია; • როდის მოსინჯა ბოლოს სშს ძაფები <ul style="list-style-type: none"> • შეამოწმეთ ორსულობის არსებობა (საშვილოსნოს ღრუს ან საშვილოსნოსგარე) ანამნეზით, სიმპტომების შემოწმებით და საშოსმხრივი გასინჯვით (სარკეებით და ბიმანუალურად) ან ორსულობის ტესტით, თუ ნაჩვენებია და ხელმისაწვდომია. • აწარმოეთ საშოსმხრივი გასინჯვა (სარკეებით და ბიმანუალურად) ძაფების შესამოწმებლად 	<ul style="list-style-type: none"> • თუ პაციენტს ჩადგმული აქვს პროგნოსტიკული სშს, აუხსენით, რომ ამენორეა დასაშვებია, და რომ სისხლი არ გროვდება საშვილოსნოს ღრუში ან სხეულის სხვა ნაწილში. თუ პაციენტი 45 წელზე მეტი ასაკისაა, აუხსენით, რომ ამენორეა შესაძლებელია მენოპაუზით იყოს გამოწვეული. • თუ არ არის ორსულად, არ ამოიღოთ სშს, ჩაუტარეთ კონსულტაცია და დაამშვიდეთ, თუ პაციენტი მაინც შფოთავს, გააგზავნეთ გამოკვლევებზე ამენორეის მიზეზის დასადგენად. • თუ ორსულობა 10-12 კვირაზე ნაკლები ვადისაა (ბოლო მენსტრუალური პერიოდის მიხედვით ან გასინჯვით ან ულტრასონოგრაფიით) და ძაფები ჩანს, აუხსენით, რომ საჭიროა სშს ამოღება მენჯის ღრუს ინფექციის რისკის მინიმიზაციისთვის. თუ პაციენტი თანახმაა, ამოიღეთ სშს. ურჩიეთ მოგმართოთ ჭარბი სისხლდენის, მოვლითი ტკივილის, ცუდი სუნის მქონე გამონადენის ან ცხელების შემთხვევაში (მოსალოდნელი ან არასრული აბორტი). <p>ნუ შეეცდებით სშს ამოღებას, თუ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ძაფები არ ჩანს, ან ორსულობა 10-12 კვირაზე მეტი ვადისაა (ბოლო მენსტრუაციური პერიოდის მიხედვით ან გასინჯვით ან ულტრასონოგრაფიით); • თუ პაციენტი ორსულადაა და სურს ორსულობის შენარჩუნება, მაგრამ არ სურს სშს ამოღება აუხსენით, რომ ასეთ შემთხვევაში მეტია თვითნებითი აბორტის და

		ინფექციის რისკი და რომ აუცილებელი იქნება ორსულობაზე გაძლიერებული მეთვალყურეობა.
არარეგულარული სისხლდენა (ორსულობის სიმპტომებით ან მათ გარეშე)	<ul style="list-style-type: none"> • აწარმოეთ აბდომინალური და საშოსმხრივი გასინჯვა (სარკეებით და ბიმანუალურად), შეამოწმეთ ინფექციის ნიშნები, ტკივილი ან მტკივნეულობა მენჯის არეში, პალპირებადი წარმონაქმნი დანამატების არეში ან საშვილოსნოს გადიდება (ორსულობის შესაბამისი) 	<ul style="list-style-type: none"> • საშვილოსნოსგარე ორსულობაზე ექვის შემთხვევაში გააგზავნეთ სრული გამოკვლევისთვის. საშვილოსნოსგარე ორსულობაზე ექვი უნდა იქნას მიტანილი არარეგულარული სისხლდენის ან მუცლის არეში ტკივილის შემთხვევაში. • ინფექციაზე ექვის შემთხვევაში იხ. მენჯის ღრუს ინფექცია ამავე ცხრილში
საშვილოსნოსგარე ორსულობაზე ექვის შემთხვევაში გააგზავნეთ სრული გამოკვლევისთვის. საშვილოსნოსგარე ორსულობაზე ექვი უნდა იქნას მიტანილი არარეგულარული სისხლდენის ან მუცლის არეში ტკივილის შემთხვევაში ინფექციაზე ექვის შემთხვევაში იხ. მენჯის ღრუს ინფექცია ამავე ცხრილში	<ul style="list-style-type: none"> • აწარმოეთ საშოსმხრივი გასინჯვა (სარკეებით და ბიმანუალურად), რათა გამოირიცხოთ: <ul style="list-style-type: none"> ○ საშვილოსნოს ღრუს ან საშვილოსნოს გარე ორსულობა; ○ არასრული აბორტი; ○ საშოს, ყელის ან მენჯის ღრუს ინფექცია. • ჰკითხეთ პაციენტს, რამდენად ინტენსიურია სისხლდენა; • შეამოწმეთ ანემიის ნიშნების არსებობა (ფერმკრთალი კონიუნქტივა ან ფრჩხილები, დაბალი ჰემოგლობინი [$<9\text{გ/დლ}$] ან ჰემატოკრიტი [$<27\%$]) 	<p>სამ თვეზე ნაკლებია, რაც პაციენტს სშს აქვს ჩადგმული:</p> <ul style="list-style-type: none"> • თუ გასინჯვა პათოლოგიას არ გამოავლენს, დაამშვიდეთ და დაუნიშნეთ რკინის პრეპარატები (FeSO_4, თითო ტაბლეტში მინიმუმ 100 მგ რკინის შემცველობით ყოველდღიურად 1-დან 3 თვემდე). თხოვეთ, მოგმართოთ 3 თვის შემდეგ, სისხლდენის შესამცირებლად დაუნიშნეთ სიმპტომური მკურნალობა: პროგესტინი და არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები მაგ: იბუპროფენი (800 მგ 3Xდღეში 1 კვირის განმავლობაში) და ნორეთისტერონი (10 მგ) 10 დღიანი რეჟიმი; • თუ ბიმანუალური გასინჯვით ვლინდება გადიდებული ან უსწორმასწორო ფორმის საშვილოსნოს ფიბროიდების გამო, უთხარით პაციენტს ამის შესახებ და გააგზავნეთ გამოკვლევისათვის. ამოიღეთ სშს, თუ სისხლდენა ძლიერდება და ვითარდება ანემია, ან თუ პაციენტი ითხოვს მის ამოღებას და დაეხმარეთ სხვა მეთოდის შერჩევაში. <p>თუ სამ თვეზე მეტია, რაც პაციენტს</p>

		<p>სშს აქვს ჩადგმული:</p> <ul style="list-style-type: none"> • თუ გამოხატულია მნიშვნელოვანი ანემია, ურჩიეთ პაციენტს სშს ამოღება და სხვა მეთოდის შერჩევა. თუ სშს სპილენძის შემცველია და პაციენტს მაინც სშს გამოყენება სურს, ამოიღეთ იგი და ჩადგით ლევონორგესტრელის შემცველი საშუალება. სამი თვის განმავლობაში დაუნიშნეთ რკინის შემცველი ტაბლეტები და გამოიკვლიეთ სამი თვის შემდეგ. პროგესტინის შემცველი სშს არ არის ხელმისაწვდომი, ამოიღეთ სშს და დაეხმარეთ პაციენტს სხვა მეთოდის შერჩევაში.
<p>მოვლითი ტკივილები მუცლის ქვედა არეში</p>	<ul style="list-style-type: none"> • აწარმოეთ აბდომინალური და საშოსმხრივი გასინჯვა (სარკეებით და ბიმანუალურად); • გამოაკვლიეთ მენჯის ღრუს ორგანოების ანთებითი დაავადებაზე და ტკივილის სხვა გამომწვევ მიზეზებზე, როგორცაა: <ul style="list-style-type: none"> – სშს ნაწილობრივი გამოვარდნა; – ყელის ან საშვილოსნოს პერ-ფორაცია; – საშვილოსნოსგარე ორსულობა. 	<ul style="list-style-type: none"> • თუ ტკივილი ახლად გაჩენილია, ან გაძლიერდა, მიზეზი კი ნაპოვნია (მაგ: მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადება, საშვილოსნოსგარე ორსულობა, საშვილოსნოს პერფორაცია) უმკურნალეთ შესაბამისად; • თუ მიზეზი არ არის ნაპოვნი და ტკივილი არ არის ძლიერი, დაამშვიდეთ პაციენტი და დანიშნეთ ანთების სააწინააღმდეგო არასტეროიდული საშუალება; • თუ მიზეზი არ არის ნაპოვნი და ტკივილი ძლიერია, ამოიღეთ სშს. თუ ინფექციის ნიშნები არ არის, ჩადგით ახალი სშს (თუ შესაძლებელია, პროგესტინული) ან დაეხმარეთ პაციენტს სხვა მეთოდის შერჩევაში.
<p>პარტნიორის ჩივილები სშს ძაფებთან დაკავშირებით</p>	<ul style="list-style-type: none"> • დარწმუნდით, რომ სშს ადგილზეა (ხომ არ არის ნაჭილობრივ გამოვარდნილი ან ძაფები ხომ არ არის მოჭრილი საშვილოსნოს ყელის დონეზე) 	<ul style="list-style-type: none"> • აუხსენით პაციენტს, რომ შესაძლებელია ძაფების გადაჭრა საშვილოსნოს ყელის დონეზე, რის შემდეგაც ის ვეღარ შეძლებს ძაფების შემოწმებას. ჩაიწერეთ ეს პაციენტის ისტორიაში, რათა როდესაც პაციენტი სშს ამოსაღებად მოვა, სამედიცინო პირმა იცოდეს, რომ ძაფები ყელის დონეზეა გადაჭრილი.
<p>ძაფების დაკარგვა</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ჰკითხეთ პაციენტს, ხომ არ იცის, გამოვარდა თუ არა სშს 	<ul style="list-style-type: none"> • თუ პაციენტმა იცის, რომ სშს გამოვარდა, შეამოწმეთ, ხომ არ არის

	<ul style="list-style-type: none"> • თუ პაციენტმა არ იცის, გამოვარდა თუ არა სშს, ჰკითხეთ: <ul style="list-style-type: none"> – როდის ჰქონდა ბოლო მენსტრუაცია; – როდის მოსინჯა ბოლოს ძაფები; – ხომ არ აქვს ორსულობის ნიშნები; – იყენებდა თუ არა სხვა მეთოდს (მაგ: პრეზერვატივებს), მას შემდეგ, რაც ძაფებს ვედარ პოულობს. • შეამოწმეთ ორსულობის არსებობა სიმპტომებით, გასინჯვით ორსულობის ტესტით ან ულტრასონოგრაფიით. 	<p>ორსულად, თუ არ არის ორსულად, ჩადგით ახლა სშს, ან შესთავაზეთ დროებითი მეთოდი და ჩადგით ახალი სშს შემდეგი მენსტრუაციისას;</p> <ul style="list-style-type: none"> • თუ გასინჯვით ვლინდება ორსულობა, მართვის ალგორითმისთვის იხ. ზემოთ ამენორეა; • თუ გასინჯვით ვლინდება შესაძლო საშვილოსნოსგარე ორსულობა, გააგზავნეთ შესაბამისი სრული გამოკვლევისთვის; • თუ პაციენტი არ არის ორსულად და საშოსმხრივი გასინჯვით ძაფები არ იქნა ნაპოვნი, ეს შეიძლება ნიშნავდეს, რომ სშს გამოვარდა, ან გახვრიტა საშვილოსნო (ანუ საშვილოსნოს ღრუს გარეთ იმყოფება), ან ძაფები ავიდა საშვილოსნოს ღრუში. შეამოწმეთ სშს მდებარეობა გასინჯვით, ულტრასონოგრაფიით და რენტგენოგრაფიით; • თუ სშს არ იქნა ნაპოვნი, ეს შეიძლება ნიშნავდეს, რომ იგი გამოვარდა პაციენტის შეუმჩნევლად. ჩადგით ახალი სშს ან დაეხმარეთ პაციენტს სხვა მეთოდის შერჩევაში. • თუ სშს ნაპოვნი საშვილოსნოს ღრუში და პაციენტს სურს განაგრძოს მისი გამოყენება, დაამშვიდეთ ის, შეთანხმდით ყოველწლიურ შეხვედრებზე და შეეცადეთ მხოლოდ ძაფების გამოტანას საშვილოსნოს ღრუდან, ან ამოიღეთ სშს და ჩადგით ახალი.
<p>მენჯის ღრუს ინფექცია (მოვლითი ტკივილები, რომელთაც თან ახლავს მუცლის მტკივნეულობა, ცხელება, გრიპის მსგავსი სიმპტომები, თავის ტკივილი, შემცივნება,</p>	<p>აწარმოეთ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • აბდომინალური და საშოსმხრივი გასინჯვა (სარკეებით და ბიძანუალურად) 	<ul style="list-style-type: none"> • თუ აბდომინალური და საშოსმხრივი გასინჯვით ვლინდება საშვილოსნოს ან დანამატების მტკივნეულობა, ან მიკროსკოპული ტესტირებით დასტურდება მენჯის ღრუს ორგანოების ანთებითი დაავადების დიაგნოზი, უმკურნალეთ ანტიბიოტიკებით. თუ მდგომარეობა 2-4 დღეში არ გაუმჯობესდა, ამოიღეთ სშს.

<p>გულისრევა ან ღებინება, საშოდან გამონადენი, ტკივილი სქესობრივი კავშირისას, პალპირებადი წარმონაქმნი მენჯის ღრუში), გამონადენი საშოდან</p>	<ul style="list-style-type: none"> • სასქესო ტრაქტიდან აღებული მასალის მიკროსკოპიული ტესტირება; • გამოიკვლიეთ სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების (B ჰეპატიტის, აივ/შიდსის) რისკის ანამნეზი, გამოიკვლიეთ ვაგინიტის, ჩირქოვანი ცერვიციტის ან წითელი ხორცისფერი ყელის არსებობა; • გამოიკვლიეთ საშოს გამონადენი მიკროსკოპულად (ფიზიოლოგიური ხსნარით და KOH-ით დამუშავებული არაფიქსირებული მასალა) ტრიქომონაზე, კანდიდაზე და გარდნერელაზე; • გრამის წესით შეღებეთ საშვილოსნოს ყელიდან ან საშოდან გამონადენი. 	<ul style="list-style-type: none"> • თუ ეჭვია ურთიერთზე, გამოიკვლიეთ გამონადენი გრამის წესით შეღებვის გზით. • ზუსტი ანამნეზის შეკრება დაგეხმარებათ დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში. • თუ ფიზიოლოგიური ხსნარით და KOH-ით დამუშავებული არაფიქსირებული მასალა იძლევა პოზიტიურ პასუხს, უმკურნალეთ შესაბამის ფუნქციას. • ცერვიციტის შემთხვევაში (ლორწოვან-ჩირქოვანი ან წითელი ხორცისფერი ყელი), თუ დადგინდა გონორეა შესაბამისად უმკურნალეთ ინფექციას; • თუ გონორეა არ არის და გამოხატულია ჩირქოვანი ცერვიციტი ან წითელი ხორცისფერი საშვილოსნოს ყელი, უმკურნალეთ ქლამიდიოზს.
--	---	---

ბარიერული მეთოდები და სპერმიციდები

ბარიერული მეთოდები და სპერმიციდები ორსულობის თავიდან აცილების ერთ-ერთი ეფექტური და პოპულარული მეთოდია. აღნიშნული მეთოდები მოიცავს მამაკაცის კონდომსა და ქალის ჩასახვისსაწინააღმდეგო ისეთ მეთოდებს, როგორცაა – დიაფრაგმა, საშვილოსნოს ყელის ჩაჩები, ქალის კონდომი, სპერმიციდები და ვაგინალური ღრუბელი.

ამჟამად მსოფლიოში 72 მლნ წყვილი იყენებს კონტრაცეპციის ამ მეთოდს.

ბარიერული მეთოდებისა და სპერმიციდების ტიპები

ბარიერული მეთოდები და სპერმიციდები მოიცავს შემდეგ საშუალებებს:

- კონდომი (მამაკაცისა და ქალის);
- დიაფრაგმა;

- საშვილოსნოს ყელის ჩაჩი;
- სპერმიციდები: კრემის, ჟელეს, სანთლის, აეროზოლის და ვაგინალური აბების ფორმით.

მამაკაცის კონდომი

შესავალი

მამაკაცის კონდომი წარმოადგენს რეზინის, ვინილის ან ნატურალური პროდუქტისაგან დამზადებულ თხელ ფუტლიარს, რომელიც სქესობრივი აქტის დროს ქმნის ბარიერს, რათა მასში ჩადვრილი სპერმა არ მოხვდეს საშოში.

კონდომის ტიპები:

კონდომი შეიძლება დამზადდეს შემდეგი მასალისაგან:

- ლატექსი (რეზინა);
- პლასტიკა (ვინილი);
- ნატურალური (ცხოველური) პროდუქტი.

მხოლოდ ლატექსის და ვინილისაგან დამზადებული კონდომი იცავს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისაგან, მათ შორის აივ/შიდსის, B და C ჰეპატიტის ვირუსისაგან.

კონდომი შეიძლება იყოს სხვადასხვა ფერის, ფორმის, სისქის, დაფარული განსხვავებული გასაპოხიერებელი საშუალებით, სპერმიციდთან ერთად ან მის გარეშე.

მოქმედების მექანიზმი

მამაკაცის კონდომი მექანიკური საშუალებით აფერხებს სპერმის მოხვედრას საშოში და იცავს ქალს არასასურველ ორსულობისაგან, აგრეთვე ორივე პარტნიორს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების, აივ/შიდსის, B და C ჰეპატიტის ვირუსისაგან.

ეფექტურობა

მამაკაცის კონდომის კონტრაცეპციული ეფექტურობა შეადგენს 82-98%-ს (2 – 18 ორსულობა 100 ქალზე).

- კონდომის სპერმიციდთან ერთად გამოყენების შემთხვევაში ეფექტურობა არასასურველი ორსულობის პრევენციისათვის იზრდება;
- იმ შემთხვევაში, როდესაც კონდომი გამოიყენება ყოველი სქესობრივი აქტის დროს შესაძლებელია აივ ინფექციის რისკის შემცირება 80-90% ან მეტით.

კონდომის გამოყენების უსაფრთხოება

ბარიერული მეთოდები და მათ შორის კონდომი, როგორც ერთ-ერთ პოპულარული საშუალება უსაფრთხო მეთოდია. კონდომის გამოყენებას თან არ სდევს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული არავითარი რისკი და რაიმე სომატური გვერდითი მოვლენები.

კონდომის უპირატესობები

- ეფექტურია გამოყენებისთანავე;
- გავლენას არ ახდენს ძუძუთი კვებაზე;

- შეიძლება გამოყენებული იქნეს, როგორც დამატებითი მეთოდი სხვა მეთოდების გამოყენებისას;
- ხელს უწყობს მამაკაცის ჩართვას ოჯახის დაგეგმვაში;
- შეიძლება გაახანგრძლივოს ერექცია და ეაკულაციის დრო;
- არ აქვს არავითარი სერიოზული სომატური გვერდითი მოვლენები და მეთოდის გამოყენებით გამოწვეული ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული არავითარი რისკი;
- ფართოდ ხელმისაწვდომია და არ არის ძვირი;
- არ არის საჭირო რეცეპტის გამოწერა და სამედიცინო გამოკვლევა;
- ოჯახის დაგეგმვის ერთადერთი მეთოდია, რომელიც იცავს სქესობრივი გზით გადამდები ყველა დაავადებებისაგან (მხოლოდ ლატექსისა და ვინილისგან დამზადებული);
- ხელს უწყობს საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციას.

კონდომის ნაკლოვანებები

- შედარებით დაბალი კონტრაცეპციური ეფექტურობა 2-15 ორსულობა ყოველ 100 ქალზე, მისი გამოყენების პირველ წელს;
- ეფექტურობა დამოკიდებულია ინსტრუქციების შესრულების სურვილზე;
- მუდმივი მოტივაციის აუცილებლობა და ყოველი სქესობრივი კავშირის დროს მისი გამოყენება;
- პაციენტის მიერ კონდომის შენახვის სათანადო წესების დაცვა;
- შეიძლება შეამციროს სასქესო ასოს მგრძობელობა, რაც ართულებს ერექციას;
- სქესობრივი კავშირის დაწყებამდე უნდა იყოს ხელმისაწვდომი მისი მარაგი;
- ზოგიერთ მამაკაცს ან ქალს შეიძლება ჰქონდეს კონდომისადმი ალერგიული რეაქცია.

კონდომის გამოყენების ჩვენებები

კონდომის გამოყენება შეუძლიათ:

- მამაკაცებს, რომლებსაც სურთ აქტიურად ჩაერთონ ოჯახის დაგეგმვაში;
- წყვილებს, რომლებსაც დაუყოვნებლივ სჭირდებათ კონტრაცეპცია;
- წყვილებს, რომლებსაც სჭირდებათ დროებითი მეთოდი სხვა მეთოდის გამოყენების შესვენებისას (მაგ. კოკ-ის ან სშს-ს);
- იმ ქალებს, რომლებსაც აქვთ დაორსულების მცირე რისკი (იშვიათი სქესობრივი კავშირი ან გვიანი რეპროდუქციული ასაკი);
- მეძუძურ დედებს, რომლებსაც ესაჭიროებათ კონტრაცეპცია;
- წყვილებს, რომელთაგან ერთ-ერთ პარტნიორს ერთზე მეტი პარტნიორი ჰყავს და თუნდაც იყენებდნენ სხვა მეთოდს;
- სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების (სგგი), აივ/შიდსი, B და C ჰეპატიტის რისკის ქვეშ მყოფი ქალები/მამაკაცები.

კონდომის გამოყენების უკუჩვენებები.

- ალერგია ლატექსზე;
- პარტნიორის უარი მიიღოს მონაწილეობა ოჯახის დაგეგმვაში;
- მგრძობელობის დაქვეითება ან ერექციის დარღვევა.

კონდომის გამოყენების წესი

კონდომის არაეფექტურობის შემთხვევათა უმრავლესობა, როდესაც ქალი ორსულდება ან გადაედება სქესობრივი გზით გადამდები რომელიმე ინფექცია დაკავშირებულია მის არასწორ გამოყენებასთან, თუმცა შესაძლებელია მისი დაზიანება სქესობრივი კავშირის დროს.

მამაკაცის კონდომის მაღალი კონტრაცეპციური ეფექტურობის მისაღწევად მიზანშეწონილია შემდეგი რეკომენდაციების დაცვა:

- გამოყენების წინ უნდა შემოწმდეს მისი ვარგისიანობის ვადა;
- ყოველი სქესობრივი აქტის დროს გამოიყენება ახალი კონდომი;
- პაკეტი, რომელშიც კონდომია მოთავსებული უნდა გაიხსნას ფრთხილად, რომ იგი არ დაზიანდეს ფრჩხილებით, კბილებით ან სხვა წვეტიანი საგნით;
- საჭიროა კონდომის დახურული ბოლოდან ჰაერის გამოშვება შუა და ცერა თითის საშუალებით, რათა გამოთავისუფლდეს სივრცე სპერმისათვის;
- კონდომის წამოცმა ხდება მხოლოდ ერეგირებულ ასოზე;
- ლუბრიკანტის, რომლითაც დაფარულია კონდომი, უკმარისობის შემთხვევაში საჭიროა დამატებითი საცხის გამოყენება. ლატექსის კონდომთან არ შეიძლება ზეთზე დამზადებული საცხის გამოყენება (მაგალითად, ვაზელინი, მინერალური ზეთი, მასაჟის კრემი, ტანის ლოსიონი, კულინარული ზეთი), რადგან ისინი აზიანებენ ლატექსს;
- ორგანიზმის შემდეგ, ერექციის დასრულებამდე საჭიროა კონდომის არშიის მტკიცედ შენარჩუნება ასოს გარშემო, რათა კონდომი შემთხვევით არ ჩამოცურდეს საშოდან გამოღების შემდეგ და სპერმა არ დაიღვაროს.

კონდომი შეიძლება გაიხეს შემდეგი მიზეზების გამო:

- არასათანადო ვაგინალური გაპოხვა;
- თავად კონდომის დეფექტი;
- არასწორი შენახვა, კონდომზე მზის, ულტრაიისფერი სხივების და/ან სინესტის გავლენის გამო;
- კონდომის მინერალური და ბოსტნეულის ზეთების გაპოხვამ შეიძლება გაათხელოს ლატექსი ხუთი წუთის ან უფრო ნაკლები დროის განმავლობაში. რაც უფრო დიდ ხანს არის კონდომი ამ ელემენტებთან შეხებაში, მით უფრო დიდია მისი გახევის შანსი;
- შეფუთვაზე მითითებული ვადის გასვლის შედეგად (თუ შეფუთვაზე მითითებულია მხოლოდ გამოშვების თარიღი, მაშინ კონდომის ვარგისიანობის ხანგრძლივობა 4 წელია);
- არასანდო მწარმოებელი კომპანიის მიერ გამოშვებული დაბალი ხარისხის კონდომის გახევის ალბათობა მაღალია;
- თუ შეკვრაზე, რომელშიც მოთავსებულია კონდომი ახსნილია ლუქი და იგი შეხებაშია ჰაერთან, სინათლესთან ან ინახებოდა სიციხესა და/ან სინესტეში (ტემპერატურული რეჟიმის ცვალებად პირობებში).

ვინ უნდა ჩაატაროს კონსულტირება

კონდომის მოხმარების არჩევნისას კოლსულტირების ჩატარება შეუძლიათ რეპროდუქტოლოგს, მეან-გინეკოლოგს, ოჯახის ექიმს.

ინსტრუქციები პაციენტებისათვის

1. პაციენტს აუხსენით, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია:
 - კონდომის გამოყენება, არამარტო კონტრაცეფციის მიზნით, არამედ სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების პროფილაქტიკისათვისაც;
 - კონდომის ერეგირებულ ასოზე გაკეთება სქესობრივი კავშირის დაწყებამდე;
 - რომ კონდომის გასაპოხიერებლად არ იქნეს გამოიყენებული ვაზელინი, საჭმელი ზეთი ან ცხიმი, რადგან ნებისმიერი მათგანი გამოიწვევს კონდომის სწრაფ გათხელებას და სქესობრივი კავშირის დროს იზრდება მისი გახევის ალბათობა. კონდომის უმრავლესობა გაპოხილი იყიდება, თუ კონდომი გაპოხილი არაა, მაშინ მის გასაპოხად გამოიყენებული უნდა იქნეს სპერმიციდული ჟელე;
2. აჩვენეთ პაციენტს შეფუთვაზე მითითებული ვადის გასვლის თარიღი და აუხსენით მას, რომ არ უნდა გამოიყენოს ვადაგასული კონდომი;
3. უთხარით პაციენტს:
 - რომ თუ შეკვრა უკვე გახსნილია, კონდომი შეიძლება არ იყოს კარგ მდგომარეობაში;
 - დიდი ხნის განმავლობაში ნუ დატოვებთ კონდომებს თბილ ადგილას (მაგ., მანქანის სალონში მდებარე საბარგულში ზაფხულის სიცხეში ან უკანა ჯიბეში ჩადებულ მამაკაცის საფულეში);
4. აუხსენით პაციენტს, რომ მნიშვნელოვანია ის, რომ არ დაზიანდეს კონდომი შეკვრის გახსნისას;
5. შეამოწმეთ, რომ კონდომი არ იყოს დაზიანებული. აუხსენით პაციენტს, რომ თუ კონდომი მშრალია და არაელასტიური ან ქალაღდის მსგავსი, მაშინ არ უნდა გამოიყენოს;
6. უჩვენეთ პაციენტს, თუ როგორ უნდა დაიკავოს კონდომი სწორად (ისე, რომ იოლად წამოიცივას სასქესო ასოზე);
7. ახსენით, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია ის, რომ კონდომის თავს მოუჭირონ ხელი, რათა დარწმუნდნენ, რომ ჰაერი არ არის დაგროვებული კონდომის თავში, და ამგვარად დარჩენილია ადგილი სპერმისათვის, რომელიც ეაკულაციის დროს გამოიყოფა. განმარტეთ, რომ თუ კონდომის თავში არის ჰაერი, კონდომი შეიძლება გაიხეოს ეაკულაციის დროს ან ჰაერის ნაკადი შეიძლება თესლს მიაწვეს კონდომის გვერდებისკენ, რაც გამოიწვევს მის გამოჟონვას, და კონდომი ვეღარ დაიცავს წყვილს;
8. აუხსენით პაციენტს იმის მნიშვნელობა, რომ სასქესო ასო სქესობრივი კავშირის დამთავრებისთანავე უნდა იქნას გამოღებულ საშოდან მანამ, სანამ დარბილდებოდეს და სპერმა გამოჟონავდეს;
9. აუხსენით პაციენტს ის, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია კონდომის ხელით დაჭერა სასქესო ასოს საშოდან გამოღებისას, რათა კონდომი არ ჩამოცურდეს. უჩვენეთ, თუ როგორ კეთდება ეს;
10. ახსენით, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია ის, რომ კონდომი სანაგვეში იქნეს მოთავსებული, სადაც ბავშვები ვერ მიწვდებიან.

ქალის კონდომი

შესავალი

ქალის კონდომი წარმოადგენს სილიკონისაგან დამზადებულ თხელ ფუტლიარს, რომელიც თავსდება საშოში და ქმნის ბარიერს სქესობრივი აქტის დროს მასში ჩაღვრილი სპერმისთვის, რათა სპერმატოზოიდები არ მოხვდნენ ცერვიკალურ არხში.

ქალის კონდომის ტიპები

ქალის კონდომები, რომლებიც ამჟამად გამოიყენება დამზადებულია მხოლოდ ლატექსისაგან

მოქმედების მექანიზმი

ქალის კონდომი მექანიკური ბარიერის საშუალებით ხელს უშლის სპერმის მოხვედრას ქალის ორგანიზმში, აგრეთვე ორივე პარტნიორს იცავს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების, აივ/შიდსის, B და C ჰეპატიტისაგან.

ეფექტურობა

ქალის კონდომის ეფექტურობა შეადგენს 79-95% (5-21 ორსულობა წელიწადში ყოველ 100 ქალზე).

ქალის კონდომის გამოყენების უსაფრთხოება

ქალის კონდომი, როგორც ბარიერული ერთ-ერთი საშუალება – უსაფრთხო მეთოდია, რადგანაც მის გამოყენებას თან არ სდევს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული არავითარი რისკი და რაიმე სომატური გვერდითი მოვლენები.

ქალის კონდომის უპირატესობანი

- ეფექტურია დაუყოვნებლივ;
- არ მოქმედებს ძუძუთი კვებაზე;
- შესაძლებელია სქესობრივ ცხოვრებამდე მისი მოთავსება საშოში (8 სთ-ით ადრე სქესობრივ აქტამდე);
- შეიძლება გამოყენებული იქნეს, როგორც დამატებითი მეთოდი სხვა მეთოდების გამოყენებისას;
- არ აქვს სომატური გვერდითი მოვლენები და მეთოდის გამოყენებით გამოწვეული ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული არავითარი რისკი;
- არ საჭიროებს რეცეპტის გამოწერას ან სამედიცინო გამოკვლევას;
- მის გამოყენებას აკონტროლებს მხოლოდ ქალი.

ქალის კონდომის ნაკლოვანებანი

- დაბალი კონტრაცეფციული ეფექტურობა;
- სქესობრივი აქტის დროს მგრძნობელობის დაქვეითება;
- მუდმივი მოტივაციის აუცილებლობა და ყოველი სქესობრივი კავშირის დროს მისი გამოყენება;
- პაციენტის მიერ კონდომის შენახვის სათანადო წესების დაცვა;
- სქესობრივი კავშირის დაწყებამდე უნდა იყოს ხელმისაწვდომში მისი მარაგი;
- ზოგიერთ ქალს ან მამაკაცს შეიძლება ჰქონდეს ალერგიული რეაქცია კონდომისადმი.

ქალის კონდომის გამოყენების ჩვენებები

- ქალებში, რომლებსაც წინააღმდეგნაჩვენებია ჰორმონალური კონტრაცეპტივების გამოყენება;
- ქალებს, რომლებსაც არ სურთ სშს-ს ჩადგმა;
- მეძუძურ დედებს, რომლებსაც ესაჭიროებათ კონტრაცეპცია;
- წყვილებს, რომლებსაც დაუყოვნებლივ სჭირდებათ კონტრაცეპცია;
- წყვილებს, რომლებსაც აქვთ იშივითი სქესობრივი ურთიერთობა ან გვიანი რეპროდუქციული ასაკი;

- სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების, აივ/შიდსის, B და C ჰეპატიტის რისკის ქვეშ მყოფი ქალები;
- წყვილებს, რომლებსაც სჭირდებათ დროებითი მეთოდი სხვა მეთოდის გამოყენების შესვენებისას (მაგ., კოკ-ის ან სშს-ს).

ქალის კონდომის გამოყენების უკუჩვენებები

- ალერგია ლატექსზე;
- მგრძნობელობის დაქვეითება სქესობრივი აქტის დროს ან ერექციის დარღვევა;
- არასასურველი ორსულობის მაღალი რისკი;
- საშოს განვითარების ანომალია;
- საშვილოსნოს პროლაფსი;
- ცისტოცელე და ვარიკოცელე.

ქალის კონდომის გამოყენების წესი

- გამოყენების წინ უნდა შემოწმდეს მისი ვარგისიანობის ვადა;
- ყოველი აქტის დროს გამოიყენება ახალი კონდომი;
- პაკეტი, რომელშიც მოთავსებულია კონდომი არ უნდა გაიხსნას წვეტიანი საგნით, კბილებით ან ფრჩხილებით, რომ იგი არ დაზიანდეს;
- ქალის კონდომის მოთავსება საშოში შესაძლებელია სქესობრივ აქტამდე 8 სთ-ით ადრეც.

ვინ უნდა ჩაატაროს კონსულტირება

ქალის კონდომის მოხმარების არჩევისას კონსულტირების ჩატარება შეუძლიათ რეპროდუქციოლოგს, მეან-გინეკოლოგს, ოჯახის ექიმს.

ინსტრუქცია პაციენტებისთვის

1. გამოიყენეთ ქალის კონდომი ყოველი სქესობრივი აქტის დროს;
2. პაკეტის გახსნამდე დაიბანეთ ხელები საპნითა და წყლით;
3. ფრთხილად ამოიღეთ კონდომი პაკეტიდან, ამისთვის ნუ გამოიყენებთ ბასრ და მჭრელ საგნებს, როგორც დანა და მაკრატელი;
4. ქალის კონდომი შეიძლება გამოიყენოთ სქესობრივ აქტამდე 8 სთ-ით ადრეც;
5. მითითებული ვადის გასვლის თარიღი და აჩვენეთ პაციენტს, თუ როგორ უნდა შეამოწმოს კონდომის ვადის გასვლის თარიღი, უთხარით პაციენტს, რომ არ გამოიყენოს ვადაგასული კონდომი;
6. თუ შეკვრა უკვე გახსნილია, კონდომი შეიძლება არ იყოს კარგ მდგომარეობაში;
7. დიდი ხნის განმავლობაში ნუ დატოვებთ კონდომებს თბილ ადგილას (მაგ., მანქანის სალონში მდებარე საბარგულში ზაფხულის სიცხეში).

სპერმიციდები

შესავალი

სპერმიციდი – არის ქიმიური ნივთიერება, რომელიც იწვევს სპერმატოზოიდის ინაქტივაციას ან სიკვდილს საშოში მანამდე, სანამ ის შეაღწევს შიგნითა სასქესო ორგანოებში.

სპერმიციდების ტიპები

სპერმიციდები შეიძლება იყოს შემდეგი ფორმით:

- აეროზოლის (ქაფები);
- ვაგინალური ტაბლეტები, სუპოზიტორიების ან ხსნადი სანთლის სახით;
- საცხისა და ჟელეს ფორმით;
- კაფსულები.

მოქმედების მექანიზმი

თანამედროვე სპერმიციდების შემადგენლობაში შედის როგორც წესი 2 კომპონენტი: სპერმის დამაზიანებელი ქიმიური ნივთიერება (აქტიური ინგრედიენტი) და გადამტანი.

ა) აქტიურ ინგრედიენტად თანამედროვე სპერმიციდებში იყენებენ:

- სურფაქტანტებს (ზედაპირულად აქტიურ ნივთიერებებს, რომლებიც შლიან სპერმატოზოიდის მემბრანას): ბენზალკონიუმის ქლორიდი, ნონოქინოლი-9, პენფეგოლი;
- აქტიური ფერმენტების ინჰიბიტორებს: A-gen 53, Syn-a-gen.

ბ) სპერმიციდებში შემავალი ნივთიერება – გადამტანი – საშვილოსნოს ყელის შემოფარგვლით უზრუნველყოფს ქიმიური აგენტის დისპერსიას საშოში და აკავებს მას ადგილზე ისე, რომ თითოეულ სპერმატოზოიდს შეხება ჰქონდეს სპერმიციდთან.

კონტრაცეპციული ეფექტურობა

სპერმიციდების კონტრაცეპციული ეფექტურობის მაჩვენებელი 72-82%-ია (18-28 ორსულობა ყოველ 100 ქალზე წელიწადში).

სპერმიციდების გამოყენება კონდომებთან ერთად ზრდის კონტრაცეპციულ ეფექტურობას.

სპერმიციდის გამოყენების უსაფრთხოება

სპერმიციდულ საშუალებებს არ აქვს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული არავითარი რისკი და რაიმე სომატური გვერდითი მოვლენები. ამდენად, ისინი უსაფრთხო და საკმაოდ პოპულარული კონტრაცეპტივები არიან.

სპერმიციდების კონტრაცეფციული უპირატესობები

- მარტივი გამოსაყენებელია;
- ნაწილობრივ იცავს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისაგან;
- გამოყენებისთანავე ეფექტურია;
- გავლენას არ ახდენს ძუძუთი კვებაზე;
- შეიძლება მისი, როგორც დამატებითი მეთოდის გამოყენება სხვა მეთოდებთან ერთად;
- არა აქვს არავითარი სომატური გვერდითი მოვლენები და მეთოდის გამოყენებით გამოწვეული ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული რაიმე რისკი;
- ზრდის საშოს სისველეს (გაპოხვას) სქესობრივი კავშირის დროს;
- არაა საჭირო ექიმის მიერ გამოწერა ან სამედიცინო გამოკვლევის ჩატარება.

სპერმიციდების ნაკლოვანებანი

- შედარებით დაბალი კონტრაცეპციული ეფექტურობა 18-28 ორსულობა 100 ქალზე წელიწადში;
- მისი, როგორც კონტრაცეპციული საშუალების ეფექტურობა დამოკიდებულია ინსტრუქციების შესრულების სურვილზე;

- დამოკიდებულია მომხმარებელზე (საჭიროა მუდმივი მოტივაცია და ყოველი სქესობრივი კავშირის დროს მისი გამოყენება);
- ზოგიერთი სპერმიციდის გამოყენებისას შეინიშნება სოკოვანი ვაგინიტის გამწვავება;
- ერთი გამოყენება ეფექტურია მხოლოდ 1-2 სთ-ის განმავლობაში;
- მისი მარაგი ხელმისაწვდომი უნდა იყოს სქესობრივი კავშირის დაწყებამდე;
- და ასევე შესაძლებელი მისი მარაგის შევსება.

სპერმიციდების გამოყენების ჩვენებები

- ადგილობრივი კონტრაცეფცია მისაღებია, მათთვის, ვისაც აქვთ ორსულობის დაბალი რისკი (იშვიათი სქესობრივი კავშირის ან გვიანი რეპროდუქციული ასაკის გამო);
- მეძუძური ქალები, რომელთაც ესაჭიროებათ კონტრაცეფცია;
- გამოიყენება კომბინაციაში კონტრაცეფციის რითმულ მეთოდებთან;
- მისაღებია, როგორც კონტრაცეფციის დროებითი მეთოდი კოკ და სშს გამოყენების შესვენებისას.

სპერმიციდების გამოყენების უკუჩვენებები

კატეგორია 4. აივ-ის მაღალი რისკი;

კატეგორია 3. ასიმპტომური ან ზომიერი აივ-კლინიკური დაავადება (ჯანმო 1 ან 2 სტადია);

კატეგორია 3. მძიმე აივ კლინიკური დაავადება (ჯანმო 3 ან 4 სტადია);

კატეგორია 3. ანტირეტროვირუსული თერაპია – ნუკლეოზიდის უკუტრანსკრიპტაზას ინჰიბიტორები – ნუკლეოზიდ უკუტრანსკრიპტაზას ინჰიბიტორის ანალოგები – პროტეაზას ინჰიბიტორები – ინტეგრაზას ინჰიბიტორები.

სპერმიციდების გამოყენების წესი

- სპერმიციდი გამოიყენება სქესობრივი აქტის დაწყებამდე;
- იგი მიტანილ უნდა იქნას საშვილოსნოს ყელთან ან მის ახლოს;
- გარკვეული დროის განმავლობაში ზოგიერთი სპერმიციდის (ვაგინალური ტაბლეტები / სუპოზიტორები) აქტივაციისთვის (გაღლობისათვის) აუცილებელია დალოდება;
- სპერმიციდის გამოყენება ბარიერულ მეთოდებთან ერთად ზრდის კონტრაცეპციულ ეფექტურობას;
- საშოს გამორეცხვა არ უნდა ჩატარდეს სქესობრივი აქტიდან 6-8 სთ-ის განმავლობაში;
- კრემის გამოყენების შემდეგ აპლიკატორი უნდა გაირეცხოს საპნითა და წყლით;
- თუ არ მოხდა სქესობრივი აქტი სპერმიციდის პირველი დოზის შეყვანიდან 1-2 საათის განმავლობაში, საჭიროა დამატებითი დოზის შეყვანა;
- სპერმიციდული სანთლები და ტაბლეტები შეტანილი უნდა იქნას საშოში სქესობრივი აქტის წინ 10-15 წთ-ით ადრე. მათი კონტრაცეპციული მოქმედება იწყება 10-15 წუთის შემდეგ და გრძელდება 1-დან 2 სთ-მდე;
- კრემები და ჟელეები საშოში თავსდება სქესობრივი აქტის წინ სპეციალური აპლიკატორის საშუალებით. სპერმიციდი მოქმედებს შეყვანისთანავე და მისი მოქმედება გრძელდება 1-დან 2 სთ-მდე;
- ქაფები, ასევე, მოქმედებს საშოში მოხვედრისთანავე და მისი კონტრაცეპციული ეფექტი გრძელდება 1 სთ.

ვინ უნდა ჩაატაროს კონსულტირება

სპერმაციდის მოხმარების არჩევისას კონსულტირების ჩატარება შეუძლია რეპროდუქტოლოგს, მეან-გინეკოლოგს, ოჯახის ექიმს.

ინსტრუქცია პაციენტებისათვის

- დაიბანეთ ხელები;
- ამოიღეთ ტაბლეტი ან სანთელი შეკვრიდან;
- მწოლიარე მდგომარეობაში ტაბლეტი ან სანთელი საშოში მაღლა მოათავსეთ, შუა და საჩვენებელი თითების გამოყენებით მიაწექით მას, რომ საშოში ღრმად მოთავსდეს;
- დაიცადეთ 10-15 წუთი სქესობრივი კავშირის დაწყებამდე;
- გამოიყენეთ სპერმიციდები თითოეული სქესობრივი კავშირის დაწყებამდე;
- თან იქონიეთ ტაბლეტების/სანთლების დამატებითი მარაგი.

შენიშვნა: სპერმიციდის ტაბლეტებმა შეიძლება, გამოიწვიოს საშოში სითბოს შეგრძნება, ეს ნორმალურია.

საშვილოსნოს ყელის ჩაჩები

შესავალი

საშვილოსნოს ყელის ჩაჩები წარმოადგენს კონტრაცეფციის ბარიერულ საშუალებებს, რომელიც შექმნილი იყო დიაფრაგმასთან ერთად. მათ აქვს განიერი საათის ფორმა. დასაწყისში ჩაჩები მზადდებოდა ვერცხლის ან სპილენძისაგან, შემდგომში – კაუჩუკისაგან, ალუმინის, სქელი რეზინის ან პლასტმასისაგან. ამჟამად ჩაჩები მზადდება რბილი რეზინისაგან. არსებობს საშვილოსნოს ყელის ჩაჩების რამდენიმე ტიპი.

საშვილოსნოს ყელის ჩაჩების ტიპები

- პრენტიფის ჩაჩი, რომელიც დამზადებულია რბილი რეზინისაგან. მას არშიის შიგნითა ზედაპირის გასწვრივ აქვს პატარა ჭრილი. გამოდის შემდეგი ზომების 22, 25, 28, 31 მმ (არშიის შიგნითა დიამეტრის ზომა). რეკომენდებულია ცილინდრული ფორმის საშვილოსნოს ყელის მქონე ქალებისათვის;
- დუმასის ჩაჩი – დამზადებულია სქელი რეზინისაგან, მჭიდროდ ეხება საშოს თაღებს, წააგავს ფორმით დიაფრაგმას. მისი ზომებია 50-75 მმ (არშიის გარეთა დიამეტრი). რეკომენდებულია საშვილოსნოს ყელის დეფორმაციის დროს;
- ვიმულის ჩაჩი – დამზადებულია ასევე რბილი რეზინისაგან, რომელიც არშით მჭიდროდ ეხება საშოს თაღებს და არა უშუალოდ საშვილოსნოს ყელს, ვიმულის ჩაჩის ზომებია 42, 48, 52 მმ (არშიის გარეთა დიამეტრი).

მოქმედების მექანიზმი

საშვილოსნოს ყელის ჩაჩის მოქმედების მექანიზმი ისეთივეა, როგორც დიაფრაგმისა და ხორციელდება საშოში ბარიერის შექმნის გზით, რაც ხელს უშლის სპერმატოზოიდებს საშვილოსნოს ღრუსა და ფალოპის მილებში გადაადგილებასა და შეღწევას.

ეფექტურობა

საშვილოსნოს ყელის ჩაჩის კონტრაცეპციური ეფექტურობა სპერმიციდულ კრემთან ერთად შედარებით დაბალია 88-94% (6-12 ორსულობა 100 ქალზე წელიწადში).

საშვილოსნოს ყელის ჩაჩის უსაფრთხოება

საშვილოსნოს ყელის ჩაჩი უსაფრთხო მეთოდია. მის გამოყენებას არ აქვს რაიმე სომატური გვერდითი მოვლენები და არ ახლავს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული არავითარი რისკი. თუმცა იგი არ გამოიყენება საშოს განვითარების ანომალიების, ცერვიციტის, საშვილოსნოს პროლაფსის, პაპილომავირუსული ინფექციის, საშარდე გზების მორეციდივე ინფექციისა და ანამნეზში ტოქსიკური შოკის არსებობის შემთხვევაში.

საშვილოსნოს ყელის ჩაჩის უპირატესობები

- მრავალჯერადი გამოყენება;
- გავლენას არ ახდენს ძუძუთი კვებაზე;
- არა აქვს სომატური გვერდითი მოვლენები და მეთოდის გამოყენებით გამოწვეული ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული რისკი;
- ნაწილობრივ იცავს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისაგან .

საშვილოსნოს ყელის ჩაჩის ნაკლოვანებანი

- შედარებით დაბალი კონტრაცეპციული ეფექტურობა (6-12 100 ქალზე წელიწადში);
- მანიპულაციის ჩატარების აუცილებლობა სქესობრივი კავშირის წინ;
- დისკომფორტი, რომელიც ჩაჩის ჩადგმას და ამოღებასთანაა დაკავშირებული;
- კანდიდოზური კოლპიტი;
- ტოქსიკური შოკის სინდრომი;
- არ ხსნის არასასურველი ორსულობის შიშს.

საშვილოსნოს ყელის ჩაჩის გამოყენების ჩვენებები

- მისაღებია იმ ქალთათვის, რომელთაც აქვთ დაორსულების დაბალი რისკი (იშვიათი სქესობრივი კავშირი ან გვიანი რეპროდუქციული ასაკი);
- მეძუძური ქალები, რომლებსაც ესაჭიროებათ კონტრაცეპცია;
- გამოიყენება კომბინაციაში კონტრაცეფციის რითმულ მეთოდებთან;
- საღებია, როგორც კონტრაცეფციის დროებითი მეთოდი კოკ და სშს გამოყენების შესვენებისას.

საშვილოსნოს ყელის ჩაჩის გამოყენების უკუჩვენებები

კატეგორია 3. საშვილოსნოს ყელის ჩაჩი არ გამოიყენება მშობიარობის შემდეგ საშვილოსნოს სრულ ინვოლუციამდე

კატეგორია 3. საშვილოსნოს ყელის ჩაჩი არ გამოიყენება მეორე ტრიმესტრის აბორტიდან 6 კვირის შემდეგ

კატეგორია 3. საშვილოსნოს ყელის ჩაჩი არ გამოიყენება ცერვიკალური ინტრაეპითელური ნეოპლაზიის (CIN) დროს

კატეგორია 3. საშვილოსნოს ყელის ჩაჩი არ გამოიყენება საშვილოსნოს ყელის კიბოს დროს

კატეგორია 3. საშვილოსნოს ყელის ჩაჩი არ გამოიყენება, როცა დარღვეულია საშვილოსნოს ყელის ანატომია

- არასასურველი ორსულობის მაღალი რისკი;
- ცერვიციტი;
- პაპილომავირუსული ინფექცია;
- საშარდე გზების რეციდიული ინფექცია;
- ტოქსიური შოკის სინდრომი ანამნეზში;
- საშვილოსნოს პროლაფსი;
- საშოს განვითარების ანომალია.

საშვილოსნოს ყელის ჩაჩის გამოყენების წესი

ჩაჩის საშოში მოთავსება ხდება სქესობრივი ცხოვრების წინ (შეიძლება 5 საათის ადრეც) და სქესობრივი აქტის შემდეგ საშოში უნდა იქნეს დატოვებული 8 საათის განმავლობაში, მაგრამ არა უმეტეს 24 საათისა (არცერთ ეტაპზე რეკომენდებული არ არის საშოს გამორეცხვა). ყოველი განმეორებითი სქესობრივი აქტის წინ საჭიროა სპერმიციდის (კრემის ან ჟელეს) დამატებითი დოზა.

ვინ უნდა ჩაატაროს კონსულტირება

საშვილოსნოს ყელის ჩაჩის მოხმარების არჩევისას კონსულტირების ჩატარება შეუძლიათ რეპროდუქტოლოგს, მეან-გინეკოლოგს, ოჯახის ექიმს.

ინსტრუქცია პაციენტებისათვის

- დაიბანეთ ხელები ჩაჩის ჩადგმამდე და ამოღების წინ;
- საშვილოსნოს ყელის ჩაჩის 1/3 აავსეთ სპერმიციდით;
- დაწოლილ ან ჩამუხლულ მდგომარეობაში საშვილოსნოს ყელის მონახვის შემდეგ უნდა მოიკეცოს ჩაჩი. დაიკავეთ იგი ცერსა და შემდეგ ორ თითს შორის და შეიტანეთ საშოს უკანა კედლის გასწვრივ. სანამ ჩაჩის არშია არ შეეხება საშვილოსნოს ყელს;
- ჩაჩის საშოში შეტანის შემდეგ შეამოწმეთ მისი მდებარეობა – საშვილოსნოს ყელი მთლიანად უნდა იყოს დაფარული;
- ჩაჩის მოთავსება სქესობრივ აქტამდე 6 სთ-ით ადრეც შეიძლება;
- საშოში ჩაჩი დატოვეთ 8 სთ, მაგრამ არა უმეტეს 24 სთ-ისა;
- განმეორებითი აქტის წინ საჭიროა სპეციალური აპლიკატორის დახმარებით კრემის ან ჟელეს დამატებითი დოზა, რომლითაც უნდა დაიფაროს ჩაჩი გამოღების გარეშე;
- ჩაჩის ამოსაღებად არშიაზე ზეწოლით უნდა დაარღვიოთ ჰერმეტიკობა საშვილოსნოს ყელსა და ჩაჩს შორის, შემდეგ კაუჭს უნდა გამოსდოთ საჩვენებელი თითი და გამოიტანოთ აღნიშნული საშუალება გარეთ;
- საშვილოსნოს ყელის ჩაჩი გამოყენების შემდეგ საპნით გარეცხეთ, გაამშრალეთ და 10 წთ-ით ჩადეთ 70-80%-იან ეთილის სპირტში დეზინფექციისათვის;
- შეინახეთ ჩაჩი მშრალ ადგილას.

დიაფრაგმა

შესავალი

დიაფრაგმა არის ლატექსის (რეზინის) გუმბათის ფორმის ფინჯანი, რომელსაც ბოლოში აქვს დრეკადი არშია. იგი ისმება საშოში სქესობრივი ურთიერთობის დაწყებამდე და ფარავს საშვილოსნოს ყელს.

დიაფრაგმის ტიპები

- დიაფრაგმა არსებობს ოთხი ტიპის, რომლებიც ერთმანეთისგან განსხვავდება არშიის დიამეტრით მილიმეტრებში და სტრუქტურით. ყველა ტიპი გამოდის შემდეგი ზომით 50-55მმ-დან 95 მმ-მდე;
- დიაფრაგმა ბრტყელი ზამბარით – უპირატესად გამოიყენება არანამშობიარებ ქალებში, რომლებსაც აქვთ საშოს კუნთების კარგი ტონუსი. დიაფრაგმის ეს ტიპი კარგად იკეცება და საშოში შეიძლება ჩაიდგეს სპეციალური ინსტრუმენტის საშუალებით;
- დიაფრაგმა სპირალიანი ზამბარით – რეკომენდებულია პაციენტებისათვის საშოს კუნთების ზომიერი ტონუსით და ზომიერად გამოხატული ბოქვენის რკალით. ჩადგმისათვის შესაძლებელია გამოყენებული იყოს სპეციალური ინსტრუმენტი;
- დიაფრაგმა რკალისებური ზამბარით – აქვს ძლიერი ზამბარა და მოკეცილ მდგომარეობაში იღებს რკალის ფორმას. არსებობს ამ ტიპის დიაფრაგმის რამოდენიმე მოდელი:
 - დიაფრაგმა, რომელიც არშიის გასწვრივ ყველა წერტილში იკუმშება;
 - დიაფრაგმა, რომელიც მხოლოდ ორ წერტილში იკეცება. ეს მოდელი ფართოდ გამოიყენება ქალებში საშოს კუნთების სუსტი ტონუსის ან ცისტოცელეს და რექტოცელეს შემთხვევაში.
- დიაფრაგმა ფართე რბილი აპკით (სისქით 1,5 სმ, შეერთებულია არშიის შიგნითა კედელთან). იგი უზრუნველყოფს საშოს კედლებთან მჭიდრო კონტაქტს და მოსახერხებელია სპერმიციდის გამოყენებისათვის. გამოდის ორი სახის:
 - რკალისებური, რომელიც ორ წერტილში იკეცება;
 - დაგრანული, ზამბარით, რომელიც ყველა წერტილში იკეცება.

მოქმედების მექანიზმი

დიაფრაგმის მოქმედების მექანიზმი ხორციელდება საშოში ბარიერის შექმნის გზით, რაც ხელს უშლის სპერმატოზოიდებს საშვილოსნოს ღრუსა და ფალოპის მილებში გადაადგილებასა და შეღწევაში.

ეფექტურობა

აღნიშნულ მეთოდს არ გააჩნია ჯანმრთელობის რისკი, შეუძლია სგგდ-გან დაიცვას ორგანიზმი, მაგრამ მისი კონტრაცეპციური ეფექტურობა შედარებით დაბალია და სპემიციდულ კრემთან ერთად გამოყენებისას შეადგენს 6-12 ორსულობას 100 ქალზე წელიწადში. კონტრაცეპციური ეფექტის მისაღწევად აუცილებელია დიაფრაგმის შესაფერისი ტიპისა და ზომის შერჩევა ექიმის მიერ, რომელიც პაციენტს აგრეთვე ასწავლის მის ჩადგმის და ამოღების ტექნიკას. დიაფრაგმის არჩევას ითვალისწინებენ შორისის კუნთების ტონუსს, საშოს სიღრმესა და სიგანეს. გასათვალისწინებელია ის ფაქტიც, რომ დიაფრაგმა, რომლის ჩადგმა არ იწვევს დისკომფორტს, ოპტიმალურადაა შერჩეული. ზომის შერჩევის მარტივი მეთოდი შემდეგში მდგომარეობს: დიაფრაგმის არშიის დიამეტრი უნდა შეესაბამებოდეს საშოს სიგრძეს. დიაფრაგმის ზომის

დასადგენად შეიძლება გამოყენებული იყოს სპეციალური რგოლები. ზუსტად შერჩეული დიაფრაგმა არ უნდა მოძრაობდეს საშოში, მჭიდროდ უნდა ეკვროდეს მის გვერდით კედლებსა და უკანა თაღს.

ნამშობიარებ ქალებში ხშირად გამოიყენება 70-80 მმ-მდე ზომის დიაფრაგმა. გინეკოლოგიური ოპერაციების, წონაში მომატების ან დაკლების (± 4 კგ) შემდეგ საჭიროა ახალი ზომის დიაფრაგმის შერჩევა.

დიაფრაგმის გამოყენების უსაფრთხოება

დიაფრაგმა უსაფრთხო მეთოდია. მის გამოყენებას თან არ სდევს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული არავითარი რისკი და რაიმე სომატური გვერდითი მოვლენები.

დიაფრაგმის უპირატესობები

- არ აქვს რაიმე სომატური გვერდითი მოვლენები და მეთოდის გამოყენებით გამოწვეული ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული რაიმე რისკი;
- გარკვეულწილად იცავს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისაგან (მაგ. B ჰეპატიტი, აივ/შიდსი), განსაკუთრებით როდესაც გამოიყენება სპერმიციდთან ერთად;
- მცირდება საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკი (მათ შორის ვინც დიაფრაგმას გამოიყენებს 5 და მეტი წლის განმავლობაში);
- ეფექტურია გამოყენებისთანავე;
- შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს მრავალჯერადად.

დიაფრაგმის ნაკლოვანებანი

- შედარებით დაბალი კონტრაცეპციული ეფექტურობა (6-16 ორსულობა 100 ქალზე წელიწადში);
- მანიპულაციის ჩატარება უშუალოდ სქესობრივი კავშირის წინ;
- არ ხსნის ბოლომდე არასასურველი ორსულობის შიშს.

დიაფრაგმის გამოყენების ჩვენებები

- მისაღებია მათთვის, ვისაც აქვთ დაორსულების დაბალი რისკი (იშვიათი სქესობრივი კავშირი ან გვიანი რეპროდუქციული ასაკი);
- გამოიყენება კომბინაციაში კონტრაცეფციის რითმულ მეთოდებთან;
- მისაღებია, როგორც კონტრაცეფციის დროებითი მეთოდი კოკ-ის და სშს გამოყენების შესვენებისას;
- მეტუპური ქალები, რომლებსაც ესაჭიროებათ კონტრაცეფცია.

დიაფრაგმის გამოყენების უკუჩვენებები

- კატეგორია 3.** ალერგია რეზინზე, ლატექსზე ან სპერმიციდზე
- კატეგორია 4.** აივ-ის მაღალი რისკი
- კატეგორია 3.** ასიმპტომური ან ზომიერი აივ-კლინიკური დაავადება (ჯანმო 1 ან 2 სტადია)
- კატეგორია 3.** მძიმე აივ-კლინიკური დაავადება (ჯანმო 3 ან 4 სტადია)
- კატეგორია 3.** ტოქსიური შოკის სინდრომი ანამნეზში
- კატეგორია 3.** საშოს განვითარების ანომალია საშვილოსნოს პროლაფსი
- კატეგორია 3.** დიაფრაგმა არ გამოიყენება მშობიარობის შემდეგ საშვილოსნოს სრულ ინვოლუციამდე

კატეგორია 3. ანტირეტროვირუსული თერაპია – ნუკლეოზიდის უკუტრანსკრიპტაზას ინჰიბიტორები – ნუკლეოზიდ უკუტრანსკრიპტაზას ინჰიბიტორის ანალოგები – პროტეაზას ინჰიბიტორები – ინტეგრაზას ინჰიბიტორები

დიაფრაგმის გამოყენების წესი

- დიაფრაგმის ჩადგმა მიზანშეწონილია სქესობრივი ცხოვრების წინ (შეიძლება 6 სთ-ით ადრეც) და აქტის შემდეგ 8 სთ-ის განმავლობაში უნდა იქნეს დატოვებული საშოში (არა უმეტეს 24 სთ-სა). საშოს გამორეცხვა არ არის რეკომენდებული. ყოველი განმეორებითი სქესობრივი აქტის წინ საჭიროა კრემის ან ჟელეს დამატებითი დოზა;
- დიაფრაგმის როგორც ჩადგმის, ასევე მისი ამოღების პროცედურა მოსახერხებელია დაწოლილ მდგომარეობაში, ჩამუხლულ ან ერთი ფეხის სკამზე დაყრდნობით;
- დიაფრაგმა ყოველი გამოყენების შემდეგ უნდა გაირეცხოს საპნით, გამშრალდეს და 10 წთ-ით ჩაიდოს 70-80%-იან ეთილის სპირტში დეზინფექციისათვის. დიაფრაგმა უნდა ინახებოდეს მშრალ ადგილას .

ვინ უნდა ჩაატაროს კონსულტირება

დიაფრაგმის მოხმარების არჩევისასა კონსულტირების ჩატარება შეუძლიათ რეპროდუქტოლოგს, მეან-გინეკოლოგს, ოჯახის ექიმებს.

ინსტრუქცია პაციენტებისათვის

- მეთოდის გამოყენების წინ დაიბანეთ ხელები;
- წაუსვით დიაფრაგმის შიგნითა მხარეს და არშიის კიდეებს სპერმიციდი ან ჟელე;
- დაადეთ საჩვენებელი თითი დიაფრაგმის წვერს და მოკუმშეთ ის ცერსა და დანარჩენს თითებს შორის. შეაცურეთ დიაფრაგმა საშოში ქვემოთ და გვერდებისკენ საშოს უკანა თაღამდე. შემდეგ დიაფრაგმის არშიის ზედა ნაწილი ასწიეთ მაღლა საშოს წინა კედლის გასწვრივ;
- პალპატორულად შეამოწმეთ დიაფრაგმის მდებარეობის სისწორე, იგი უნდა ფარავდეს საშვილოსნოს ყელს;
- დიაფრაგმის მოთავსება საშოში შეიძლება სქესობრივ აქტამდე 6 სთ-ით ადრე;
- საშოში დიაფრაგმა დატოვეთ 8 სთ, მაგრამ არაუმეტეს 24 სთ;
- ყოველი განმეორებითი აქტის წინ საჭიროა სპეციალური აპლიკატორის დახმარებით კრემის ან ჟელეს დამატებითი დოზა, რომლითაც უნდა დაიფაროს დიაფრაგმა გამოღების გარეშე;
- დიაფრაგმის ამოსაღებად საჭიროა არშიას კაუჭივით გამოსდოთ საჩვენებელი თითი და ქვემოთ ჩამოქაჩვით გამოიტანოთ საშოდან;
- დიაფრაგმა გამოყენების შემდეგ გარეცხეთ საპნით, გაამშრალეთ და 10 წთ-ით ჩადეთ 70-80%-იან ეთილის სპირტში დეზინფექციისათვის;
- შეინახეთ დიაფრაგმა მშრალ ადგილას.

კონტრაცეპციული ღრუბელი

შესავალი

კონტრაცეპციული ღრუბელი წარმოადგენს მექანიკური და ქიმიური მეთოდების კომბინაციას – აფერხებს სპერმატოზოიდების მოხვედრას საშვილოსნოს ყელის არხში და შეიცავს სპერმიციდულ ნივთიერებებს.

კონტრაცეპციული ღრუბლის ტიპები

- ზღვის ღრუბელი, რომელიც გაჟღენთილია სპერმიციდით;
- ღრუბელი, რომელიც დამზადებულია პოლიურეთანისგან და შეიცავს სპერმიციდს.

მოქმედების მექანიზმი

ღრუბლის მოქმედების მექანიზმი ხორციელდება მექანიკური ბარიერის შექმნისა და სპერმოციდის მოქმედების ხარჯზე, რომელიც იწვევს სპერმატოზოიდების ინაქტივაციასა და სიკვდილს საშოში მანამდე, სანამ ის შეაღწევს საშვილოსნოს ღრუსა და ფალოპის მილებში.

ეფექტურობა

კონტრაცეპციული ღრუბლის ეფექტურობა არ არის მაღალი და ნაშობიარებ ქალებში შეადგენს 76-80% (20-24 ორსულობას 100 ქალზე/წელიწადში), ხოლო არანაშობიარებ ქალებში 88-91% (9-12 ორსულობა 100 ქალზე წელიწადში).

კონტრაცეპციული ღრუბლის გამოყენების უსაფრთხოება

აღნიშნულ მეთოდს არ აქვს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული არავითარი რისკი და რაიმე სომატური გვერდითი მოვლენები. ამდენად, ისინი უსაფრთხო ჩასახვისსაინააღმდეგო საშუალებებია.

კონტრაცეპციული ღრუბლის უპირატესობები

- მარტივია გამოსაყენებლად;
- ნაწილობრივად იცავს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისაგან;
- გავლენას არ ახდენს ძუძუთ კვებაზე.

კონტრაცეპციული ღრუბლის ნაკლოვანებები

- შედარებით დაბალი კონტრაცეპციული ეფექტურობა;
- ალერგია სპერმიციდზე;
- გამოიყენება ერთჯერადად;
- საჭიროა საშოსმხრივი მანიპულაცია სქესობრივი აქტის ჩატარებამდე;
- არ ხსნის არასასურველი ორსულობის შიშს.

კონტრაცეპციული ღრუბლის გამოყენების ჩვენებები

- გამოიყენება ქალებში, რომლებსაც აქვთ დაორსულების მცირე რისკი (იშვიათი სქესობრივი კავშირი ან გვიანი რეპროდუქციული ასაკი);
- გამოიყენება კომბინაციაში კონტრაცეფციის რითმულ მეთოდებთან;

- გამოიყენება, როგორც კონტრაცეფციის დროებითი მეთოდი კოკ-ის ან სშს გამოყენების შესვენებისას.

კონტრაცეპციული ღრუბლის გამოყენების უკუჩვენებები

- არასასურველი ორსულობის მაღალი რისკი;
- საშოს განვითარების ანომალია;
- კოლპიტი;
- ცერვიციტი;
- საშვილოსნოს პროლაფსი.

კონტრაცეპციული ღრუბლის გამოყენების წესი

ღრუბელს აქვს მომრგვალო ბალიშის ფორმა, რომელიც ერთი მხრიდან ჩაღრმავებულია. ღრუბლის ჩადგმა ხდება უშუალოდ სქესობრივი აქტის წინ. დიდი და საჩვენებელი თითის დახმარებით ღრუბელი შეგვაქვს საშოში და ვათავსებთ ისე, რომ ღრუბლის ჩაღრმავებული მხარე მოთავსდეს საშვილოსნოს ყელის მხარეს. ღრუბელი საშოში შეიძლება დარჩეს 24 სთ-ის განმავლობაში. ამ დროის განმავლობაში განმეორებითი სქესობრივი აქტის დროს დამატებითი დამცავი მეთოდის გამოყენება საჭირო არ არის. ღრუბელი ერთჯერადია და გამოყენების შემდეგ გამოუსადეგარია.

ვინ უნდა ჩაატაროს კონსულტირება

კონტრაცეპციული ღრუბლის მოხმარების არჩევისას კონსულტირების ჩატარება შეუძლიათ რეპორდუქტოლოგს, მეან-გინეკოლოგს, ოჯახის ექიმს.

ინსტრუქცია პაციენტებისთვის

- დაიბანეთ ხელები;
- ამოიღეთ ღრუბელი შეკვრიდან;
- მწოლიარე ან მჯდომარე მდგომარეობაში ღრუბელი დიდი და საჩვენებელი თითების გამოყენებით შეიტანეთ საშოში ღრმად, ისე რომ მისი ჩაღრმავებული მხარე მოთავსდეს საშვილოსნოს ყელის მხარეს;
- ღრუბელი საშოში შეგიძლიათ დატოვოთ 24 სთ-ის განმავლობაში, განმეორებითი სქესობრივი აქტის დროს არ არის საჭირო დამატებითი მეთოდის გამოყენებით.

კონდომი

გვერდითი მოვლენები და მათი მართვა

(რეპროდუქტოლოგიების, მეან-გინეკოლოგიებისა და ოჯახის ექიმებისათვის)

გვერდითი მოვლენა	შეფასება	მართვა
კონდომი გახეულია ან ეჭვობთ, რომ გახეულია (სქესობრივ ურთიერთობის დაწყებამდე)	შეამოწმეთ, კონდომს ნახვრეტი ხომ არ აქვს ან ხომ არ ჟონავს	გადაადგეთ და გამოიყენეთ ახალი კონდომი ან კონდომთან ერთად გამოიყენეთ სპერმიციდი
კონდომი იხევა ან ცურდება სქესობრივი ურთიერთობისას		თუ კონდომი გაიხა ან ეჭვობთ, რომ სპერმატოზოიდებმა შეიძლება გამოჟონოს, გამოიყენეთ გადაუდებელი კონტრაცეფციის მეთოდი
საეჭვო ალერგიული რეაქცია	<ul style="list-style-type: none"> – გამორიცხეთ ალერგიული ან მექანიკური რეაქციის არსებობა; – ინფექციის არსებობის გამოსარიცხად გააგზავნეთ პაციენტი რეპროდუქტოლოგთან / მეან-გინეკოლოგთან 	თუ სიმპტომები სქესობრივი ურთიერთობის მერეც რჩება და სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების (სგგი) არსებობა არ დასტურდება, დაეხმარეთ პაციენტს კონტრაცეფციის სხვა მეთოდის შერჩევაში
მამაკაცის სასქესო ასოს ადგილობრივი გაღიზიანება	დაადგინეთ, ალერგიული ან მექანიკური რეაქციის არსებობა ინფექციის არსებობის გამოსარიცხად გააგზავნეთ პაციენტი უროლოგთან	<p>თუ ალერგიული რეაქცია აშკარაა, მაშინ განიხილეთ ბუნებრივი მასალისაგან დამზადებული კონდომის ან კონტრაცეფციის სხვა მეთოდის გამოყენების საკითხი.</p> <p><i>შენიშვნა:</i> ბუნებრივი კონდომები არ იცავს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისაგან (მაგ., როგორცაა B ჰეპატიტი, აივ/შიდსი) და ისინი არ უნდა გამოიყენონ მათ, რომლებიც ამ დაავადების რისკის ქვეშ იმყოფებიან.</p>
შემცირებული სქესობრივი სიამოვნება	ერთი ან ორივე პარტნიორი ჩივის სქესობრივი კავშირის დროს შემცირებულ სიამოვნებაზე ან შეგრძნებაზე	თუ თხელი კონდომებიც არ გამოდგება ასეთ შემთხვევაში, დაეხმარეთ პაციენტს სხვა მეთოდის შერჩევაში

ქალის კონდომი

გვერდითი მოვლენები და მათი მართვა

(რეპროდუქტოლოგიების, მეან-გინეკოლოგიებისა და ოჯახის ექიმებისათვის)

გვერდითი მოვლენა	შეფასება	მართვა
კონდომი იხევა ან ურდება სქესობრივი ურთიერთობისას		თუ კონდომი გაიხევა ან ეჭვობთ, რომ სპერმატოზოიდებმა შეიძლება გამოჟონოს, განიხილეთ გადაუდებელი კონტრაცეფციის მეთოდის გამოყენების საკითხი
საექვო ალერგიული რეაქცია	<ul style="list-style-type: none"> – დაადგინეთ, ალერგიული ან მექანიკური რეაქციის არსებობა; – ინფექციის არსებობის გამოსარიცხად გააგზავნეთ პაციენტი რეპროდუქტოლოგთან / მეან-გინეკოლოგთან. 	თუ ალერგიული რეაქცია აშკარაა, დაეხმარეთ პაციენტს კონტრაცეფციის სხვა მეთოდის შერჩევაში
მამაკაცის სასქესო ასოს ადგილობრივი გაღიზიანება	<ul style="list-style-type: none"> – გამორიცხეთ ალერგიული რეაქციების არსებობა; – ინფექციის არსებობის გამოსარიცხად გააგზავნეთ პაციენტი უროლოგთან. 	თუ სიმპტომები სქესობრივი კავშირის მერეც რჩება და სგგი-ს არსებობა არ დასტურდება, დაეხმარეთ პაციენტს კონტრაცეფციის სხვა მეთოდის შერჩევაში (2-A, 3-A, 4-A)

სპერმიციდები

გვერდითი მოვლენები და მათი მართვა

(რეპროდუქტოლოგიების, მეან-გინეკოლოგიებისა და ოჯახის ექიმებისათვის)

გვერდითი მოვლენა	შეფასება	მართვა
ვაგინალური გაღიზიანება	საშოს გაღიზიანება შეიძლება იყოს გამოწვეული ალერგიით სპერმიციდზე ან გენიტალური ტრაქტის ინფექციით	თუ ალერგიული რეაქცია სპერმიციდის მიერაა გამოწვეული, პაციენტი გადაიყვანეთ სხვა ქიმიური შემადგენლობის სპერმიციდზე ან დაეხმარეთ მას სხვა მეთოდის შერჩევაში. ვაგინალური ინფექციის დასადგენად პაციენტი გააგზავნეთ რეპროდუქტოლოგთან / მეან-გინეკოლოგთან ან ჩაუტარეთ დამატებითი გამოკვლევები
მამაკაცის სასქესო	– დაადგინეთ ალერგიული	თუ სპერმიციდის მიერაა გამოწვეული,

ასოს გაღიზიანება და დისკომფორტის შეგრძნება მის არეში	ან მექანიკური რეაქციის არსებობა; – ინფექციის არსებობის გამოსარიცხად გააგზავნეთ პაციენტი უროლოგთან	პაციენტი გადაიყვანეთ სხვა სპერმიციდზე, რომელიც სხვაგვარი ქიმიური შემადგენლობისაა ან დაეხმარეთ მას სხვა მეთოდის შერჩევაში.
სიმბურვალის შეგრძნება საშოს მიდამოში შემაწუხებელია	შეამოწმეთ, პაციენტს ხომ არა აქვს ალერგიული ან ანთებითი რეაქცია.	დაარწმუნეთ, რომ სითბოს შეგრძნება ნორმალურია. თუ კიდევ შემოთებულია პაციენტი, გადაიყვანეთ სხვა სპერმიციდზე, რომელიც სხვაგვარი ქიმიური შემადგენლობისაა ან დაეხმარეთ მას კონტრაცეფციის სხვა მეთოდის შერჩევაში.
ვაგინალური ასაქაფებელი ტაბლეტები არ ღვდება	თუ პაციენტი მოითხოვს, შეამოწმეთ გაუხსნელი ტაბლეტი ჩასმის შემდეგ	შეარჩიეთ სხვა ტიპის სპერმაციდი, რომელიც სხვაგვარი ქიმიური შემადგენლობისაა ან დაეხმარეთ მას კონტრაცეფციის სხვა მეთოდის შერჩევაში.

დიაფრაგმა და საშვილოსნოს ყელის ჩაჩი

გვერდითი მოვლენები და მათი მართვა

(რეპროდუქტოლოგების, მეან-გინეკოლოგებისა და ოჯახის ექიმებისათვის)

გვერდითი მოვლენა	შეფასება	მართვა
ალერგია სპერმიციდებზე, რეზინზე	– დაადგინეთ ალერგიული რეაქციის არსებობა სპერმიციდზე ან რეზინზე; – ინფექციის არსებობის გამოსარიცხად ჩაუტარეთ დამატებითი გამოკვლევები ან გააგზავნეთ რეპროდუქტოლოგთან/ მეან-გინეკოლოგთან	სპერმიციდზე ალერგიის შემთხვევაში შეიძლება პაციენტი გადაიყვანოს სხვა სპერმიციდზე, რომელიც სხვაგვარი ქიმიური შემადგენლობისაა ან დაეხმარეთ მას სხვა მეთოდის შერჩევაში. ალერგიული რეაქციის შემთხვევაში რეზინზე, დაეხმარეთ პაციენტს კონტრაცეფციის სხვა მეთოდის შერჩევაში.
პაციენტის ან მისი პარტნიორის დისკომფორტი, შარდის შეკავება	საშვილოსნოს ყელის ჩაჩის ან დიაფრაგმის ზეწოლის შედეგია შარდის ბუშტზე ან სწორ ნაწლავზე	შეარჩიეთ სხვა ზომის ან ნაკლებად რიგიდული არშიის მქონე ჩაჩი ან დიაფრაგმა. თუ აღნიშნული სიმპტომები მაინც რჩება დაეხმარეთ პაციენტს სხვა მეთოდის შერჩევაში
საშარდე გზების ინფექცია	ინფექციის განვითარებას ხელს უწყობს ჩაჩის ან დიაფრაგმის ზეწოლა ურეთრაზე	საშარდე გზების ინფექციის დასადაგენად გააგზავნეთ პაციენტი ურილოგთან. რეკომენდებულია სხვა ტიპის ან

		ზომის ჩაჩის/დიაფრაგმის შერჩევა. თუ მაინც აღინიშნება რეციდივი ჩაჩის / დიაფრაგმის ტიპისა და ზომის შეცვლის შემდეგ საჭიროა კონტრაცეფციის სხვა მეთოდის შერჩევა
არასასიამოვნო სუნი საშოდან და მისი გალიზიანება	<ul style="list-style-type: none"> – შეამოწმეთ რამდენი საათია გასული ჩაჩის / დიაფრაგმის გამოყენებიდან; – ინფექციის არსებობის გამოსარიცხად გააგზავნეთ პაციენტი რეპროდუქტოლოგთან / მეან-გინეკოლოგთან ან ჩაუტარეთ დამატებითი გამოკვლევები და შესაბამისი მკურნალობა 	<p>აუხსენით პაციენტს, რომ ჩაჩის / დიაფრაგმის საშოში გაჩერება შესაძლებელია 8 სთ და მიუთითეთ თუ როგორ უნდა იქნეს დაცული მისი შენახვისა და დამუშავების წესი.</p> <p>თუ ჩაჩის/დიაფრაგმის გამოყენების, შენახვის, დამუშავების წესი პაციენტის მიერ არაა დარღვეული და მაინც აღინიშნება საშოდან არასასიამოვნო სუნის არსებობა, დაეხმარეთ პაციენტს კონტრაცეფციის სხვა მეთოდის შერჩევაში</p>

კონტრაცეპციული ღრუბელი

გვერდითი მოვლენები და მათი მართვა

(რეპროდუქტოლოგების, მეან-გინეკოლოგებისა და ოჯახის ექიმებისათვის)

გვერდითი მოვლენა	შეფასება	მართვა
ვაგინალური გალიზიანება	შეამოწმეთ, პაციენტს ხომ არ აქვს ალერგიული ან ანთებითი რეაქცია. ინფექციის არსებობის გამოსარიცხად გააგზავნეთ პაციენტი რეპროდუქტოლოგთან ან მეან-გინეკოლოგთან ან ჩაუტარეთ დამატებითი გამოკვლევები	სპერმიციდის მიერ გამოწვეული გალიზიანების შემთხვევაში გადაიყვანეთ სხვა სპერმიციდულ ღრუბელზე, რომელიც სხვაგვარი ქიმიური შემადგენლობისაა ან დაეხმარეთ პაციენტს კონტრაცეფციის სხვა მეთოდის შერჩევაში
მამაკაცის სასქესო ასოს გალიზიანება და დისკომფორტის შეგრძნება	გამორიცხეთ ალერგიული რეაქციის არსებობა. ინფექციის არსებობის გამოსარიცხად გააგზავნეთ პაციენტი უროლოგთან	თუ აღნიშნული სიმპტომები სპერმიციდის მიერაა გამოწვეული, პაციენტი გადაიყვანეთ სხვა ქიმიური შემადგენლობის სპერმიციდულ ღრუბელზე ან დაეხმარეთ სხვა მეთოდის შერჩევაში

სამედიცინო კრიტერიუმები ბარიერული მეთოდების გამოყენებისათვის (ჯანმო-ს კატეგორიები)

ბარიერული მეთოდი

სგგი/აივ რისკის არსებობისას რეკომენდებულია, კონდომის სწორი და თანმიმდევრული გამოყენება, რადგან ის ყველაზე ეფექტური მეთოდია. ქალის კონდომის გამოყენება ეფექტური და უსაფრთხოა, მაგრამ ეროვნული პროგრამებით არ ხდება, მისი ფართოდ გამოყენება, როგორც მამაკაცის კონდომის.

პირობა	კატეგორია	განმარტებები / მტკიცებულება
* დამატებითი კომენტარები ცხრილის ქვემოთ	დ = დაწყება, გ = გაგრძელება კონდომი სპერმიციდი დიაფრაგმა	

ქალები, ვისთვისაც ორსულობა უკუნაჩვენებია, არ უნდა ურჩიონ ბარიერული მეთოდი, თუ მათ არ აქვთ შესაძლებლობა მისი თანმიმდევრულად და სწორად გამოყენების, რადგან იზრდება წარუმატებლობის რისკი.

პირადი მახასიათებლები და რეპროდუქციული ისტორია

ორსულობა	აშ	აშ	აშ	აშ = არ შეესაბამება
				განმარტება: თუ ქალი ორსულობისას სგგი/აივ რისკის ქვეშ იმყოფება, რეკომენდებულია მათ გამოიყენონ მამაკაცის კონდომი სწორად და თანმიმდევრულად.
ასაკი				
ა) მენარხედან < 40 წ-ზე	1	1	1	
ბ) ≥ 40 წ-ზე	1	1	1	
მშობიარობა ანამნეზში				
ა) არანამშობიარეები	1	1	1	განმარტება: საშვილოსნოს ყელის ჩაჩის გამოყენების წარუმატებლობის რისკი მაღალია ნამშობიარე ქალებში, ვიდრე არანამშობიარე ქალებში.
ბ) ნამშობიარეები	1	1	2	
მშობიარობის შემდგომ				
ა) < 6 კვირამდე	1	1	აშ	განმარტება: დიაფრაგმა და საშვილოსნოს ყელის ჩაჩი არ გამოიყენება.
ბ) ≥ 6 კვირის შემდეგ	1	1	1	არ გამოიყენება მშობიარობის შემდეგ საშვილოსნოს სრულ ინვოლუციამდე.
აბორტის შემდგომი				
ა) პირველი ტრიმესტრი	1	1	1	
ბ) მეორე ტრიმესტრი	1	1	1	არ გამოიყენება მეორე ტრიმესტრის აბორტიდან 6 კვირის განმავლობაში.
გ) სეპტიური აბორტის შემდეგ	1	1	1	
საშვილოსნოსგარე ორსულობა ანამნეზში				
მენჯის ქირურგიული ჩარევები ანამნეზში	1	1	1	

მწვეელი ქალები

ა) ასაკი < 35 წ-ზე	1	1	1
ბ) ასაკი ≥ 35 წ-ზე			
გ) < 15 სიგარეტზე / დღეში	1	1	1
დ) ≥ 15 სიგარეტზე / დღეში	1	1	1
სიმსუქნე*			
ა) ≥ 30 კგ/მ ² BMI	1	1	1
ბ) მენარხე < 18 წლამდე და ≥ 30 კგ/მ ² BMI	1	1	1
არტერიული წნევის გაზომვა არ არის ხელმისაწვდომი	აშ	აშ	აშ

განმარტება: არტერიული წნევის გაზომვა შეესაბამება ჯანდაცვის კარგ პრევენციას, როცა წნევის შეფასება ვერ ხერხდება, ქალებმა მაინც არ უნდა თქვან უარი ბარიერული მეთოდია გამოყენებაზე.

გულ-სისხლძარღვთა დაავადება

გულ-სისხლძარღვთა დაავადების რისკ-ფაქტორები (ხანდაზმული ასაკი, მოწევა, დიაბეტი, ჰიპერტენზია და დადგენილი ჰიპერლიპიდემია)	1	1	1
ჰიპერტენზია			
ა) ანამნეზში ჰიპერტენზია (ჰიპერტენზია ორსულობისას, გესტაციური ჰიპერტენზიის ჩათვლით)	1	1	1
ბ) კონტროლირებადი ჰიპერტენზია	1	1	1
გ) მომატებული არტერიული წნევა	1	1	1
დ) სისტოლური 140–159 ან დიასტოლური 90–99 mm Hg	1	1	1
ე) სისტოლური ≥ 160 ან დიასტოლური ≥ 100 mm Hg	1	1	1
ვ) სისხლძარღვოვანი დაავადება	1	1	1
ანამნეზში გესტაციური ჰიპერტენზია	1	1	1

(მიმდინარე წნევა ნორ-
მაში)

**ღრმა ვენების თრომ-
ბოზი (ღვთ) ფილტვის
არტერიის ემბოლია
(ფე)**

ა) ანამნეზში ღვთ/ფე	1	1	1
ბ) ამჟამად ღვთ/ფე	1	1	1
გ) ღვთ/ფე და ანტიკოა- გულაციური თერაპია	1	1	1
დ) ოჯახური ისტორია (პირველი რიგის ნათე- სავეებში)	1	1	1
ე) დიდი მოცულობის ოპერაცია	1	1	1
ვ) ხანგრძლივი იმობი- ლიზაცია	1	1	1
ზ) ხანგრძლივი იმობი- ლიზაციის გარეშე	1	1	1
თ) მცირე ქირურგიუ- ლი ჩარევა იმობილი- ზაციის გარეშე	1	1	1

**დადგენილი თრომბო-
გენური მუტაცია**
(ლეიღინის V ფაქტო-
რი, თრომბინის მუტა-
ცია, პროტეინ S, პრო-
ტეინ C და ანტითრომ-
ბინის დეფიციტი)

1	1	1
---	---	---

განმარტება: რუტინული სკრინინგი მიზანშეწონილი არ არის, რადგან ეს იშვიათი მდგომარეობაა, სკრინინგის ღირებულება კი მაღალია.

**ზედაპირული ვენების
თრომბოზი**

ა) ვენების ვარიკოზუ- ლი გაგანიერება	1	1	1
ბ) ზედაპირული ვენე- ბის თრომბოზი	1	1	1

**ამჟამად და ანამნეზში
გულის იშემიური და-
ავადება**

1	1	1
---	---	---

ინსულტი
(ანამნეზში თავის
ტვინის სისხლის
მიმოქცევის მოშლა)

1	1	1
---	---	---

**დადგენილი ჰიპერლი-
პიდემია სხვა გულ-**

1	1	1
---	---	---

განმარტება: რუტინული სკრინინგი მიზანშეწონილი არ არის, რადგან ეს

სისხლძარღვთა რისკ-ფაქტორების გარეშე გულის სარქველების დაავადება

იშვიათი მდგომარეობაა, სკრინინგის ღირებულება კი მაღალია.

ა) გაურთულებელი	1	1	1
ბ) გართულებული (ფილტვის ჰიპერტენზია, წინაგულების ფიბრილაცია, ქვემწვავე ბაქტერიული ენდოკარდიტი)	1	1	2

რევმატული დაავადებები

სისტ. ლუპუს ერითემატოზი

ა) დადებითი ან უცნობი ანტიფოსფოლიპიდური ანტისხეულები, ანტიფოსფოლია	1	1	1
ბ) მწვავე თრომბოციტოპენია	1	1	1
გ) იმუნოსუპრესიული თერაპია	1	1	1
დ) არც ერთი ჩამოთვლილი	1	1	1

ნევროლოგიური მდგომარეობები

თავის ტკივილი

ა) არა შაკიკი (მძიმე ან ზომიერი)	1	1	1
ბ) შაკიკი	1	1	1
გ) აურის გარეშე ასაკი < 35 წ-ზე ასაკი ≥ 35 წ-ზე	1	1	1
დ) აურით ნებისმიერ ასაკში	1	1	1
ეპილეფსია	1	1	1

დეპრესია

დეპრესია	1	1	1
----------	---	---	---

რეპროდუქციული ტრაქტის ინფექციები და დაავადებები

უცნობი გენეზის ვაგინალური სისხლდენა (საექვო სერიოზული მდგომარეობა) დიაგნოზის განსაზღვრამდე	1	1	1
--	---	---	---

განმარტება: ორსულობაზე (მენჯში ავთვისებიან პროცესზე) ან სხვა რაიმე პათოლოგიურ პროცესზე ეჭვის არსებობისას, საჭიროა ჯერ მდგომარეობის შეფასება და მერე კატეგორიის განსაზღვრა.

ენდომეტრიოზი	1	1	1	
საკვერცხის კეთილ- თვისებიანი სიმსივ- ნეები (კისტების ჩათვლით)	1	1	1	
გესტაციური ტროფო- ბლასტური დაავადება				
ა) არ არის გამოვლენი- ლი ან β -hCG დონე და- ქვეითებულია	1	1	1	
ბ) β -hCG დონე პერსის- ტირებს ან ავთვისე- ბიანი დაავადება	1	1	1	
საშვილოსნოს ყელის ექტროპიონი	1	1	1	
ცერვიკალური ინტრა- ეპითელიური ნეოპლა- ზია (CIN)	1	1	1	განმარტება: საშვილოსნოს ყელის ჩაჩი არ გამოიყენება. დიაფრაგმის გამოყე- ნება არ იზღუდება.
საშვილოსნოს ყელის კიბო	1	2	1	განმარტება: საშვილოსნოს ყელის ჩაჩი არ გამოიყენება. დიაფრაგმის გამოყე- ნება არ იზღუდება.
სარძევე ჯირკვლის დაავადება				
სიმსივნის სახეობა არ არის დადგენილი	1	1	1	
კეთილთვისებიანი დაავადება	1	1	1	
ძუძუს კიბოს ოჯახური ისტორია	1	1	1	
ძუძუს კიბო				
ამჟამად	1	1	1	
ანამნეზში ბოლო 5 წლის განმავლობაში გამოვლინების გარეშე	1	1	1	
ენდომეტრიუმის კიბო	1	1	1	
საკვერცხის კიბო	1	1	1	
საშვილოსნოს ფიბ- რომა				
ა) საშვილოსნოს ღრუს დეფორმაციის გარეშე	1	1	1	
ბ) საშვილოსნოს ღრუს დეფორმაციით	1	1	1	
ანატომიური პათო- ლოგიები				
	1	1	აშ	აშ = არ შეესაბამება

განმარტება: პროლაფსის შემთხვევაში დიაფრაგმის გამოყენება შეუძლებელია. ქალებს, რომელთაც დარღვეულია აქვთ საშვილოსნოს ყელის ანატომია, საშვილოსნოს ყელის ჩაჩი არ გამოიყენება.

**მცირე მენჯის ღრუს
ორგანოების ანთებითი
დაავადება (მმლოად)**

ანამნეზში მმლოად

შემდგომში ორსულობით 1 1 1

შემდგომში ორსულობის გარეშე 1 1 1

ამჟამად მმლოად 1 1 1

სგგი

ამჟამად (ჩირქოვანი ცერვიციტი ან ქლამიდია ან გონორეა) 1 1 1

სხვა სგგი (აივ და ჰეპატიტების გარდა) 1 1 1

ვაგინიტი (ტრიქომონიაზი და ბაქტერიული ვაგინოზი) 1 1 1

სგგი გაზრდილი რისკი 1 1 1

აივ/შიდსი

აივ-ის მაღალი რისკი 1 4 4

მტკიცებულება: სპერმიციდ ნონოქსი-ნოლ-9 ხშირი გამოყენება დაკავშირებულია გენიტალიების დაზიანების მაღალ რისკთან, რაც ასევე ზრდის აივ დაინფიცირების რისკს.

ასიმპტომური ან საშუალო სიმძიმის აივ კლინიკური დაავადება (ჯანმო 1 ან 2 სტადია)* 1 3 3

მძიმე აივ კლინიკური დაავადება (ჯანმო 3 ან 4 სტადია)* 1 3 3

სხვა ინფექციები

შისტოსომიაზი

გაურთულებელი 1 1 1

ღვიძლის ფიბროზი 1 1 1

ტუბერკულოზი

ექსტრაგენიტალური ლოკალიზაცია	1	1	1
გენიტალური	1	1	1
მალარია	1	1	1
ტოქსიკური შოკის სინდრომი ანამნეზში*	1	1	3
საშარდე გზების ინფექცია	1	1	2

ენდოკრინული მდგომარეობები

დიაბეტი

გესტაციური დიაბეტი ანამნეზში			
არასისხლმარღვოვანი დაავადება	1	1	1
ინსულინ-დამოუკი- დებელი	1	1	1
ინსულინ-დამოკიდე- ბული	1	1	1
ნეფროპათია/რეტინო- პათია ნეიროპათია	1	1	1
სისხლმარღვოვანი და- ავადებები ან დიაბეტი > 20 წელზე მეტი დრო- ით	1	1	1

ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები

ა) ჩიყვი (მსუბუქი ფორმა)	1	1	1
ბ) ჰიპერთირეოზი	1	1	1
გ) ჰიპოთირეოზი	1	1	1

გასტროინტესტინალური მდგომარეობები

სანაღვლე გზების და- ავადებები სიმპტომე- ბით

ქოლეცისტექტომია ანამნეზში			
ნამკურნალები	1	1	1
ამჟამად	1	1	1
სიმპტომური	1	1	1
ქოლესტაზი ანამნეზში			
დაკავშირებული	1	1	1
ორსულობასთან			
კოკ-ს მიღებასთან დაკავშირებული	1	1	1

ვირუსული

ჰეპატიტები

აქტიური ფორმა	1	1	1
ვირუსის მატარებელი	1	1	1
ქრონიკული ფორმა	1	1	1

ციროზი

მსუბუქი ფორმა	1	1	1
(კომპენსირებული)	1	1	1

მძიმე ფორმა
(დეკომპენსირებული)

ღვიძლის სიმსივნეები

კეთილთვისებიანი	1	1	1
კვანძოვანი ჰიპერ- პლაზია ჰეპატოცელუ- ლური ადენომა	1	1	1
ავთვისებიანი (ჰეპატომა)	1	1	1

ანემიები

თალასემია	1	1	1
ნამგლისებრუჯრედო- ვანი ანემია	1	1	1
რკინა-დეფიციტური ანემია	1	1	1

ურთიერთქმედება სამკურნალო პრეპარატებთან

**ანტირეტროვირუსუ-
ლი თერაპია (ართ)
ნუკლეოზიდის უკუ-
ტრანსკრიპტაზას
ინჰიბიტორები (ნუკი)**

თერაპიის გავლენა, თუმცა სპერიმიცი-
დებსა და დიაფრაგმას მიენიჭა მე-3
კატეგორია.

აბაკავირი	1	3	3
ტენოფოვირი	1	3	3
ზიდოვუდინი	1	3	3
ლამივუდინი	1	3	3
დიდანოზინი	1	3	3
ემტრიკიტაბინი	1	3	3
სტავუდინი	1	3	3
ანალოგები	1	3	3

**ნუკლეოზიდის
უკუტრანსკრიპტაზას
ინჰიბიტორის (NNRtIs)**

ეფავირეზი	1	3	3
ეტრავირინი	1	3	3
ნევირაპინი	1	3	3
რილპივირინი	1	3	3

პროტეაზას ინჰიბიტორები (პი)

რიტონავირი-აქტიური ატაზანავირით	1	3	3
რიტონავირი-აქტიური ლოპინავირით	1	3	3
რიტონავირი-აქტიური დარუნავირით	1	3	3
რიტონავირი	1	3	3

ინტეგრაზას

ინჰიბიტორები

რალტეგრავირი	1	3	3
--------------	---	---	---

კრუნჩხვის საწინააღმდეგო თერაპია

კონკრეტული ანტი-კონვულსანტები (ფენიტონი, კარბამაზეპინი, ბარბიტურატები, პრიმიდონი, ტოპირამატი, ქსკარბაზეპინი)	1	1	1
ლამოტრიჯინი	1	1	1

ანტიბიოტიკები

ფართო სპექტრის ანტიფუნგალური	1	1	1
ანტიპარაზიტული პრეპარატები	1	1	1
რიფამპინი ან რიფაბუტინით თერაპია	1	1	1

ალერგია ლატექსზე	3	1	3
------------------	---	---	---

განმარტება: ეს არ ვრცელდება პლასტიკურ კონდომზე/დიაფრაგმაზე.

დამატებითი კომენტარები:

სიმსუქნე

მძიმე სიმსუქნის არსებობისას რთულია, საშვილოსნოს ყელის ჩაჩის და დიაფრაგმის ჩადგმა.

გულის სარქველების დაავადება

საშარდე გულების ინფექციის არსებობისას, დიაფრაგმის გამოყენება ქმნის ქვემწვავე ბაქტერიული ენდოკარდიტის განვითარების რისკს.

საშვილოსნოს ყელის კიბო

სპერმიციდ ნონოქსინოლ-9 ხშირი გამოყენება ზრდის საშოსა და საშვილოსნოს ყელის დაზიანების რისკს.

აივ ინფექციის მაღალი რისკი

აივ ინფექციის მაღალი რისკისას სპერმიციდის და არა დიაფრაგმის გამოყენება, განეკუთვნება 4 კატეგორიას.

ასიმპტომური ან საშუალო სიმძიმის აივ

(ჯანმო 1 ან 2 სტადია)

სპერმიციდები და დიაფრაგმა (სპერმიციდებით) აზიანებს საშვილოსნოს ყელის ლორწოვანს, რაც ზრდის არადანფიცირებულ პარტნიორში ვირუსის ტრანსმისიის რისკს.

მძიმე ფორმის აივ

(ჯანმო 3 ან 4 სტადია)

სპერმიციდები და დიაფრაგმა (სპერმიციდებით) აზიანებს საშვილოსნოს ყელის ლორწოვანს, რაც ზრდის არადანფიცირებულ პარტნიორში ვირუსის ტრანსმისიის რისკს.

ანამნეზში ტოქსიური შოკი

დიაფრაგმის გამოყენება დაკავშირებულია ტოქსიური შოკის სინდრომის განვითარებასთან.

საშარდე გზების ინფექცია

დიაფრაგმის და სპერმიციდების გამოყენება პოტენციურად ზრდის საშარდე გზების ინფექციის განვითარების რისკს.

გადაუდებელი კონტრაცეფცია

გადაუდებელი კონტრაცეფცია არის კონტრაცეფციის მეთოდი, რომლის გამოყენება ორსულობის თავიდან აცილების მიზნით შეიძლება დაუცველი სქესობრივი კავშირის შემდეგ. კონტრაცეფციის ამ მეთოდს ზოგჯერ ეძახიან „შემდეგი დილის აბებს“ ან „პოსტკოიტალურ“ კონტრაცეფციას. თუმცა უმჯობესია ტერმინის „გადაუდებელი კონტრაცეფცია“ გამოყენება, რომელიც უკეთესად გამოხატავს მის მნიშვნელობას; ეს ტერმინი მიაჩნდება, რომ მისი ხშირად გამოყენება არ შეიძლება და თან არ ქმნის მცდარ წარმოდგენას იმაზე, რომ აბები უნდა მიიღონ აუცილებლად მეორე დილით სქესობრივი კავშირის შემდეგ ან მაშინვე სქესობრივი კავშირის დამთავრებისთანავე.

გადაუდებელი კონტრაცეფციის ტიპები

გადაუდებელი კონტრაცეფციის მიზნით გამოიყენება:

- პროგესტინული აბები (პა);
- ულიპრისტალ აცეტატი;
- მიფეპრისტონი;
- კოკ-ი (კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივი);
- სშს (საშვილოსნოსშიგა საშუალება).

მოქმედების მექანიზმი

გადაუდებელი კონტრაცეფციის აბების (გკა) მოქმედების ზუსტი მექანიზმი ცნობილი არ არის. თუმცა, როგორც კვლევებმა აჩვენეს გადაუდებელი კონტრაცეფციისათვის აბების გამოყენება ახდენს ოვულაციის ინჰიბირებას ან გადატანას. ლევონორგესტრელისა (ლნგ) და ულიპრისტალის გამოყენება პრეოვულატორულ პერიოდში იწვევს ოვულაციის პროცესის გადაწევას. ლევონორგესტრელის გამოყენებისას, როდესაც ფოლიკულის ზომა არის < 15 მმ, ადგილი აქვს ფოლიკულის გასკდომის პრევენციას ან ოვულაციის პროცესის დარღვევას (არ არის მალუ-თენიზირებული ჰორმონის (მჰ) პიკი ან მჰ პიკი არის ფოლიკულის გასკდომის შემდეგ).

ოვულაციის პერიოდში ლევონორგესტრელისა და ულიპრისტალის გამოყენება იწვევს ოვულაციის ინჰიბირების 5 დღით, ამ მონაკვეთში ქალის რეპროდუქციულ ტრაქტში არსებული სპერმატოზოიდები (სპერმა) კარგავს განაყოფიერების უნარს.

ჰორმონული აბების გამოყენების დროს დაორსულების თავიდან აცილება შესაძლებელია:

- საშვილოსნოს ყელის ლორწოში სპერმატოზოიდების შეღწევადობაზე გავლენის მოხდენით;
- სპერმატოზოიდების, ან კვერცხუჯრედების ტრანსპორტირების შეცვლით;
- ყვითელი სხეულის ფუნქციის შეფერხებით;
- განაყოფიერების შეფერხებით;
- იმპლანტაციის შეფერხებით.

სშს მოქმედების მექანიზმი განპირობებულია განაყოფიერების ინჰიბიციით. სისტემური მიმოხილვისას აღმოჩნდა, რომ სშს არ იწვევს აბორტის განვითარებას, არამედ მოქმედებს უშუალოდ განაყოფიერების პროცესზე ამცირებს სპერმატოზოიდების მოძრაობის უნარს და კვერცხუჯრედის მომწიფების პროცესს, ხოლო მეორადა არღვევს იმპლანტაციის პროცესს.

გადაუდებელი კონტრაცეფციის არცერთი მეთოდი არ ხდენს ზემოქმედებას უკვე არსებულ ორსულობაზე და არ იწვევს თვითნებით აბორტს.

ეფექტურობა

გა-ს გამოყენების კონტრაცეპციული ეფექტურობა ერთი დაუცველი სქესობრივი აქტიდან 96 - 120სთ-ის განმავლობაში შეადგენს 60%-93%, ხოლო კოკ-ის გამოყენებისას („იუზპეს რეჟიმი“) 56%-93%. საშუალოდ ჰორმონული აბების გამოყენება გადაუდებელი კონტრაცეპციისათვის ამცირებს არასასურველი ორსულობის რისკს 75%.

სშს კონტრაცეპციული ეფექტურობა შეადგენს 99%.

გადაუდებელი კონტრაცეფციის გამოყენების უსაფრთხოება

გადაუდებელი კონტრაცეპცია უსაფრთხო მეთოდია. 20 წელზე მეტია, რაც იგი გამკოიყენება, მაგრამ სიკვდილიანობა ან რაიმე სერიოზული სამედიცინო გართულება არ დაფიქსირებულა.

- გადაუდებელი კონტრაცეპციის მიზნით გამოყენებულ აბებში ჰორმონების დოზა შედარებით მცირეა; ესტროგენებისა და/ან პროგესტინების მოკლენიანი ზემოქმედება, როგორც ჩანს, ვერ ცვლის სისხლის შედედების მექანიზმებს, რაც შეიძლება მოხდეს კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების (კოკ) უფრო ხანგრძლივი დროის განმავლობაში გამოყენებისას;
- კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების გადაუდებელ კონტრაცეპციისთვის გამოყენება არ არის დაკავშირებული ნაყოფის სიმახინჯეებთან ან თანდაყოლილ დეფექტებთან;
- არსებული მონაცემები მიუთითებს, რომ გადაუდებელი კონტრაცეფცია არ ზრდის ექტოპიური ორსულობის შესაძლებლობას.

გადაუდებელი კონტრაცეფციის უპირატესობები

- დამტკიცებული უსაფრთხოება;
- იოლად ხელმისაწვდომი (ორივე – კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივები და მხოლოდ ლევონორგესტრელის შემცველი აბები);
- თრგუნავს ოვულაციას, განაყოფიერებას ან იმპლანტაციის პროცესებს;
- ამცირებს აბორტის საჭიროებას;
- ამცირებს არასასურველი ორსულობის რისკს;
- გამოიყენება დაუცველი სქესობრივი კავშირის შემდეგ (გაუპატიურებისა და კონტრაცეპტივის არაეფექტურობის ჩათვლით);
- გამოიყენება ახალგაზრდებში, რომლებიც ნაკლებად სავარაუდოა, რომ პირველი სქესობრივი კავშირისთვის იყვნენ მომზადებულნი;
- გვერდითი მოვლენები გრძელდება მოკლე ხანს.

გადაუდებელი კონტრაცეფციის ნაკლოვანებები

- არ იცავს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისაგან (სგგი) და აივ/შიდსისაგან;
- არ უზრუნველყოფს უკვე არსებულ ორსულობის შეწყვეტას;
- უნდა იქნას გამოყენებული დაუცველი სქესობრივი კავშირიდან სამი დღის განმავლობაში, რაც შეიძლება მალე;
- შეიძლება გამოიწვიოს გულისრევა და ზოგჯერ ღებინება, განსაკუთრებით კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების მიღების შემთხვევაში;
- არ არის მიღებული რეგულარული გამოყენებისათვის.

გადაუდებელი კონტრაცეფციის გამოყენების ჩვენებები

გამოიყენება ორსულობის თავიდან აცილების მიზნით დაუცველი სქესობრივი კავშირის შემდეგ ისეთი შემთხვევების ჩათვლით, როგორცაა:

- კონტრაცეპტული საშუალების არგამოყენება;
- კონტრაცეპტივის გამოყენებასთან დაკავშირებული გაუთვალისწინებელი შემთხვევა ან მისი არასწორი გამოყენება, რაც მოიცავს შემდეგს:
 - კონდომის გახევა, ჩამოცურება ან არასწორად გამოყენება;
 - ზედიზედ ორი კონტრაცეპტული აბის გამოტოვება;
 - პროგესტინის შემცველი კონტრაცეპტული ინექციის გაკეთება ორ კვირაზე მეტი დაგვიანებით;
 - სამ დღეზე მეტი ხნით დაგვიანებით კომბინირებული ესტროგენ/პროგესტინის შემცველი ინექციის გაკეთება;
 - სპერმიციდის ტაბლეტი ან სანთელი არ დნება სქესობრივ კავშირამდე;
 - დიაფრაგმის ან საშვილოსნის ჩაჩის გადაადგილება, დაზიანება, გახევა ან დროზე ადრე ამოღება;
 - სქესობრივი აქტის შეწყვეტისას წარუმატებლობა (მაგ. ეაკულაცია საშოში ან გარეთა სასქესო ორგანოებზე);
 - პერიოდული თავშეკავების მეთოდის არასწორად გამოთვლა ან ციკლის ფერტილური დღის არასწორად განსაზღვრა;
 - საშვილოსნოსშიგა საშუალების გამოვარდნა;
 - სქესობრივი ძალადობისას, როდესაც ქალი არ იყო დაცული კონტრაცეპტული მეთოდით.

პროგესტინული აბების გამოყენების წესი

- პაციენტმა დაუცველი სქესობრივი აქტის შემდეგ სასწრაფოდ (არა უგვიანეს 96 სთ-ის) უნდა მიიღოს 1,5 მგ ლევონორგესტრელის შემცველი 1 აბი ერთჯერადად;
- პაციენტმა დაუცველი სქესობრივი აქტის შემდეგ სასწრაფოდ (არაუგვიანეს 90 სთ-ისა) უნდა მიიღოს 0,75 მგ ლევონორგესტრელის შემცველი 1 აბი. 12 სთ-ის შემდეგ კვლავ უნდა მიიღოს 0,75 მგ ლევონორგესტრელის შემცველი 1 აბი;
- პაციენტმა დაუცველი სქესობრივი აქტის შემდეგ სასწრაფოდ (არაუგვიანეს 72 სთ-ისა) უნდა მიიღოს 4 აბი დაბალდოზიანი (30-35 მგ ეთინილ ესტრადიოლი). 12 სთ-ის შემდეგ განმეორებით უნდა მიიღოს 4 აბი;;
- პაციენტმა დაუცველი სქესობრივი აქტის შემდეგ სასწრაფოდ (არაუგვიანეს 120 სთ-ისა) უნდა მიიღოს 10 მგ მიფეპრისტონი;
- პაციენტმა დაუცველი სქესობრივი აქტის შემდეგ სასწრაფოდ (არაუგვიანეს 120 სთ-ისა) უნდა მიიღოს 30 მგ ულიპრისტალ აცეტატი;
- სშს უნდა ჩაედგას პაციენტს დაუცველი სქესობრივი აქტიდან 120 სთ-ის განმავლობაში.

პა და კოკ-ის გამოყენება შესაძლებელია 120 სთ-ის განმავლობაშიც, თუმცა მათი კონტრაცეპტიული ეფექტურობა მცირდება. კოკ-ის გამოყენებისას ყოველი დოზა უნდა შეიცავდეს მინიმუმ 100 მკგ (0,1 მგ.) ეთინილესტრადიოლსა და 500 მკგ (0,5 მგ) ლევონორგესტრელს.

სშს ჩადგმისას გათვალისწინებული უნდა იყოს მისი გამოყენების უკუჩვენებები.

პა და კოკ-ის გამოყენების უკუჩვენება გადაუდებელი კონტრაცეფციისთვის არ არსებობს.

გვერდითი მოვლენები და გართულებები

- გულსირევა: აღნიშნება პაციენტების 50%-ში, რომლებიც გადაუდებელი კონტრაცეფციისთვის იყენებენ კოკ-ს. პა გამოყენებისას ეს მონაცემი 20% შეადგენს;
- პირღებინება აღნიშნებათ პაციენტების 20%-ს, რომლებიც გადაუდებელი კონტრაცეფციისთვის იყენებენ კოკ-ს. პა გამოყენებისას ეს მონაცემი შეადგენს 4%;
- არარეგულარული სისხლიანი გამონადენი დამახასიათებელია კოკ-ისა და პა გამოყენების 10-20%-ში;
- შესაძლებელია მენსტრუაციის გადაცდენა 7 დღის ფარგლებში. თუ პაციენტს აღნიშნება მენსტრუაციის გადაცდენა 7 დღეზე მეტი, აუცილებლად უნდა გამოირიცხოს ორსულობა;
- სხვა გვერდითი მოვლენები, როგორცაა, მკერდის დაჭიმულობა, თავის ტკივილი, საერთო სისუსტე და ტკივილი მუცლის ქვედა მესამედში ძალიან იშვიათია. აღსანიშნავია, რომ გვერდითი მოვლენები შეიძლება გაგრძელდეს არა უმეტეს 24 სთ-ისა. სშს დამახასიათებელი გვერდითი მოვლენები და გართულებები იხილეთ (სშს გაიდლაინში).

ვინ უნდა ჩაატაროს კონსულტირება გადაუდებელი კონტრაცეფციაზე

გადაუდებელი კონტრაცეფციის დანიშვნა შეუძლია რეპროდუქტოლოგს, მეან-გინეკოლოგს, ოჯახის ექიმს. სშს ჩადგმა შეუძლია რეპროდუქტოლოგსა და მეან-გინეკოლოგს.

ინსტრუქცია პაციენტებისათვის

- ზუსტად აუხსენით გადაუდებელი კონტრაცეფციის მიღების წესი;
- ურჩიეთ ჰორმონული აბები გადაუდებელი კონტრაცეფციისათვის მიიღოს საკვების მიღების შემდეგ;
- გააფრთხილეთ პაციენტი, რომ გადაუდებელი კონტრაცეფციის აბების მიღება არ იცავს მას შემდგომი დაუცველი სქესობრივი აქტის შემთხვევაში;
- აუხსენით, თუ როდის უნდა გადავიდეს რეგულარულ კონტრაცეპციაზე;
- გააფრთხილეთ პაციენტი, რომ თუ მას 7 დღეზე მეტად გადაუცდება მენსტრუაცია დროულად მიმართოს ექიმს;
- გააფრთხილეთ შესაძლო გვერდითი მოვლენების შესახებ.

რეგულარული კონტრაცეფციის დაწყება გადაუდებელი კონტრაცეფციის შემდეგ

- კონდომი: შეიძლება გამოყენება გადაუდებელი კონტრაცეფციის გამოყენებისთანავე;
- დიაფრაგმა: შეიძლება გამოყენება გადაუდებელი კონტრაცეფციის გამოყენებისთანავე;
- კოკ-ი: შეიძლება გამოყენება გადაუდებელი კონტრაცეფციის გამოყენებისთანავე;
- საინექციო კონტრაცეფცია: პირველი ინექცია შეიძლება გაკეთდეს შემდეგ მენსტრუალური ციკლის პირველი 7 დღის განმავლობაში;
- იმპლანტები: იმპლანტი შეიძლება ჩაიდგას შემდეგ მენსტრუალური ციკლის პირველი 5 დღის განმავლობაში;
- სშს: შეიძლება ჩაიდგას შემდეგი მენსტრუალური ციკლის პერიოდში;
- ბუნებრივი მეთოდები: შეიძლება გამოყენებული იყოს შემდეგ მენსტრუალურ ციკლში.

გადაუღებელი კონტრაცეპტული აბები (გკა)

გადაუღებელი კონტრაცეპტული აბები (გკა)

გკა არ იცავს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისაგან (სგგდ), აივ-ს ჩათვლით. სგგი/აივ რისკის არსებობისას რეკომენდირებულია, კონდომის სწორი და თანმიმდევრული გამოყენება, რადგან ის ყველაზე ეფექტური მეთოდია. ქალის კონდომის გამოყენება ეფექტური და უსაფრთხოა, მაგრამ ეროვნული პროგრამებით არ ხდება, მისი ფართოდ გამოყენება, როგორც მამაკაცის კონდომის.

პირობა	კატეგორია			განმარტებები/მტკიცებულება
	კოკ	ლნგ	უპა†	
† რეკომენდაციები მიმოხილულია კვსკ-ს მე-5 გამოცემისათვის, დამატებითი დეტალები ცხრილის ქვემოთ *დამატებითი კომენტარები ცხრილის ქვემოთ	კოკ = კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივი ლნგ = ლევონორგესტრელიანი კონტრაცეპტივი უპა = ულიპრისტალის აცეტატი			
ორსულობა	აშ	აშ	აშ	აშ = არ შეესაბამება განმარტება: ეს მეთოდი არ არის ნაჩვენები ქალისთვის საექვო ორსულობისას, მიუხედავად ამისა, უცნობია გკა-ს შემთხვევითი გამოყენება საზიანოა თუ არა ქალისთვის, ორსულობის მიმდინარეობისთვის ან ნაყოფისთვის.
ძუძუთი კვება	1	1	2	განმარტება: ულიპრისტალ აცეტატის გამოყენებიდან 1 კვირის განმავლობაში არ არის რეკომენდებული ძუძუთი კვება. ამ პერიოდში უნდა მოხდეს რძის გამოწველა და განადგურება. (1).
ანამნეზში საშვილოსნოსგარე ორსულობა	1	1	1	
	1	1	1	განმარტება: გკა შესაძლოა ნაკლებად ეფექტური იყოს იმ ქალებისათვის, რომელთაც BMI \geq 30კგ/მ ² იმ ქალებთან შედარებით, რომელთა BMI<25. მიუხედავად იმისა, რომ არ არსებობს უსაფრთხოება. მტკიცებულება: მტკიცებულება შეზღუდულად მიუთითებს 1 კვლევის შესაბამისად, რომ მსუქან ქალებში BMI \geq 30კგ/მ ² ლნგ-ს გამოყენებისას ორსულობის რისკი მაღალია, იმ ქალებთან შედარებით რომელთა BMI<25. ორი კვლევის შესაბამისად უპა-ს გამოყენებისას მსუქან ქალებში BMI \geq 30კგ/მ ² გაზრდილია ორსულობის რისკი, იმ ქალებთან შედარებით, რომელთა BMI<25. 1 კვლევა (2, 3).

ანამნეზში სერიოზული გულს- სისხლძარღვთა დაავადება* (გულის იშემიური დაავადება, ინსულტი, ან სხვა თრომბო- ემბოლური მდგომარეობები)	2	2	2	
შაკივი*	2	2	2	
ღვიძლის მძიმე დაავადება* (სიყვითლის ჩათვლით)	2	2	2	

გადაუდებელი კონტრაცეპტული აბები (გვა)

გვა არ იცავს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისაგან (სგგდ), აივ-ს ჩათვლით. სგგი/აივ რისკის არსებობისას რეკომენდირებულია, კონდომის სწორი და თანმიმდევრული გამოყენება, რადგან ის ყველაზე ეფექტური მეთოდია. ქალის კონდომის გამოყენება ეფექტური და უსაფრთხოა, მაგრამ ეროვნული პროგრამებით არ ხდება, მისი ფართოდ გამოყენება, როგორც მამაკაცის კონდომის.

პირობა	კატეგორია			განმარტებები/მტკიცებულება
	კოკ	ლნგ	უპა†	
† რეკომენდაციები მიმოხილულია კვსკ-ს მე-5 გამოცემისათვის, დამატებითი დეტალები ცხრილის ქვემოთ *დამატებითი კომენტარები ცხრილის ქვემოთ	კოკ = კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივი ლნგ = ლევონორგესტრელიანი კონტრაცეპტივი უპა = ულიპრისტალის აცეტატი			
ციტოქრომ P450- 3A4- ს ინდუქტორები† (მაგ. რიფამპინი, ფენიტონი, ფენობარბიტალი, კარბამაზეპინი, ეფავირენზი, ფენიტონი, ნევირაპინი, ოქსკარბაზეპინი, პრიმიდონი, რუფაბუტინი, კრაზანა	1	1	1	განმარტება: გვა-ს ეფექტურობა შესაძლოა შეამციროს ციტოქრომ P450 მლიერმა ინდუქტორებმა. მტკიცებულება: ანოტაციის შესაბამისად რიფამპინი საგრძნობლად 90% და მეტით ამცირებს უპა-ს დონეს. მან, შესაძლოა, შეამციროს მისი ეფექტურობაც. თეორიულად, ციტოქრომ P450 ინდუქტორებს, კოკ-ს და ლნგ-ს აქვთ იგივე მეტაბოლიზმი ორგანიზმში, რაც უპა-ს. ფარმაკოლოგიურმა კვლევამ აჩვენა, რომ ქალები, რომლებიც იღებდნენ ეფავირინეს და ლნგ-ს (0.75 მგ) ერთდროულად, მათში 56%-ით შემცირდა ლნგ-ს დონე, იმ ქალებთან შედარებით, რომლებიც მხოლოდ ლნგ-ს იღებდნენ.
გვა-ს განმეორებით გამოყენება	1	1	1	განმარტება: გვა-ს განმეორებით გამოყენება მიუთითებს, რომ ქალს ესაჭიროება კონსულტაცია კონტრაცეფციისთვის. გვა-ს ხშირი გამოყენება შესაძლოა საზიანო იყოს ქალისთვის და განეკუთვნება 2, 3 კატეგორიას. კვკ-ს ან სკვ-ს გამოყენება განეკუთვნება 4 კატეგორიას.
გაუპატიურება*	1	1	1	

ქირურგიული სტერილიზაციის მეთოდები (გაიდლაინი)

ქალის ნებაყოფლობითი ქირურგიული სტერილიზაცია

შესავალი

ქალის ნებაყოფლობითი ქირურგიული სტერილიზაცია არის ქალის რეპროდუქციული (გამრავლების) ფუნქციის პერმანენტული (მუდმივი) შეწყვეტის პროცედურა. იგი არის ოჯახის დაგეგმვის უსაფრთხო და მაღალეფექტური თანამედროვე მეთოდი, რომელიც ძალზე პოპულარულია და ფართოდ გამოიყენება 40 წელზე მეტი ასაკის ქალებში.

მოქმედების მექანიზმი

ქირურგიული კონტრაცეფციის არსი მდგომარეობს ფალოპიუსის მილების მექანიკურ ბლოკირებაში – კვერცხსავალი მილების გამავლობის დახშობის გზით (სპეციალური კლიპების და რგოლების გამოყენება, გადაკვანძვა, გადაჭრა, კოაგულაცია) ფერხდება სპერმატოზოიდების კვერცხუჯრედთან შერწყმის პროცესი – არ ხდება განაყოფიერება, რაც განაპირობებს ჩასახვის საწინააღმდეგო კონტრაცეფციულ ეფექტს.

მეთოდები

ქირურგიული სტერილიზაციის პროცედურის შესასრულებლად გამოიყენება ორი ძირითადი მეთოდი: მინილაპაროტომია (ინტერვალური და მშობიარობის შემდგომი) და ლაპაროსკოპია (მხოლოდ ინტერვალური). შედარებით ახალია ქირურგიული სტერილიზაციის ჰისტეროსკოპიული მეთოდი.

მინილაპაროტომიის დროს ფალოპიუსის მილების დახშობის მიზნით გამოიყენება სხვადასხვა ტექნიკა:

- პომეროს მეთოდი;
- პრიტჩარდის ანუ პარკლენდის მეთოდი;
- ირვინგის მეთოდი;
- ფიმბიექტომია.

უპირატესობა ენიჭება პომეროს მოდიფიკაციას, „კონტრაცეფციული მარცხის“ დაბალი სიხშირის გამო.

ლაპარასკოპიული ტექნიკის გამოყენებისას ფალოპიუსის მილების დახშობის მიზნით გამოიყენება:

- ფილშის ან ჰულკას კლიპები;
- სილიკონის რგოლები;
- ბიპოლარული ან მონოპოლარული ელექტროკოაგულაცია.

ეს უკანასკნელი ზრდის ექტოპიური ორსულობის რისკს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 1995 წლის რეკომენდაციით ელექტროკოაგულაციის გამოყენება ლაპაროსკო-

პიული კონტრაცეფციის მიზნით მისგან გამოწვეული სერიოზული გართულებებისა (შინაგანი დამწვრობები) და დაბალი ეფექტურობის გამო მიზანშეუწონლად არის მიჩნეული.

სტერილიზაციის ჰისტეროსკოპიული მეთოდი გულისხმობს მეტალის მიკრო-ზამბარების მოთავსებას ფალოპიუსის მილებში ჰისტეროსკოპის კონტროლით. მილების დახშობის მიზეზი არის შემდგომ განვითარებული ფიბროზი.

ბოლო ხანებში ყურადღების ცენტრში მოექცა **ტრანსცერვიკალური გზით არაქირურგიული სტერილიზაცია ქვინაკრინით**, მისი დაბალი ფასისა და პროცედურის ჩატარების სიმარტივის გამო, თუმცა დებატები მისი მოქმედების შესახებ ქალის ორგანიზმზე დღესაც გრძელდება.

ეფექტურობა

ქალის ქირურგიული სტერილიზაცია არის კონტრაცეფციის ერთ-ერთი ყველაზე მაღალ-ეფექტური მეთოდი. ავტორთა მონაცემებით, „კონტრაცეფციული მარცხი“ ლაპაროსკოპიული სტერილიზაციის დროს უტოლდება 0.0-0.8% და დამოკიდებულია მილების ოკლუზიის მეთოდზე. კლიპების და რგოლების გამოყენებისას შეადგენს – 0.1-0.4%, ბიპოლარული ელექტროკოაგულაციისას – 1-3%.

სტერილიზაციის ჩატარების შემდეგ ორსულობა შეიძლება განვიხილოთ, როგორც ლუთეინური ფაზის ორსულობა, რომელიც სტერილიზაციის მომენტში უკვე იყო ან იგი შესაძლოა გამოწვეული იყოს:

- ოპერატორის შეცდომით, როდესაც კვერცხსავალის მაგივრად ხდება სხვა, მისი მსგავსი სტრუქტურის (მაგ. მრგვალი იოგის) ოკლუზია;
- ფალოპის მილის განცალკევებული ბოლოების შემდგომში რეკანალიზაციით, რაც ყველაზე უფრო ხშირია.

უსაფრთხოება

ქალის ნებაყოფლობითი ქირურგიული სტერილიზაცია არის კონტრაცეფციის უსაფრთხო მეთოდი. პრაქტიკულად არ არსებობს ისეთი სამედიცინო მდგომარეობა, რამაც შეიძლება მიუღებელი გახადოს ის პაციენტებისთვის. თუმცა ზოგიერთი მდგომარეობა და გარემოება მოითხოვს განსაკუთრებულ სიფრთხილეს პროცედურის ჩატარების დროისა და დაწესებულების არჩევისას. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემუშავებული იქნა შეფასების სისტემა – როგორ, როდის და სად უნდა ჩატარდეს პროცედურა. გართულებები შეიძლება დაკავშირებული იყოს ანესთეზიასთან, ოპერაციულ ტექნიკასთან, ოპერაციის შემდგომ პერიოდთან.

უპირატესობები

- მაღალეფექტური მეთოდი (0.0-0.8 ორსულობა 1000 ქალზე პროცედურის ჩატარების პირველი წლის განმავლობაში);
- ეფექტურია დაუყოვნებლივ;
- მუდმივი მეთოდი – ერთჯერადი პროცედურა;
- არ მოქმედებს ძუძუთი კვებაზე;
- არაა დაკავშირებული სქესობრივ აქტთან;

- შესაფერისია პაციენტებისთვის, რომელთა ჯანმრთელობისთვის ორსულობა წარმოადგენს სერიოზულ საფრთხეს;
- არ არის რთული ქირურგიული პროცედურა, ჩვეულებრივ კეთდება ადგილობრივი ანესთეზიით, უმნიშვნელოა გართულებების შემთხვევები;
- არ ახასიათებს შორეული გვერდითი ეფექტები, მისაღებია ესთეტიური თვალსაზრისით-პრაქტიკულად შეუმჩნეველია ოპერაციის შემდგომი ნაწიბური;
- არ იცვლება სქესობრივი ფუნქცია და ორგანიზმის ჰორმონული სტატუსი.

არაკონტრაცეფციული უპირატესობა

- საკვერცხის კიბოს განვითარების დაბალი რისკი;
- „ცხოვრების ხარისხის“ გაუმჯობესება, განსაკუთრებით იმ პაციენტებში, რომელთაც სტერილიზაცია ჩაუტარდათ სამედიცინო ჩვენებით (აბორტებისა და მასთან დაკავშირებული გართულებების თავიდან აცილება ხელს უწყობს ექსტრაგენიტალური დაავადებების კეთილსაიმედო მიმდინარეობას).

ნაკლოვანებები

- მუდმივი, შეუქცევადი მეთოდი;
- პაციენტმა შიძლება იწინასწარ ჩატარებული პროცედურის გამო;
- მიუხედავად მცირეინვაზიურობისა, იგი ქირურგიული პროცედურაა;
- გართულებების გარკვეული რისკი, რომელიც იზრდება ზოგადი ანესთეზიის გამოყენებისას;
- ხანმოკლე დისკომფორტი ოპერაციის შემდეგ;
- საჭიროა კვალიფიციური ექიმი;
- ლაპარასკოპია ძვირადღირებული პროცედურაა;
- არ იცავს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისაგან, მათ შორის, აივ/ შიდსი-გან.

ჩვენებები

სამედიცინო ან სოციალური:

- **სამედიცინო ჩვენებას** წარმოადგენს ყველა ის პათოლოგია, რომელთა არსებობის შემთხვევაში იზრდება ორსულობასა და მშობიარობასთან დაკავშირებული სიცოცხლის საფრთხე ან მაღალია ნაყოფის სიმახინჯის ალბათობა;
- **სოციალური ჩვენება** განისაზღვრება შესაბამისი ქვეყნის კანონმდებლობით, ძირითადად დამყარებულია ქალის სურვილზე პარტნიორის თანხმობის გათვალისწინებით.

უკუჩვენებები

აბსოლუტური და შედარებითი (ორივე დროებითია):

- **აბსოლუტური** დროებითი უკუჩვენება გულისხმობს ისეთ მდგომარეობას, რომლის დროსაც პროცედურის შესრულება არსებული მდგომარეობის შეცვლამდე მიუღებელია სამედიცინო თვალსაზრისით;

- **შედარებითი დროებითი უკუჩვენება** გულისხმობს ისეთ მდგომარეობას, რომლის დროსაც პროცედურის შესრულება შესაძლებელია შესაბამისი რეკომენდაციის გათვალისწინებით.

აბსოლუტური დროებითი უკუჩვენებები

- * ზოგადი ან ადგილობრივი ინფექციის არსებობა (მაღალია ინფექციის გავრცელების რისკი);
- * ორსულობა (ორსულობისას არ არის საჭირო სტერილიზაციის ჩატარება).

რეკომენდაციები

- ინფექციის მკურნალობა, დროებით კონტრაცეფციის სხვა მეთოდების გამოყენება, განკურნების შემდეგ ქირურგიული კონტრაცეფცია;
- ორსულობის შემთხვევაში მშობიარობის შემდგომი სტერილიზაცია მინილაპაროტომიის მეთოდით.

შედარებითი დროებითი უკუჩვენებები

- გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები;
- არითმია;
- მძიმე ფორმის ანემია;
- სასუნთქი სისტემის დაავადებები;
- ჰიპერტენზია;
- მოცულობითი წარმონაქმნები მენჯისა და მუცლის ღრუში;
- მკვეთრად გამოხატული შეხორცებითი პროცესი მცირე მენჯისა და მუცლის არეში;
- სისხლის შედედების სისტემის დარღვევა;
- შაქრიანი დიაბეტი (მძიმე ფორმა).

რეკომენდაციები

- დროებით კონტრაცეფციის სხვა მეთოდის გამოყენება, სპეციალიზებულ კლინიკაში გაგზავნა გამოკვლევებისა და მკურნალობისათვის, განკურნების შემდეგ ქირურგიული მეთოდის გამოყენება;
- იმ შემთხვევებში, როდესაც განკურნება და პროცედურის ჩატარება შეუძლებელია, რეკომენდებულია კონტრაცეფციის სხვა მეთოდის, მათ შორის არაქირურგიული სტერილიზაციის შეთავაზება.

ქირურგიული კონტრაცეფციის ჩატარების ვადები

ქირურგიული კონტრაცეფციის მეთოდის (მიდგომის, კვერცხსავალის ლიგირების ტექნიკის), არჩევისას გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება პროცედურის ჩატარების დროს. ქირურგიული სტერილიზაცია შესაძლებელია შესრულდეს საკეისრო კვეთის ან რომელიმე გინეკოლოგიური ოპერაციის ჩატარების დროს, ასევე თვითნებითი ან ხელოვნური აბორტის შემდეგ.

- **ქირურგიული სტერილიზაცია** ტარდება ჩვეულებრივ მშობიარობის შემდგომ 48 სთ-ის განმავლობაში, ამ დროს მოწოდებულია მინილაპაროტომია ადგილობრივი ანესთეზიით;

- ლაპაროსკოპიული სტერილიზაციის გამოყენება მშობიარობის შემდგომ პერიოდში რეკომენდებული არ არის, ვინაიდან, მოსალოდნელია საშვილოსნოსა და კვერცხსავალი მილების დაზიანება, რომელთა ვასკულარიზაცია მეტად გაძლიერებულია;
- ბოქვენზედა მინილაპაროტომია კეთდება საშვილოსნოს სრული ინვოლუციის ანუ მშობიარობიდან 4-6 კვირის შემდეგ;
- ლაპაროსკოპიული სტერილიზაციის ჩასატარებლად მისაღებია მენსტრუაციული ციკლის ნებისმიერი დღე, თუ ორსულობა გამოირიცხულია. რეკომენდებულია მენსტრუაციის პირველი დღეები, რათა გამოირიცხოს ლუთეინური ფაზის ორსულობა, რომლის დიაგნოსტიკა პროცედურის ჩატარების მომენტში შეუძლებელია;
- ტრანსცერვიკალური გზით სტერილიზაციის ჩასატარებლად მოწოდებულია მენსტრუაციული ციკლის პირველი ფაზა, კერძოდ მე-6-12 დღე.

მშობიარობის შემდგომი ქირურგიული სტერილიზაცია

მინილაპაროტომია

უპირატესობები:

- პროცედურა მარტივია;
- ტარდება სამშობიაროდან გაწერამდე და არ საჭიროებს განმეორებით ჰოსპიტალიზაციას;
- პროცედურისათვის საჭირო მატერიალური დანახარჯები დაბალია;
- ოპერაცია მაღალეფექტურია.

გართულება

- დაკავშირებული ანესთეზიასთან;
- ოპერაციის წარმოებასთან;
- ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ინფექციის გავრცელებასთან.

რეკომენდაციები

- მშობიარობის შემდეგ მუცლის წინა კედელი ჭიპის მიდამოში შედარებით გათხელებულია, რაც მოითხოვს სიფრთხილეს ნაწლავების დაზიანების მაღალი ალბათობის გამო;
- მშობიარობის შემდეგ კვერცხსავალი მილების სისხლით მომარაგება გაძლიერებულია, რაც მოითხოვს სიფრთხილეს მათზე მანიპულაციისას ოპერაციის დროს და შემდგომი სისხლდენის თავიდან ასაცილებლად;
- აღმავალი ინფექციის პრევენციის და ფალოპის მილებთან უკეთესი მიდგომის მიზნით ქირურგიული სტერილიზაცია უმჯობესია ჩატარდეს მშობიარობის შემდეგ 48 სთ-ის განმავლობაში;
- მშობიარობიდან 3-7 დღის განმავლობაში პროცედურის შესრულებისას საჭიროა ანტი-ბიოტიკოთერაპია. თუ პროცედურის ჩატარება ვერ ხერხდება 7 დღის განმავლობაში, მაშინ იგი უნდა ჩატარდეს მშობიარობიდან 4-6 კვირის შემდეგ საშვილოსნოს სრული ინვოლუციის დასრულებისას (ინტერვალური, ბოქვენზედა მინილაპაროტომია).

ბოქვენზედა მინილაპარატომია

სრულდება მშობიარობიდან გარკვეული დროის ანუ ინტერვალის (4-6 კვირა) შემდეგ, ამიტომაც მას ინტერვალურს უწოდებენ. აღნიშნული დრო სჭირდება მშობიარობის შემდეგ საშვილოსნოს სრულ ინვოლუციას.

ინტერვალური სტერილიზაციის შესრულება შესაძლოა გამწვანდეს პაციენტის ჭარბი წონის, მენჯის ღრუში შეხორცებითი პროცესის შემთხვევაში, ვინაიდან ძნელად მისადგომი ხდება საშვილოსნოს მილები. ეს იწვევს პროცედურის გახანგრძლივებას და ზოგიერთ შემთხვევაში ჭრილობის გაფართოებას.

გართულება

იშვიათია (1%-ზე ნაკლები)

- დაკავშირებული ანესთეზიასთან;
- ოპერაციის წარმოებასთან (საშვილოსნოს პერფორაცია, შარდის ბუშტის, ნაწლავის ტრავმატიზაცია, სისხლდენა მეზოსალპინგსიდან, ჭრილობის ინფიცირება და სხვ).

რეკომენდაცია

- ქირურგის მაღალი კვალიფიკაცია;
- სტერილიზაციის ჩვენებებისა და უკუჩვენებების ზედმიწევნით დაცვა.

ტექნიკა

მშობიარობის შემდგომი მინილაპარატომია სრულდება 1,5 -3 სმ განაკვეთით ჭიპის ქვემოთ, საშვილოსნოს ფუძიდან 1-2 სმ -ის დაცილებით.

ინტერვალური მინილაპარატომია სრულდება ბოქვენზედა მიდამოში 2-2,5 სმ განაკვეთით, საშვილოსნოს ფუძის საპროექციო არეში.

პომეროს მეთოდი ყველაზე პოპულარული და მოხერხებულია მინილაპარატომიის გზით ფალოპიუსის მილების სტერილიზაციის ჩატარებისას. ფალოპიუსის მილის შუა ნაწილის მარყუჟზე ედება კეტგუტის ლიგატურა, ხდება მისი ლიგირება, რის შემდეგაც მარყუჟის ზემო ნაწილი მოიკვეთება. კეტგუტის ლიგატურის გაწოვის შემდეგ მილის ბოლოები ერთმანეთს დაცილდება, რითაც რეკანალიზაციის ალბათობა კიდევ უფრო მცირდება.

ლაპარასკოპიული სტერილიზაციის დროს:

- ფალოპიუსის მილების კლიპებით ოკლუზიის შემთხვევაში დამჭერი სპეციალური აპლიკატორის მეშვეობით უნდა დაედოს ისთმურ ნაწილზე, საშვილოსნოს კუთხიდან 2-3 სმ-ის დაშორებით;
- სილიკონის რგოლები ფალოპიუსის მილებს ედება საშვილოსნოს კუთხიდან 3,0 სმ-ის დაცილებით, მათ ჩამოსასმელად გამოიყენება სპეციალური აპლიკატორი;
- ფალოპიუსის მილების ელექტროკოაგულაცია უნდა ჩატარდეს მილის შუა ნაწილში 2.0 სმ სიგრძის მონაკვეთზე, რის შემდეგაც მილი შესაძლოა გადაიკვეთოს ან მთლიანი

დარჩეს. გადაკვეთის შემთხვევაში მილის ბოლოები განცალკევდება ისე რომ, თავიდან ავიცილოთ მეზოსალპინგსის დაზიანება.

ახალი ტექნოლოგიები

სტერილიზაციის ჰისტეროსკოპიული მეთოდი კვლავ შეფასების ფაზაშია. დღეისათვის Essure არის ჰისტეროსკოპით საშვილოსნოს მილების ოკლუზიის ერთადერთი ფორმა, რაც ლიცენზირებულია გაერთიანებულ სამეფოში. ის მოიცავს მეტალის მიკრო-ზამბარების მთავსებას ფალოპის მილებში ჰისტეროსკოპის კონტროლით. ეს იწვევს მილების ოკლუზიას თანმდევი ფიბროზის შედეგად. მილების ბლოკირების დადასტურების მიზნით ჰისტეროსალპინგოგრაფია ტარდება 3 თვის შემდეგ.

გართულებები ქალის ქირურგიული სტერილიზაციისას

„კონტრაცეფციულ მარცხთან“ დაკავშირებული გართულებები -

საშვილოსნოს ღრუს და საშვილოსნოსგარე ორსულობა

ორსულობისათვის დამახასიათებელი ნიშნების აღმოჩენის შემთხვევაში გამოირიცხოს საშვილოსნოსგარე ორსულობა. ყურადღება მიაქციეთ ისეთი ნიშნების არსებობას როგორცაა:

- მოულოდნელი მწვავე ტკივილი, მუდმივი ან სპაზმური ხასიათის ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილში;
- ეპიზოდური სისხლდენა ან სისხლიანი გამონადენი საშოდან მენსტრუაციის გადაცდენის ან შემცირებული რაოდენობის შემდეგ;
- საერთო სისუსტე, გულისწასვლა ან თავბრუსხვევა (შინაგანი სისხლდენის დამახასიათებელი ნიშნები).

მოქმედების ტაქტიკა

- დადგინეთ ჩასახვის თარიღი. თუ ორსულობა დადგა სტერილიზაციამდე, პაციენტს განუმარტეთ, რომ სტერილიზაციის პროცედურა გავლენას არ მოახდენს ორსულობის მიმდინარეობაზე, ამასთან, განმეორებით მილების ოკლუზია საჭირო აღარ არის;
- თუ ორსულობა დადგინდა სტერილიზაციის ჩატარების შემდეგ და პაციენტი იღებს გადაწყვეტილებას, რომ შეინარჩუნოს ორსულობა, სტერილიზაციის პროცედურა შეიძლება განმეორდეს მშობიარობის შემდეგ;
- საშვილოსნოსგარე ორსულობის შემთხვევაში ინიშნება გადაუდებელი ოპერაცია.

ადგილობრივ ანესთეზიასთან დაკავშირებული გართულებები

- რესპირატორული დეპრესია ან სუნთქვის გაჩერება;
- გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ცვლილებები, არითმიის, არტერიული წნევის დაცემისა და გულის გაჩერების ჩათვლით;
- კრუნჩხვები;
- კუჭის შიგთავსით ასპირაცია ღებინების დროს.

სიმპტომები:

- სუნთქვის სიხშირის დაქვეითება;

- მოკლე, ზერელე და სწრაფი სუნთქვა;
- ქოშინი, სუნთქვის გაძნელება, ხორხის სპაზმი;
- პირისირგვლივი ციანოზი;
- არარეგულარული ან გახშირებული პულსაცია;
- კრუნჩხვები ან გონების დაკარგვა;
- გულის გაჩერება.

მიზეზები:

- ტკივილგამაყუჩებელი პრეპარატის დოზის გადაჭარბება;
- ტრანკვილიზატორის ან სხვა საგულე პრეპარატის დოზის გადაჭარბება;
- ლიდოკაინის ინტრავენურად შეყვანა;
- ლიდოკაინის დოზის გადაჭარბება;
- სხვადასხვა პრეპარატების კომბინაციის არასასურველი ეფექტი;
- გულ-სისხლძარღვთა დაავადების არსებობა;
- სისხლის დიდი რაოდენობით დაკარგვა.

მოქმედების ტაქტიკა

რესპირატორული დეპრესიის მოხსნა:

- სასუნთქი გზების გამტარობის უზრუნველყოფა;
- ხელოვნური რენიმაციის გამოყენებით სუნთქვისა და ოქსიგენაციის უზრუნველყოფა;
- ჰემოდინამიკური მაჩვენებლებისა და სუნთქვის განუწყვეტელი მონიტორინგი;
- ნალოქსონის შეყვანა ფარმაკოლოგიური სტანდარტის შესაბამისად.

მედიკამენტების გამოყენება ანესთეზიასთან დაკავშირებული გართულებების თავიდან ასაცილებლად პრეპარატების დოზის გადაჭარბების შემთხვევაში:

- ნარკოტიკული ანტიდოტი-ნალოქსონი;
- ბენზოდიაზეპინის ანტიდოტი ფიზოსტიგმინი ან ფლუმაზელინი.

გულის გაჩერების შემთხვევაში:

- ადრენალინი;
- ლიდოკაინი;
- ნატრიუმის ბიკარბონატის ხსნარი;
- ნატრიუმის ქლორიდი.

გართულებები ქირურგიული სტერილიზაციის შესრულების პროცესში

ლაპაროსკოპიის შესრულებისას გართულებების სიხშირე დამოკიდებულია შემდეგ მიზეზებზე: ექიმის გამოუცდელობა, ოპერაციის უკუჩვენებებისა და ჩვენებების კრიტერიუმების დაუცველობა, ლაპაროსკოპიის ჩატარების წესის დარღვევა, აპარატურის გაუმართაობა, გაუტკივარების მეთოდის არასწორი შერჩევა.

გართულებები შესაძლოა წარმოიშვას ყველა ეტაპზე: ვერეშის ნემსის შეყვანის, პნევმოპერიტონეუმის დადების დროს, მუცლის ღრუში ტროაკარის შეყვანისას, მანიპულაციების პროცესში, ოპერაციის შემდგომ პერიოდში.

- **სისხლდენა ფალოპიუსის მილიდან ან მეზოსალპინგსიდან**, გამოწვეული სილიკონის რგოლის დადების დროს მიღებული ტრამვით.

მოქმედების ტაქტიკა: სრული ჰემოსტაზის მიღწევა დამატებითი რგოლის დადებით ან ელექტროკოაგულაციის გზით.

- **საშვილოსნოს პერფორაცია, შარდის ბუშტის, ნაწლავის ტრავმატიზაცია, ჭრილობის ინფიცირება**, დაკავშირებული მანიპულატორის არასწორ შეყვანასთან, უხეშ მანიპულაციასთან, ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის წესების დაუცველობასთან.

მოქმედების ტაქტიკა: სისხლდენის შემთხვევაში საშვილოსნოს პერფორაციის ზონის ელექტროკოაგულაცია, დაზიანებული ქსოვილების აღდგენა, შემდგომში კონსერვატიული მკურნალობა ანტიბიოტიკებით.

ოპერაციის შემდგომი სისხლდენა

- **სისხლდენა მუცლის წინა კედლის დაზიანებული სისხლძარღვებიდან** ვითარდება მუცლის ღრუდან აირის გამოშვებისა და კედლის დაჭიმულობის შემცირების შემდეგ.

სიმპტომები: არტერიული წნევის დაცემა, ტაქიკარდია, მუცლის კედლის ჰემატომის ჩამოყალიბება ან თავისუფალი სისხლის არსებობა მუცლის ღრუში.

მოქმედების ტაქტიკა: დიდი რაოდენობით სისხლის დაკარგვის შემთხვევაში აქტიური ქირურგიული მკურნალობა, მცირე დანაკარგის შემთხვევაში - მოცდითი ტაქტიკა, დაკვირვება დინამიკაში.

გართულებები დაკავშირებული ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ინფექციის გავრცელებასთან

მოქმედების ტაქტიკა: ანტიბიოტიკოთერაპია.

ფერტილობის აღდგენა ლაპაროსკოპიული კონტრაცეფციის შემდეგ

ლაპაროსკოპიული კონტრაცეფცია განიხილება, როგორც მუდმივი, შეუქცევადი მეთოდი, თუმცა აუცილებლობის შემთხვევაში საშვილოსნოს მილების გამავლობის აღსადგენად ტარდება შესაბამისი ოპერაციები მიკროქირურგიული და ლაპაროსკოპიული ტექნიკის გამოყენებით. ოპერაციები ძვირადღირებულია, სრულდება მაღალკვალიფიციური სპეციალისტის მიერ მხოლოდ სპეციალიზებულ კლინიკაში, ფერტილობის აღდგენის გარანტია არ არსებობს. ამდენად, პაციენტს ოპერაციის წინ უნდა განემარტოს, რომ პროცედურის წარმატებით ჩატარების შემთხვევაში ბუნებრივი გზით მას შვილი აღარ ეყოლება.

ქირურგიული კონტრაცეფციის შორეული შედეგები

- არ იწვევს ქალის ორგანიზმის ჰორმონული ბალანსის შეცვლას;
- არ ცვლის ქალის ფსიქოლოგიისა და ფიზიოლოგიას;
- გავლენას არ ახდენს მენსტრუაციული ციკლის ხასიათზე.

პაციენტების მომზადება პროცედურისთვის

ქირურგიული სტერილიზაციისათვის პაციენტი მზადდება ამბულატორიულ პირობებში, მომზადების წესი პრინციპულად არ განსხვავდება სხვა გინეკოლოგიური ოპერაციებისათვის მიღებული საერთო წესისაგან, თუმცა არის განსაკუთრებული რეკომენდაციები.

ანამნეზის შეკრება და გასინჯვა

- დაზუსტდეს სტერილიზაციის მიზეზი და პაციენტის მოტივაცია, მიმდინარე კონტრაცეფცია, შეფასდეს მენსტრუაციული ციკლის ხასიათი, სამეანო ანამნეზი, დადგინდეს ინფორმაცია მუცლის ღრუს გადატანილი ქირურგიული მანიპულაციების, ქრონიკული დაავადებების, მედიკამენტების გამოყენების შესახებ;
- საყურადღებოა პაციენტის მასის ინდექსი, აუცილებელია აბდომინალური გასინჯვა ადრე ჩატარებული ქირურგიული ოპერაციების ნაწიბურების და მენჯის ღრუში მოცულობითი წარმონაქმნების შესაფასებლად (ენდომეტრიოზი, მენჯის ანთებითი დაავადებები, საშვილოსნოს ფიბროიდები), რადგან ეს შეიძლება გახდეს პროცედურის ჩატარების დროს ტექნიკური სირთულეების აღმოცენების მიზეზი.

კონსულტირება

- ძალზე მნიშვნელოვანია დადგინდეს, რომ ქალი ქირურგიული სტერილიზაციის ჩატარების თაობაზე გადაწყვეტილებას იღებს დამოუკიდებლად, პირადი სურვილით.
- განხილული უნდა იქნას პროცედურის ალტერნატიული მეთოდები:
 - ლევონორგესტრელის შემცველი სჰს (მირენა):
 - „კონტრაცეფციული მარცხის“ სიხშირე შედარებადია სტერილიზაციასთან;
 - გრძელდება 5 წელი;
 - შექცევადია;
 - სასარგებლოა ქალებისთვის, ვისაც აღენიშნება მენორაგია.
 - ვაზექტომია:
 - დაბალია „კონტრაცეფციული მარცხის“ სიხშირე (1:2000-ზე 2-ჯერადად სპერმის ნეგატიური ანალიზის შემდეგ);
 - შესაძლებელია შესრულდეს ადგილობრივი ანესთეზიის პირობებში, რომლის დროსაც ნაკლებია პროცედურასთან ასოცირებული რისკები.
- აუცილებელია ეფექტური კონტრაცეფციის გამოყენება სტერილიზაციის შემდეგ პირველ მენსტრუაციამდე („კონტრაცეფციული მარცხის“ ჩვეული მიზეზი არის უკვე არსებული ორსულობა პროცედურის ჩატარების მომენტში ან ორსულობა იგივე ციკლში);
- დარწმუნდით, რომ 30 წელზე მეტი ასაკის ქალს არ აქვს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული გართულებების მომატებული რისკი (არსებობს მცირედი ასოციაცია ჰისტერექტომიის სიხშირის მატებასთან, თუმცა მიზეზი უცნობია);
- ლაპარასკოპიული სტერილიზაციის დროს მიღების ოკლუზია ფილმის კლიპებით არის არჩევის მეთოდი, რასთან დაკავშირებითაც ქალს უნდა მიეცეს განმარტება, აგრეთვე მიეწოდოს ინფორმაცია ოპერაციულ რისკებთან დაკავშირებით;
- წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა მიღებული უნდა იქნას პაციენტისგან პროცედურის ჩატარებამდე;

- პაციენტის ნორმალურ მენტალურ შესაძლებლობებთან დაკავშირებით ექვის შემთხვევაში აუცილებელია იურისტის კონსულტაცია;
- პაციენტი სრულად უნდა აცნობიერებდეს, რომ პროცედურა არის პერმანენტული (მუდმივი), შეუქცევადი;
- პროცედურის შექცევადობის წარმატების სიხშირე ძალიან მცირეა და იშვიათად მიმართავს მას სამედიცინო პერსონალი;
- კონტრაცეფციული მარცხი მთელი სიცოცხლის განმავლობაში მიღების ოკლუზიის დროს არის 1:2000, ორსულობა შეიძლება დადგეს პროცედურის ჩატარებიდან რამდენიმე წლის შემდეგ, ხანგრძლივი დაკვირვების შედეგების მიხედვით ფილშისი კლიპების გამოყენების შემდეგ 10 წლის განმავლობაში დაფიქსირდა 2-3 ორსულობა 1000 პროცედურაზე;
- კონტრაცეფციული მარცხის შემთხვევაში გაზრდილია ექტოპიური ორსულობის რისკი;
- ქალებს უნდა ვურჩიოთ მიმართონ სამედიცინო დაწესებულებას ორსულობის შემთხვევაში, უჩვეულო ტკივილის და სისხლდენის დროს;
- ლაპარასკოპიის დროს სისხლმარღვების, შარდის ბუშტის და ნაღვლის ბუშტის დაზიანების რისკი მომატებულია;
- საჭიროა ქალის გაფრთხილება შესაძლო ლაპარატომიის თაობაზე, განსაკუთრებით როდესაც ანამნეზში აქვს მუცლის ღრუს გადატანილი ქირურგიული ოპერაცია.

ქალები, რომლებიც მიეკუთვნებიან მაღალი რისკის ჯგუფს პროცედურის შემდეგ სინანულის თვალსაზრისით

- 30 წელზე ნაკლები ასაკი;
 - მეან-გინეკოლოგთა სამეფო კოლეჯის ახალი გაიდლაინის მიხედვით არ უნდა გაკეთდეს;
 - ვისაც არ ჰყავს შვილი;
 - ვინც გადაწყვეტილება მიიღო ორსულობის დროს;
 - ვინც ახლად დაშორებულია პარტნიორთან.
- განსაკუთრებული მზრუნველობა სჭირდებათ აღნიშნული ჯგუფის ქალებს, როდესაც განიხილება სტერილიზაციის პროცედურა, რამდენადაც მათთვის მეტი ალბათობითაა დამახასიათებელი სინანული პროცედურის შემდეგ და მოთხოვნა პროცედურის შექცევადობის თაობაზე.

მნიშვნელოვანი პროცედურები და რეკომენდაციები

წინასაოპერაციო

სავალდებულო შემოწმება:

- დაფიქსირდეს უკანასკნელი მენსტრუაციის თარიღი;
- შემოწმდეს მიმდინარე კონტრაცეფციის გამოყენება ვიზიტის დროისთვის;
- ჩატარდეს ორსულობის ტესტი (ნეგატიური ტესტი არ გამორიცხავს ლუთეინური ფაზის ორსულობას);

- თუ არსებობს რაიმე ეჭვი ქალის სურვილის ნამდვილობაზე ან ორსულობის რისკზე, პროცედურაზე უარი უნდა ითქვას.

ინტრაოპერაციული

- ამბულატორიული ლაპარასკოპიული პროცედურა ასოცირდება უფრო სწრაფ გამოჯანმრთელებასთან და ნაკლებ ავადობასთან მინილაპარატომიასთან შედარებით;
- ჩვეულებისამებრ, გამოიყენება ზოგადი ანესთეზია, თუმცა ადგილობრივი ანესთეზია არის მისაღები ალტერნატივა;
- პრიორიტეტი აქვს მიღების ლაპარასკოპიულ მექანიკურ ოკლუზიას ფილშის კლიპებით ან რგოლებით;
- დიათერმოკოაგულაცია ზრდის ექტოპიური ორსულობის რისკს და მისი შექცევადობა ძალზე რთულია;
- მშობიარობის ან საკეისრო კვეთის შემდგომ უმჯობესია პომეროსის მოდიფიკაცია .

პოსტოპერაციული

- პაციენტი ინფორმირებული უნდა იყოს მიღების ოკლუზიის მეთოდის შესახებ და პროცედურასთან დაკავშირებული გართულებების შესახებ;
- ქალს უნდა მიეცეს რჩევა გამოიყენოს ეფექტური კონტრაცეფცია შემდგომ მენსტრუაციამდე.

სპეცილური გარემოებები

- იდეალურია მიღების ოკლუზიის შესრულება ორსულობის შემდეგ სათანადო ინტერვალით;
- სტერილიზაცია მშობიარობის ან აბორტის შემდეგ დაკავშირებულია სინანულის მაღალ რისკთან და „კონტრაცეფციული მარცხის“ შესაძლო მომატებასთან;
- საკეისრო კვეთის დროს ჩატარებული სტერილიზაციის შემთხვევაში კონსულტირება და ინფორმირებული თანხმობის მიღება უნდა მოხდეს მინიმუმ 1 კვირით ადრე.

ოპერაციის შემდგომი ინსტრუქციების ძირითადი ელემენტები

ოპერაციის შემდგომ პაციენტს ეძლევა დარიგება:

- როგორ მიიღოს მედიკამენტები;
- როგორ მოუაროს ჭრილობას;
- რა გართულებები შეიძლება განვითარდეს;
- როდის შეიძლება დაუბრუნდეს ცხოვრების ჩვეულებრივ რიტმს, სქესობრივი ცხოვრების ჩათვლით;
- სად და როდის უნდა მიმართოს ექიმს პროფილაქტიკური გასინჯვისათვის.

მამაკაცის ნებაცოფლობითი ქირურგიული სტერილიზაცია (ვაზექტომია)

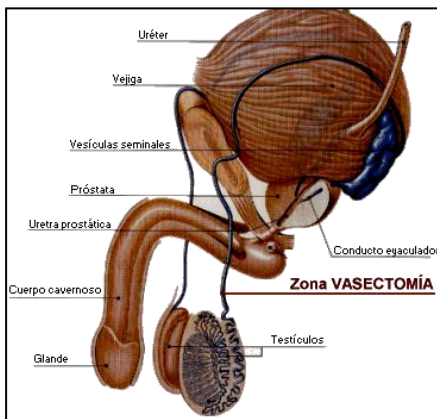
შესავალი

მამაკაცის ნებაცოფლობითი ქირურგიული სტერილიზაცია – ვაზექტომია არის მამაკაცის რეპროდუქციული (გამრავლების) ფუნქციის პერმანენტული (მუდმივი) შეწყვეტის პროცედურა, რომლის დროსაც ხდება თესლსავალი გზის ბლოკირება სპერმის გამავლობის შეფერხების მიზნით. ვაზექტომია არის მამაკაცის კონტრაცეფციის თანამედროვე, მაღალეფექტური მეთოდი, რომელიც ძალზე გავრცელებული და პოპულარულია, ადვილია შესასრულებლად, არ ცვლის მამაკაცის გარეგნობას, ხმას, სქესობრივ ქცევას და ეაკულატის მოცულობას.

მეთოდები

ტრადიციული ვაზექტომია (1 ან 2 განაკვეთით)

უსკალპელო ვაზექტომია



ტრადიციული ვაზექტომიისგან განსხვავებით ე.წ. უსკალპელო მეთოდის გამოყენებისას თესლისგამომტანი სადინარის გამოსაყოფად სათესლე პარკის ზედა და შუა მესამედის საზღვარზე სათესლე პარკის კანისა და კუნთოვანი შრის სკალპელით გაკვეთის ნაცვლად მიმართავენ პუნქციას [სურ.1]. ასეთი მიდგომა მკვეთრად ამცირებს ვაზექტომიის გართულებების, განსაკუთრებით ჰემატომის განვითარების ალბათობას.

სურ. 1

მოქმედების მექანიზმი

თესლგამომტანი სადინარის (vas deferens) გამავლობის ბლოკირება – ხელოვნურად გამოწვეული ობტურაცია, გამორიცხავს სპერმატოზოიდების მოხვედრას ეაკულატში (ობტურაციული აზოოსპერმია), შესაბამისად, აღარ ხდება სპერმატოზოიდის და კვერცხუჯრედის შერწყმა-განაყოფიერება და არ დეგება ორსულობა.

ეფექტურობა

ვაზექტომია კონტრაცეფციის ერთ-ერთი ყველაზე საიმედო და მაღალეფექტური მეთოდია – 0.1-0.15 ორსულობა გამოყენების პირველი წლის განმავლობაში.

უსაფრთხოება

ნებაყოფლობითი ქირურგიული სტერილიზაცია არის კონტრაცეფციის უსაფრთხო მეთოდი – დაახლოებით 1 სიკვდილის შემთხვევა 300 000 ოპერაციაზე 1 წლის განმავლობაში.

უპირატესობები

- მაღალი ეფექტურობა (0.1 - 0.15 ორსულობა ყოველ ას ქალზე წელიწადში);
- მუდმივი მეთოდი;
- გავლენას არ ახდენს ძუძუთი კვებაზე;
- არაა დაკავშირებული სქესობრივ აქტთან;
- კარგია იმ წყვილებისთვის, როცა ორსულობა ან ფალოპიუსის მილების ოკლუზია ქალის ჯანმრთელობას სერიოზულ საფრთხეს უქმნის;
- მარტივი ქირურგიული ჩარევა ადგილობრივი ანესთეზიის პირობებში;
- გრძელვადიანი გვერდითი ეფექტების არარსებობა;
- არ ახდენს გავლენას სქესობრივ ფუნქციაზე (სათესლეების მიერ ჰორმონების პროდუქციაზე).

ნაკლოვანებები

- მუდმივი (შეუქცევადი) მეთოდი;
- შესაძლოა პაციენტმა მომავალში ინანოს;
- დაგვიანებული ეფექტი (საჭიროა 3 თვემდე დრო ან 20-მდე ეაკულაცია კონტრაცეფციული ეფექტის მისაღწევად);
- მცირე ოპერაციულ ჩარევასთან დაკავშირებული რისკი და გვერდითი ეფექტები, განსაკუთრებით ზოგადი ანესთეზიის გამოყენების შემთხვევაში;
- ხანმოკლე დისკომფორტი / ტკივილი პროცედურის შემდეგ;
- საჭიროებს ქირურგის სათანადო მომზადებას;
- არ იცავს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისგან, მათ შორის აივ/შიდსისგან.

ჩვენებები

- რეპროდუქციული ასაკის მამაკაცები (ჩვეულებრივ 50 წლის ასაკამდე);
- მამაკაცები, ვისაც სურს მუდმივი მაღალეფექტური კონტრაცეფციული მეთოდის გამოყენება;
- მამაკაცები, რომელთა მეუღლეების ჯანმრთელობას ორსულობის დროს შეიძლება სერიოზული საფრთხე შეექმნას;
- მამაკაცები, რომელთაც ესმით და ნებაყოფლობით თანხმდებიან პროცედურაზე;
- მამაკაცები / წყვილები, რომლებიც დარწმუნებულნი არიან, რომ ჰყავთ შვილების სასურველი რაოდენობა.

უკუჩვენებები

პრაქტიკულად არ არსებობს ჯანმრთელობის მდგომარეობა, რომელიც წარმოადგენს აბსოლუტურ უკუჩვენებას ვაზექტომიისთვის, თუმცა არსებობს ზოგიერთი გარემოება, რაც მოითხოვს პროცედურის გადავადებას და/ან სიფრთხილეს.

დროებითი ან შედარებითი უკუჩვენებები

- მკვეთრად გამოხატული წყალმანკი;
- სათესლე პარკის სპილოვნება;
- ადგილობრივი პათოლოგიური მდგომარეობები: საზარდულის თიაქარი, შეხორცებები, წარმონაქმნები სათესლე პარკზე;
- მძიმე ხარისხის ანემია;
- დარღვევები სისხლის შედედების სისტემაში.

კონსულტირება

ჩაატარეთ პაციენტისა და შესაძლებლობის ფარგლებში პარტნიორის კონსულტაცია, ეცადეთ, შეაფასოთ ოპერაციის შემდგომი სინანულის შესაძლებლობა.

მამაკაცები, რომლებიც მიეკუთვნებიან მაღალი რისკის ჯგუფს სტერილიზაციის შემდგომ სინანულის ქონის თვალსაზრისით

- 30 წლამდე ასაკი;
- არ ჰყავთ შვილი;
- აქვთ არამყარი ურთიერთობა პარტნიორთან;
- ზეწოლა აქვთ პარტნიორის მხრიდან ვაზექტომიის ჩასატარებლად;
- პარტნიორი არაინფორმირებულია ვაზექტომიის შესახებ;
- ახლახან გადაიტანეს კრიზისი პირად ურთიერთობაში;
- ფიქრობს რომ სექსუალური პრობლემები გადაწყდება სტერილიზაციით;
- დაინტერესებულია სპერმის შენახვით და პროცედურის შემდგომი აღდგენითი ოპერაციით.

რეკომენდაციები სტერილიზაციასთან დაკავშირებული სინანულის მაღალი რისკის მამაკაცებში

პრობლემა	მოქმედება	საფუძველი
მომავალში შვილების ყოლის სურვილი	დააზუსტეთ პაციენტის მოტივაცია და საჭიროების შემთხვევაში დაეხმარეთ სხვა მეთოდის შერჩევაში.	ვაზექტომია მუდმივი მეთოდია, მომავალში შვილების გაჩენის მსურველ წყვილებს დაეხმარეთ სხვა მეთოდის შერჩევაში.
დიდი ინტერესი მეთოდის შექცევადობის შესახებ	დააზუსტეთ პაციენტის მოტივაცია და საჭიროების შემთხვევაში დაეხმარეთ სხვა მეთოდის შერჩევაში.	ვაზექტომია მუდმივი მეთოდია, წყვილებს, რომლებმაც შეიძლება მომავალში შვილების გაჩენა აინტერესებდეთ, დაეხმარეთ სხვა მეთოდის შერჩევაში.
არ ეთანხმება ან ხელს არ აწერს ინფორმირებულ თანხმობას	განსაზღვრეთ, ხომ არ არის გაუგებრობა მეთოდის ირგვლივ (მაგ., ჭორი, მითი). ამ შემთხვევაში საჭიროა დამატებითი კონსულტაცია. თუ პაციენტს მაინც არ სურს ხელის მოწერა, დაეხმარეთ სხვა მეთოდის შერჩევაში.	პაციენტებს ხშირად არასწორად ესმით ეს პროცედურა კონსულტაციის შემდეგაც კი. ქირურგიული ჩარევის, განსაკუთრებით კი ნებაყოფლობითი სტერილიზაციის ჩატარებამდე აუცილებელია ინფორმირებული თანხმობის მიღება.

ზეწოლა სხვა პიროვნებისაგან	დააზუსტეთ პაციენტის მოტივაცია და საჭიროების შემთხვევაში დაეხმარეთ სხვა მეთოდის შერჩევაში.	ნებაყოფლობით სტერილიზაციასთან დაკავშირებული სინანული უფრო ძლიერია, როცა გადაწყვეტილების მიღება ზეწოლის ქვეშ ხდება.
დეპრესია	დააზუსტეთ პაციენტის მოტივაცია და საჭიროების შემთხვევაში დაეხმარეთ სხვა მეთოდის შერჩევაში.	ვაზექტომია მუდმივი მეთოდია, თუ სახეზეა ემოციური არასტაბილურობა, გადაწყვეტილების მიღება უნდა გადავადდეს.
ოჯახური პრობლემები	დააზუსტეთ პაციენტის მოტივაცია და საჭიროების შემთხვევაში დაეხმარეთ სხვა მეთოდის შერჩევაში.	რამდენადაც ვაზექტომია მუდმივი მეთოდია, პროცედურის ჩატარების გადაწყვეტილება უმჯობესია მიღებულ იქნას როცა პარტნიორები ჰარმონიულ ურთიერთობაში არიან.
პაციენტი უცოლო ან არ ჰყავს შვილები	დააზუსტეთ პაციენტის მოტივაცია და საჭიროების შემთხვევაში დაეხმარეთ სხვა მეთოდის შერჩევაში.	ვაზექტომია მუდმივი მეთოდია, სინანულის ალბათობა უფრო მაღალია, როცა სახეზეა რომელიმე აღნიშნული სიტუაცია.

- დაათვალიერეთ სხეულის ის ნაწილები რომელთანაც შეხება გექნებათ ოპერაციის დროს და განიხილეთ პროცედურის მოქმედება სექსუალურ ფუნქციაზე;
- ხაზგასმით აღნიშნეთ, რომ ქირურგიული სტერილიზაცია ოპერაციაა და მისი ეფექტი უნდა ჩაითვალოს მუდმივად ე. ი. თუ ოპერაცია წარმატებით ჩაივლის, პაციენტი ვეღარ შეძლებს გახდეს მამა;
- პაციენტს მიაწოდეთ ინფორმაცია შესაძლო უმნიშვნელო გართულებების შესახებ: ჰემატომა, ინფიცირება, სპერმოგრანულომა, ეპიდდიმიტი;
- აუხსენით სხვა გართულებებისა და წარუმატებლობის შესაძლო რისკების შესახებ (წარუმატებლობის კოეფიციენტი პირველ წელს არის 0.15%, მოგვიანებით – 0,04%);
- განიხილეთ კონტრაცეფციის სხვა მეთოდები;
- აუხსენით კონდომის გამოყენების აუცილებლობა მისი და პარტნიორის სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციისაგან დასაცავად;
- აუხსენით სხვა მეთოდების გამოყენების აუცილებლობა ვიდრე სპერმა არ გათავისუფლდება სპერმატოზოიდებისაგან, განუსაზღვრეთ ოპერაციის შემდეგ სპერმის გამოკვლევის დრო;
- განიხილეთ ფასი და გადახდის გზები;
- უპასუხეთ პაციენტის ყველა კითხვას;
- თხოვეთ პაციენტს წაიკითხოს და ხელი მოაწეროს ინფორმირებულ თანხმობას (იხ. დანართი);
- გააცანით და მიაწოდეთ პაციენტს ოპერაციის წინა და შემდგომი ინსტრუქციები.

ანამნეზი

ოპერაციის ჩატარებამდე გროვდება დეტალური ანამნეზი: განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ანამნეზში სისხლდენას, ალერგიულ რეაქციას (კერძოდ, ანალგეზიურ საშუალებებზე),

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებებს, შარდ-სასქესო სისტემის ინფექციებს, შაქრიან დიაბეტს, ანემიას და სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებებს.

ობიექტური გამოკვლევა

ობიექტური გამოკვლევა მოიცავს პაციენტის ზოგადი მდგომარეობის განსაზღვრას, არტერიული წნევისა და პულსის გაზომვას, შორისის მიდამოს კანისა და კანქვეშა ქსოვილის მდგომარეობის შეფასებას, სათესლე პარკის ადგილობრივი ანთებითი პროცესის, ვარიკოცელეს, კრიპტორქიზმის და ა.შ. გამოვლენას.

ლაბორატორიული ანალიზები

ლაბორატორიული გამოკვლევები ტარდება მხოლოდ განსაკუთრებულ შემთხვევებში. ზოგიერთი ავტორი რეკომენდებულად თვლის ჰემოგლობინისა და სისხლის შედედების სისტემის გამოკვლევას.

უმრავლეს შემთხვევაში, პაციენტის გამოკითხვა და ობიექტური გამოკვლევა სრულიად საკმარისია ოპერაციის ჩასატარებლად.

წინასაოპერაციო ინსტრუქცია

- ოპერაციის წინ თქვენ სავსებით დარწმუნებული უნდა იყოთ თქვენი გადაწყვეტილების სისწორეში, კონტრაცეფციის ქირურგიული მეთოდის არჩევანში, რომელიც შეუქცევად საშუალებად ითვლება. თქვენ შეგიძლიათ, შეცვალოთ თქვენი გადაწყვეტილება ნებისმიერ დროს ვაზექტომიის ჩატარებამდე;
- მიიღეთ აბაზანა ან შხაპი ოპერაციის წინა ღამეს და ვაზექტომიის დღეს. განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ სასქესო პარკის, ასოს, შორისის და უკანა ტანის სისუფთავეს;
- მოიყვანეთ თანმხლები პირი, რომელიც დაგეხმარებათ სასურველ ადგილას (სახლი...) მისვლაში.

ოპერაციის შემდგომი ინსტრუქცია

- ოპერაციის შემდეგ მოერიდეთ ფეხით ხანგრძლივ სიარულს, ველოსიპედით გადაადგილებას და ა.შ. სათესლე პარკისა და ნაოპერაციებ მიდამოზე ხახუნისა და ზეწოლის თავიდან აცილების მიზნით;
- სასურველია წოლითი რეჟიმი ოპერაციის დღეს;
- მოერიდეთ ფიზიკურ დამაბზავს ოპერაციიდან პირველი 48 სთ-ის განმავლობაში;
- აუცილებლობის შემთხვევაში, შემუშების, სისხლდენის, ტკივილის ან დისკომფორტის დროს შეიძლება გამოყენებულ იქნას ცივი კომპრესი ნაოპერაციებ მიდამოში და/ან ტკივილგამაყუჩებელი საშუალება 4-6 საათის ინტერვალით (დასახელება ან დოზა დააზუსტეთ ექიმთან);
- პირველი ორი დღის მანძილზე რეკომენდებულია სუსპენზორიუმის ან მოჭერილი თეთრეულის ხმარება;
- ნუ მიიღებთ აბაზანას ან შხაპს ოპერაციიდან პირველ ორ დღეს;
- ნუ მოიხსნით ნახვევს 3 დღე;
- მოერიდეთ ძლიერ ფიზიკურ სამუშაოს (სიმძიმეების აწევას და ა.შ.) პირველი კვირის განმავლობაში;

- ჩვეულებრივ ოპერაციიდან 2-3 დღის შემდეგ შეგიძლიათ აღადგინოთ სქესობრივი კონტაქტი (თუ ოკლუზიის მიზნით გამოყენებულ იქნა კოაგულაცია თავი შეიკავეთ კოიტუსისგან ერთი კვირის მანძილზე);
- ორსულობის თავის დაცვის მიზნით გამოიყენეთ კონდომი ან კონტრაცეფციის სხვა მეთოდი, სანამ ეაკულატში სპერმატოზოიდების არარსებობა არ დადასტურდება სპერმის ორჯერადი გამოკვლევით; ვაზექტომიას არა აქვს სწრაფი ეფექტი. თესლგამომტანი სადინარების გათავისუფლებას სპერმატოზოიდებისაგან ჩვეულებრივ 12 კვირა ან 20 ეაკულაცია სჭირდება;
- თუ ვაზექტომია ჩატარდა ტრადიციული მეთოდით, ნაკერი იხსნება მეშვიდე დღეს;
- ოპერაციის შემდეგ შეიძლება გქონდეთ ტკივილის, გარკვეული დისკომფორტის შეგრძნება, მცირედი შეშუპება, კანის ფერის შეცვლა (სილურჯე) სათესლე პარკის მიდამოში. ეს ყოველივე ითვლება ნორმალურ მოვლენად და არ უნდა შეშფოთდეთ.

დაუყოვნებლივ მიმართეთ ექიმს თუ:

- მაღალი ტემპერატურა გაგრძელდა რამდენიმე დღე;
- შეამჩნიეთ სისხლიანი ან ჩირქიანი გამონადენი ჭრილობიდან;
- გაძლიერდა ტკივილი ან სათესლე პარკის მკვეთრი შეშუპება;
- პარტნიორს არ დაეწყო მენსტრუაცია და ზემოაღნიშნული პირობების დაცვის მიუხედავად ფიქრობს, რომ ორსულადაა.

ქირურგიული ტექნიკა

არჩევანი მთლიანად ქირურგზეა დამოკიდებული გამომდინარე მისი კვალიფიკაციისა და ტექნიკური შესაძლებლობებიდან.

პირობები

ვაზექტომია შეიძლება ჩატარდეს როგორც ამბულატორიულად, ისე სტაციონარის პირობებში.

მდგომარეობები, რომელიც მოითხოვს სიფრთხილეს

მდგომარეობა	გაფრთხილება	საფუძველი
ადგილობრივი ინფექციები: ა) სათესლე პარკის კანის, ბ) მწვავე სგგი, გ) ბალანო-პოსტიტი, დ) ეპიდიდმიტი ან ორქიტი.	გადადეთ პროცედურა ინფექციის ალაგებამდე.	ამ მდგომარეობებმა შეიძლება გაზარდონ ისეთი გართულებების რისკი, როგორიცაა პოსტოპერაციული ინფექცია.
მწვავე სისტემური ინფექცია (მაგ. გრიპი) ან გასტროენტერიტი.	გადადეთ პროცედურა ინფექციის ალაგებამდე.	პოსტოპერაციული გართულებების, განსაკუთრებით ინფექციის მაღალი რისკი.
გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები, სისხლის შედედების დარღვევა, ენდოკრინული დაავადებები(მაგ. დიაბეტი).	პროცედურა სასურველია ჩატარდეს სტაციონარის პირობებში, ოპერაციამდე უნდა გაკონტროლდეს მნიშვნელოვანი სამედიცინო	პაციენტებს მნიშვნელოვანი სამედიცინო პრობლემებით შეიძლება დასჭირდეთ სპეციალური ქირურგიული მართვა და მონიტორინგი.

	პრობლემები.	სამედიცინო პრობლემებმა შეიძლება გაართულონ ოპერაცია და გაზარდონ ინფექციის რისკი.
<ul style="list-style-type: none"> • ანამნეზში სათესლე პარკის ტრავმა; • დიდი ზომის ვარიკოცელე; • დიდი ზომის ჰიდროცელე; • ფილარიაზი; ელემფანტიაზი; • სათესლე პარკშიდა არადიაგნოსტირებული წარმონაქმნი; • კრიპტორქიზმი – (ცალმხრივი ან ორმხრივი, დადასტურებული ნაყოფიერება); • საზარდულის თიაქარი. 	ამ მდგომარეობების შემთხვევაში პროცედურა უნდა ჩატარდეს სტაციონარის პირობებში გამოცდილი ქირურგის მიერ.	ამ მდგომარეობებმა შეიძლება გაართულონ ოპერაცია და გაზარდონ ინფექციის რისკი.

ტემპერატურა საოპერაციოში უნდა იყოს, მინიმუმ 20-25°C რასაც გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს კრემასტერისა და სათესლე პარკის ხორციანი გარსის რელაქსაციისათვის. ეს მნიშვნელოვნად აადვილებს:

- მანიპულაციას თესლსავალ გზებზე;
- თესლგამომტანი სადინარის ფიქსაციას სათესლე პარკის შეხორცების მიდამოში;
- რელაქსირებული სათესლე ბაგირაკიდან თესლგამომტანი სადინარის იზოლირებას;
- ამცირებს ოპერაციის დროს და გართულებების განვითარების რისკს.

წინასაოპერაციო მომზადება

- ვაზექტომიის ჩატარებამდე პაციენტმა უნდა მიიღოს შესაბამისი ინფორმაცია-კონსულტაცია და მოგვეთ ინფორმირებული თანხმობა;
- პროცედურის დაწყებამდე კიდევ ერთხელ დარწმუნდით, რომ პაციენტს არ სურს მეტი შვილის ყოლა და მზად არის შეუდგეთ ოპერაციას სტერილიზაციის მიზნით;
- წინასაოპერაციო ანამნეზი და გამოკვლევა შეიძლება ჩატარდეს ოპერაციის დღეს ან რამდენიმე დღით ადრე;
- საჭიროა მომზადდეს პაციენტის სამედიცინო ბარათი;
- ზოგადი წინასაოპერაციო გამოკვლევა მოიცავს საოპერაციო მიდამოს დათვალიერებას, გათვალისწინებული პროცედურებისა და ტესტების ჩატარებას;
- ლაბორატორიული გამოკვლევების ჩატარება ჩვეულებრივ არ არის საჭირო, მაგრამ თუ ეჭვი შეგეპარათ რაიმე გადახრაზე კლიენტი გაგზავნეთ ლაბორატორიულ გამოკვლევაზე ან სპეციალისტთან დამატებითი კონსულტაციისათვის;
- ადგილობრივი კანის ინფექციების და სასქესო გზების ინფექციური დაავადებების მკურნალობა უნდა მოხდეს ოპერაციამდე.

პაციენტის მომზადება ოპერაციისათვის

პრემედიკაცია ტრანსკვილიზატორებით

ოპერაციის წინ მიღებული ტრანსკვილიზატორი ხელს უწყობს სათესლე პარკის კუნთოვანი ქსოვილის რელაქსაციას, რაც კანის სისქის მაქსიმალურად შემცირების შესაძლებლობას იძლევა.

სასქესო ასოს ფიქსაცია

ოპერაციის გასაადვილებლად აუცილებელია სასქესო ასოს ფიქსაცია საოპერაციო მიდამოს გარეთ. დააფიქსირეთ ასო „12 საათის“ მდგომარეობაში, ისე რომ კარგად ხედავდეთ შეხორცების ხაზს. უპირატესობა უნდა მივანიჭოთ რეზინის ბანდაჟისაგან გაკეთებულ მარყუჟს, რომელიც ასოს თავზე ეცმება [ილუსტრ. c].

საოპერაციო ველის მომზადება

- გულდასმით დაათვალიერეთ სათესლე პარკი, პალპაციით განსაზღვრეთ სათესლე პარკის სისქე და თესლგამომტანი სადინრის დიამეტრი;
- სათესლე პარკი, სასქესო ასო, მუცლის ქვედა ნაწილი და ბარძაყების ზემო მესამედი დამუშავეთ თბილი ანტისეპტიკური ხსნარით;
- უპირატესობა ენიჭება ბეტადინის (პროვიდონ იოდინი) ან ქლორჰექსიდიდინის გამთბარ ხსნარს. მოერიდეთ სპირტიანი ხსნარის გამოყენებას განსაკუთრებით მგრძნობიარე ზონებში.

ხელების დამუშავება

უსკალპელო ვაზექტომია მცირე ქირურგიული ოპერაციაა, რომელიც მოითხოვს გარკვეული ანტისეპტიკური პროცედურების ჩატარებას ინფექციის პროფილაქტიკისათვის.

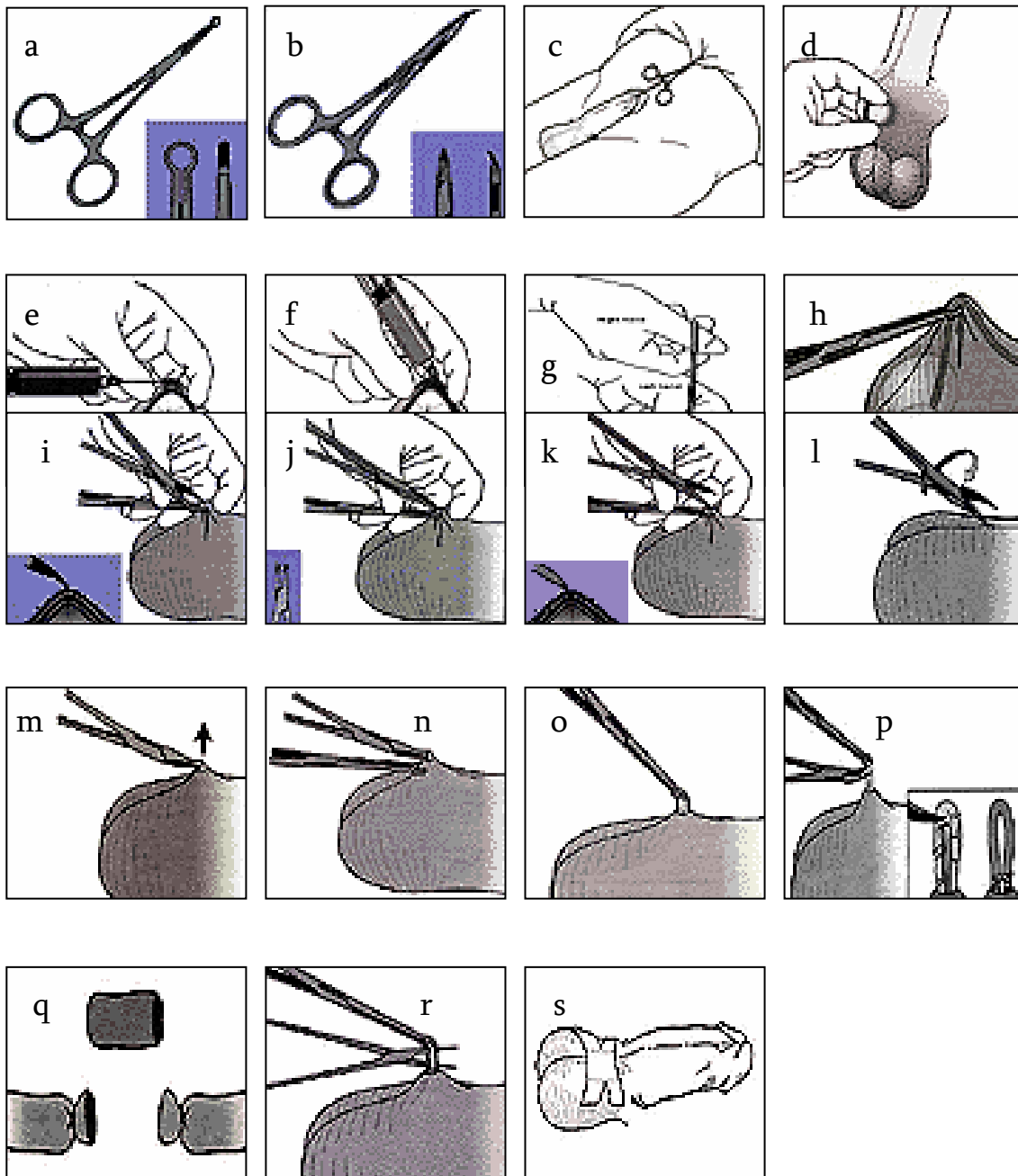
ანესთეზია

- ადგილობრივი ანესთეზია მნიშვნელოვანია ვაზექტომიის უმტკივნეულოდ ჩატარებაში;
- შესაძლებელია თავიდან ავიცილოთ მრავალჯერადი ინექციის შედეგად ტესტიკულური სისხლძარღვების დაზიანება და ჰემატომის განვითარება;
- დოქტორ ლი შანკიანგის ანესთეზიის მეთოდს აქვს გარკვეული უპირატესობა და გულისხმობს სადინარის ზედა კანის გაუტკივარებას [ილუსტრ. e] და საანესთეზიო ხსნარის საოპერაციო მიდამოდან მოშორებით, თესლგამომტანი სადინარის გასწვრივ, საზარდულის რგოლის მიმართულებით შეყვანას [ილუსტრ. f];
- ერთი ინექციით შესაძლებელია ორივე თესლგამტარი სადინარის ნერვის ბლოკირება, რაც მნიშვნელოვნად ამცირებს სისხლდენის საშიშროებას;
- ანესთეზიისთვის გამოიყენება ლიდოკაინი ეპინეფრინის გარეშე, ვინაიდან უკანასკნელი სისხლძარღვების შევიწროების გამო ნაკლებად შესამჩნევს ხდის სისხლდენას ოპერაციის დროს;
- უკანასკნელ წლებში დანერგილი უნემსო ანესთეზიის მეთოდი.

ტექნიკა

- ოპერაციის ჩატარებისას გამოიყენება დოქტორ ლი შანკიანგის მიერ მოწოდებული ორი ძირითადი ინსტრუმენტი: გარეთა ბექდისებური და პრეპარირებადი დამჭერი [ილუსტრ. a,b];
- სათესლე პარკის ზედა და შუა მესამედის საზღვარზე შესაბამისი მიდამოს ადგილობრივი გაუტკივარების შემდეგ ბექდისებური დამჭერი ედება თესლსავალ სადინარს კანის გახსნის გარეშე. მეორე ინსტრუმენტი-პრეპარირებადი დამჭერი მახვილი ბოლოთი, გამოიყენება კანისა და თესლსავალი სადინარის კედლის პუნქციისა და მცირე განაკვეთის შესასრულებლად თესლგამომტან სადინარზე, ორივე მხარეს[ილუსტრ.h,i,j,k].
- სასურველია გამოვიყენოთ უსკალპელო ვაზექტომიის მონოპუნქციური მეთოდი, როდესაც პუნქცია სათესლე პარკის შუა ხაზზე ტარდება.
- თესლგამტარი სადინარის გამოყოფა-იზოლირების შემდეგ ტარდება მისი ოკლუზია ერთ-ერთი ქვემოთ აღწერილი მეთოდით;
- თესლგამომტანი სადინარი ლიგირდება და უმრავლეს შემთხვევაში იკვეთება;
- იზოლირებისა და გადაკვეთის შემდეგ მილის ორივე ბოლო 1სმ სიღრმეზე ფულგირდება ორივე მიმართულებით სანათურში ნემსისებური ელექტროდის ან თერმოკაუტერის ჩადგმით;
- ზოგიერთი ქირურგი თესლგამტარი მილის იზოლირების შემდეგ ატარებს აბსორბირებადი ან არააბსორბირებადი მასალით ლიგირებას გადაკვეთის გარეშე;
- სპერმა გროვდება გადაკვეთილი მილის ბოლოებში (ანთებითი გრანულომის განვითარებით). ეს უფრო ხშირია ლიგირების დროს, ვიდრე ვაზექტომიის სხვა მეთოდების შემთხვევაში, რაც გვევლინება „კონტრაცეფციული წარუმატებლობის“ ხშირ მიზეზად;
- მეტი საიმედოობისათვის რეკომენდებულია თესლგამტარი სადინარის მცირე სეგმენტის ამოკვეთა (თუმცა, ეს არაა აუცილებელი). შემოთავაზებულია გადაკვეთილი ბოლოების ფასციით დახურვის მეთოდიც;
- მოწოდებულია ვაზექტომიის მოდიფიკაცია, რომელიც გულისხმობს სადინარის გადაკვეთას გადაკვანძვის გარეშე (ე.წ. ვაზექტომია თესლსავალი გზების ღია ბოლოებით) და მისი აბდომინალური ბოლოების 1.5 სმ-ზე კაუტერიზაციას ან თერმოკოაგულაციას, ასევე ფასციის გამოყენებას გადაკვეთილი თესლგამომტანი სადინარების ბოლოების დასაფარად. ეს მოდიფიკაცია ამცირებს შეგუბებითი ეპიდიდმიტის განვითარების ალბათობა. ჭრილობის დასახურად იხმარება მხოლოდ სტერილური ნახვევი, ტრადიციული ვაზექტომიისაგან განსხვავებით, სადაც განაკვეთი ძირითადად იკერება;
- პაციენტი კლინიკიდან ეწერება ოპერაციის ჩატარებიდან 15-30 წუთის შემდეგ.

ოპერაციის მიმდინარეობის მსვლელობა (იხ. ილუსტრაციები).



ვაზექტომიის შემდგომი გართულებები

- ეპიდემიტი;
- სათესლე პარკის აბსცესი;
- წარუმატებლად ჩატარებული ვაზექტომია;
- სპერმოგარანულომა, ცელულიტი და ჰემატომა.

ვაზექტომიის შემდგომ განვითარებული პრობლემის მართვა

პრობლემა	შეფასება	მართვა
ჭრილობის ინფექცია	დააზუსტეთ ინფექციის ან აბსცესის არსებობა.	სახეზეა კანის ინფექცია, უმკურნალეთ ანტიბიოტიკებით. თუ სახეზეა აბსცესი, მოახდინეთ დრენირება და უმკურნალეთ ჩვენების მიხედვით.
ჰემატომა (კანქვეშა)	განსაზღვრეთ ინფექციის ან აბსცესის არსებობა.	დაადეთ თბილი, სველი კომპრესები და ყურადღებით დააკვირდით სათესლე პარკს. ეს გაივლის დროთა განმავლობაში.
გრანულომა	გამორიცხეთ შესაძლო ინფექცია ან ჰემატომა.	დააკვირდით; ეს იშვიათია (< 0.4%), ჩვეულებრივ თვითგამოსწორებადია და სპონტანურად გაივლის.
ძლიერი შეშუპება	შეამოწმეთ სათესლე პარკის შეშუპება. გამორიცხეთ შესაძლო ინფექცია ან ჰემატომა.	თუ დიდი და მტკივნეულია, შეიძლება საჭირო იყოს ქირურგიული მართვა. დააკვირდით; ეს ჩვეულებრივ სპონტანურად გაივლის 1-დან 3 კვირაში. საჭიროების შემთხვევაში გამოიყენეთ სათესლე პარკის დამჭერი.
ტკივილი განაკვეთის არეში	გამორიცხეთ ინფექცია, გრანულომა ან ეპიდიდმიტი.	თუ არ არის ინფექცია, უმკურნალეთ სიმპტომურად, საჭიროების მიხედვით ტკივილგამაყუჩებლებით. ტკივილი ჩვეულებრივ სპონტანურად გაივლის.

ვაზექტომიის შემდეგ რაიმე სისტემური დაავადება და მისი გავლენა შარდსასქესო ორგანოების სიმსივნეების ან ათეროსკლეროზის განვითარებაზე დადასტურებული არ არის.

როდის იწყება ვაზექტომიის ეფექტი

- ვაზექტომიის შედეგად მყარი კონტრაცეფციული ეფექტი დგება 3 თვის შემდეგ;
- აღნიშნულ პერიოდში მამაკაცს უნდა ჰქონდეს აქტიური სქესობრივი ცხოვრება, იმ პირობით, რომ მან და მისმა პარტნიორმა საჭიროა გამოიყენონ კონტრაცეფციის დამატებითი მეთოდი;
- ვაზექტომიიდან 3 თვის გასვლის შემდეგ მიზანშეწონილია სპერმის ორჯერადი გამოკვლევა რათა დადასტურდეს მეთოდის კონტრაცეფციული ეფექტი.

წარუმატებლობის მიზეზი

- თესლსავალი გზების რეკანალიზაცია;

- არასწორად ჩატარებული ოპერაცია (სხვა სტრუქტურის ოკლუზია);
- თანდაყოლილი ანომალია - თესლგამომტანი სადინრის (vas deferens) დუბლიკაცია, რაც შეუძენველი დარჩა ოპერაციის დროს.

მამაკაცის სტერილიზაციის შექცევადობა

- მიუხედავად ჩატარებული კონსულტაციისა, რომ ვაზექტომია არის კონტრაცეფციის შეუქცევადი მეთოდი, მრავალი პაციენტი ითხოვს ნაყოფიერების აღდგენა პარტნიორთან დაშორების, ბავშვის სიკვდილის ან ბავშვის ჰყოლის სურვილის შემთხვევაში;
- ფერტილობის აღდგენა რთული ქირურგიული ოპერაციაა, რომელიც ითხოვს ქირურგის სპეციალურ მომზადებას;
- ფერტილობის აღდგენა ზოგიერთ შემთხვევაში შეუძლებელია, მიზეზი სტერილიზაციის მეთოდის არსებობაა;
- სტერილიზაციის შექცევადობა არ არის გარანტირებული, თუნდაც სათანადო ჩვენებისა და ქირურგის მაღალი კვალიფიკაციის შემთხვევაში;
- ფერტილობის აღდგენის ქირურგიული მეთოდი საკმაოდ ძვირადღირებულია;
- არსებობს ანესთეზიასა და თავად ოპერაციასთან დაკავშირებული გართულებების ალბათობა.

მიუხედავად ფერტილობის აღდგენის შესაძლებლობისა, ნებაყოფლობითი ქირურგიული სტერილიზაცია უნდა ჩაითვალოს კონტრაცეფციის შეუქცევად მეთოდად.

- ✓ ვაზექტომიის შემდეგ ფერტილობის აღდგენის მიკროქირურგიული ოპერაციის ეფექტურობა შეადგენს 16-79% (საშუალოდ 50%);
- ✓ ეაკულატში სპერმატოზოიდების აღმოჩენის სიხშირე შეადგენს 81-98%, რაც არ ითვლება ოპერაციის ეფექტურობის მაჩვენებლად, სასურველ გამოსავლად გვევლინება მხოლოდ ორსულობის დადგომა.

ოპერაციის შედეგები ფერტილობის აღდგენის თვალსაზრისით დამოკიდებულია: ოპერაციის შემდეგ გასულ პერიოდზე, პაციენტისა და მისი მეუღლის ასაკზე, ვაზექტომიის მეთოდზე, ანტისპერმული ანტისხეულების არსებობასა და მისი დონეზე, აღდგენითი ოპერაციაზე (ვაზოვასტომია ან ვაზოეპიდიდიმოსტომია), როგორი რეკონსტრუქცია იქნა ნაწარმოები-ცალმხრივი თუ ორმხრივი.

ოპერაციის ეფექტურობა დამოკიდებულია: რეკონსტრუქციის ტექნიკაზე (მიკრო ან მაკრო-ქირურგიული, ერთ ან ორსართულიანი ნაკერი), ქირურგის გამოცდილებასა და მომზადების დონეზე, სხვა პათოლოგიის- ვარიკოცელეს და ა.შ. არსებობაზე.

ორსულობის ალბათობა ორმხრივი რეკონსტრუქციისას უფრო მაღალია. თუ ინტრაოპერაციულად მიღებულ სითხეში რომელიმე მხარე სპერმატოზოიდები ვერ იქნა ნანახი, უნდა ვიფიქროთ სათესლის დანამატის მეორად ობტურაციაზე. ასეთ შემთხვევაში მიკროქირურგიული ვაზოეპიდიდიმონასტომოზის შესრულება აუცილებელია.

- მიკროქირურგიულ ოპერაციამდე ახდენენ დანამატიდან სპერმის ასპირაციას, დამუშავებას და კრიოპრეზერვაციას წარუმატებელი ოპერაციის შემთხვევაში ინტრაციტოპლაზმური სპერმის ინექციის (ICSI) ჩასატარებლად. ახალი და კრიოკონსერვირებული სპერმით მიღწეული შედეგები პრაქტიკულად იდენტურია;

- მიკროქირურგიული რეკონსტრუქცია შედარებით იაფი პროცედურაა;
- ეპიდდემიურიდან სპერმის მიკროსკოპული ასპირაცია (MESA), ტესტიკულებიდან სპერმის ასპირაცია (TESA) და ICSI პროცედურები უნდა დაიგეგმოს მხოლოდ ქირურგიული რეკონსტრუქციის უშედეგობის ან შეუძლებლობის შემთხვევაში.

დანართი

სტერილიზაციაზე ნებაყოფლობითი ინფორმირებული თანხმობის ფორმა

მე, ქვემოთ ხელის მომწერი _____ გთხოვთ,
(გვარი, სახელი)

ჩამიტაროთ ქირურგიული სტერილიზაცია მეთოდით

(უჩვენეთ პროცედურა)

მოგმართავთ ამ თხოვნით საკუთარი სურვილით, ყოველგვარი ძალდატანების ან ვინმეს ზეგავლენის გარეშე. ვაცნობიერებ, რომ:

1. მე და ჩემ პარტნიორს შეგვიძლია გამოვიყენოთ არსებული დროებითი კონტრაცეფციის მეთოდები;
2. პროცედურა, რომელიც ჩამიტარდება, წარმოადგენს ქირურგიულ ოპერაციას და მე სრულყოფილად ამიხსნეს მასთან დაკავშირებული ყველა დეტალი;
3. ქირურგიული ოპერაცია გარდა დადებითი შედეგებისა, შეიცავს გარკვეულ რისკს, რის შესახებაც ვარ ინფორმირებული;
4. თუ პროცედურა ჩატარდა წარმატებით, მე აღარ შემეძლება მყავდეს შვილები;
5. პროცედურა ითვლება შეუქცევადად;
6. მე შემეძლია ოპერაციის წარმოებამდე ნებისმიერ მომენტში შევცვალო გადაწყვეტილება.

(პაციენტის ხელმოწერა)

(თარიღი)

(მკურნალი ექიმის ხელმოწერა)

(თარიღი)

იმ შემთხვევაში თუ პაციენტმა არ იცის კითხვა და/ან წერა, მაშინ პაციენტის ნდობით აღჭურვილმა იმავე სქესის პირმა, რომელიც მეტყველებს იმავე ენაზე რომელზეც პაციენტი, ხელი უნდა მოაწეროს შემდეგ განცხადებას:

მე, ქვემოთ ხელის მომწერი, ვადასტურებ

(ხელმოწერა)

(თარიღი)

ქალისა და მამაკაცის ქირურგიული სტერილიზაცია

ძირითადი რეკომენდაციები

- განხილული იქნას იურიდიული კონსულტაციის საკითხი, როდესაც ექვის ქვეშა არის პიროვნების გონებრივი სიჯანსაღე, ვინც იღებს გადაწყვეტილებას შვილოსნობის პერმანენტული შეწყვეტის თაობაზე (დონე C);
- სავალდებულოა წერილობითი ინფორმირებული თანხმობის მიღება პიროვნებისგან, ვინც გეგმავს ვაზექტომიას, მიღების ოკლუზიას ლაპარასკოპიული ან ჰისტეროსკოპიული მეთოდით (GPP);
- საჭიროა დოკუმენტირებული იქნას პაციენტის ამბულატორიული ბარათი, ინფორმირებული თანხმობა, მისი მოთხოვნა, კონსულტირების მიმდინარეობა, შეთანხმება პროცედურაზე, ნებისმიერი მიწოდებული ინფორმაცია (GPP).

სტერილიზაციის წინ ჩასატარებელი შეფასება

- ნებისმიერი ინფორმაცია და სიტყვიერი რეკომენდაცია დაბეჭდილი ან ჩაწერილი იყოს ზუსტად და მიუკერძოებლად (საჭიროების შემთხვევაში – ნათარგმნი), რომელიც პიროვნებამ უნდა წაიღოს და განიხილოს პროცედურის ჩატარებამდე (დონე C);
- კონსულტირება და რჩევა სტერილიზაციის თაობაზე ქალებსა და მამაკაცებს მიეწოდოს მომსახურეობის მთელი სპექტრის გათვალისწინებით, გახანგრძლივებული კონტრაცეფციის მეთოდების ხელმისაწვდომობის ჩათვლით. ეს უნდა მოიცავდეს ინფორმაციას ცალკეული მეთოდის უპირატესობების, ნაკლოვანებების, რისკების შესახებ (დონე C);
- ვაზექტომია და სტერილიზაცია ერთდროულად განიხილეთ ყველა ქალთან და მამაკაცთან, ვინც ითხოვს ქირურგიულ სტერილიზაციას (დონე C).
- მამაკაცებში და ქალებში, ვინც ითხოვს ვაზექტომიას და მიღების ოკლუზიას, შეიკრიბოს ანამნეზი, ჩატარდეს მამაკაცებში სათესლე პარკის, ხოლო ქალებში ბიმანუალური გასინჯვა პირველივე კონსულტაციაზე ან პროცედურის ჩატარების წინ (დონე C);
- პიროვნება ინფორმირებული იყოს, რომ მამაკაცებში ვაზექტომიის შემთხვევაში უფრო დაბალია წარუმატებლობის სიხშირე პროცედურის შემდეგ ორსულობასთან მიმართებით და ნაკლებია რისკი პროცედურასთან დაკავშირებულ გართულებებთან მიმართებით, ვიდრე ქალებში ლაპარასკოპიით ან ლაპარატომიით ჩატარებულ სტერილიზაციის დროს (დონე C);
- თუ ორსულობა დადგა იმ პერიოდში, როცა ქალი ემზადება სტერილიზაციისთვის, შევთავაზეთ კონსულტაცია შემდგომი კონტრაცეფციის გამოყენების თაობაზე გარემოებების შეცვლის გამო (GPP);
- ექიმი, რომელიც ატარებს პროცედურას დარწმუნებული უნდა იყოს, რომ ინფორმაციის გაცვლა, ანამნეზის და გასინჯვის მონაცემები სრულყოფილია. პაციენტს არ უნდა ჰქონდეს განცდა სხვა თანმხლები გარემოებების გამო, რაც მოითხოვს დამატებით ან ალტერნატიულ პროცედურებს და სიფრთხილეს (დონე C).

ვაზექტომიის შემდგომი რეკომენდაციები

მამაკაცები, რომელთაც უნდა ჩაუტარდეთ ვაზექტომია, უზრუნველყოფილნი უნდა იყვნენ პროცედურის შემდგომი რეკომენდაციების საინფორმაციო ბროშურებით, რაც მოიცავს შესაბამის ინსტრუქციებს თავის მოვლის შესახებ (GPP).

მიღების ოკლუზიის შემდგომი რეკომენდაციები

- ქალები, რომლებსაც უნდა ჩაუტარდეს მიღების ოკლუზია, საჭიროა უზრუნველყოფილი იყვნენ ინფორმაციით მეთოდის შესახებ და ნებისმიერ გართულების შესახებ, რასაც შეიძლება ადგილი ქონდეს პროცედურის დროს (GPP);
- ქალები, რომლებსაც უნდა ჩაუტარდეს მიღების ოკლუზია, უზრუნველყოფილნი უნდა იყვნენ პროცედურის შემდგომი რეკომენდაციების საინფორმაციო ბროშურებით, რაც მოიცავს შესაბამის ინსტრუქციებს თავის მოვლის შესახებ (GPP).

დამატებითი კონტრაცეფცია

- მამაკაცები, რომელთაც უნდა ჩაუტარდეთ ვაზექტომია, ინფორმირებულები უნდა იყვნენ დამატებითი კონტრაცეფციის საჭიროების თაობაზე, ვიდრე სტერილობა არ დადასტურდება (GPP);
- ქალები, რომლებსაც უნდა ჩაუტარდეს ჰისტეროსკოპიული სტერილიზაცია მიკროზამბარებით, ინფორმირებულები უნდა იყვნენ დამატებითი კონტრაცეფციის საჭიროების თაობაზე, ვიდრე სტერილობა არ დადასტურდება (GPP);
- დამატებითი ყურადღებაა საჭირო კონსულტაციის დროს იმ პირების მიმართ, ვინც არის 30 წელზე ნაკლები ასაკის, არ ჰყავს შვილი და ითხოვს სტერილიზაციას (დონე B).

სინანული დაკავშირებული სტერილიზაციის ჩატარების დროსთან

- როდესაც მიღების ოკლუზია ტარდება საკეისრო კვეთასთან ერთად, პაციენტის კონსულტირება და ინფორმირებული თანხმობის მიღება უნდა მოხდეს სულ მცირე ორი კვირით ადრე პროცედურამდე (დონე C).

ვაზექტომია

ანესთეზია

- ვაზექტომია უნდა ჩატარდეს ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ, როცა შესაძლებელია (დონე B);
- სასურველია ადგილობრივი ანესთეზიისთვის გამოყენებული პრეპარატების გათბობა დაახლოებით 37°C-მდე ინფილტრაციის წინ, რათა შემცირდეს ინექციასთან ასოცირებული ტკივილი (დონე A);
- ადგილობრივი ანესთეზია ადრენალინით ან ადრენალინის გარეშე (ეპინეფრინი) შეიძლება გამოვიყენოთ ვაზექტომიის დროს (GPP);
- ადგილობრივი ანესთეზია შეყვანილი უნდა იქნას ინფილტრაციის გზით კანვეშა ქსოვილში და პირდაპირი ინექციით თესლგამტარ სადინარში (GPP);
- ადგილობრივი ანესთეზია შეყვანილი უნდა იქნას წვრილი (fine-gauge) ნემსით ტკივილის შემცირების მიზნით (GPP).

თესლგამომტანი სადინარის გამოყოფა და იდენტიფიცირება

ვაზექტომიის დროს მინიმალური ინვაზიური მიდგომით უნდა მოხდეს თესლგამომტანი სადინარის გამოყოფა, რამდენადაც ეს იწვევს ერთეულ ადრეულ გართულებებს სხვა მეთოდებთან შედარებით (დონე A).

თესლგამომტანი სადინარის მთლიანობის გაწყვეტა ვაზექტომიის დროს

- კაუტერიზაცია, რომელსაც ახლავს თესლგამომტანი სადინარის დაყოფა ექსციზიით ან მის გარეშე, ასოცირდება ადრეული რეკანალიზაციის დაბალ ალბათობასთან, ოკლუზიის სხვა ტექნიკისგან განსხვავებით (დონე A);
- მხოლოდ თესლგამომტანი სადინარის დაყოფა არა არის მისაღები ტექნიკა, ვინაიდან ასოცირდება წარუმატებლობის მაღალ სიხშირესთან. მას თან უნდა ახლდეს დიათერმოკოაგულაცია ან ლიგირება და ფასციის შეტანა (დონე A);
- კლიპების გამოყენება თესლგამომტანი სადინარის დაცობის მიზნით არ არის რეკომენდებული, რამდენადაც პოტენციურად ასოცირდება წარუმატებლობის მაღალ სიხშირესთან (დონე A).

ჰისტოლოგიური გამოკვლევა

თესლგამომტანი სადინარის ექსციზირებული მონაკვეთის რუტინული ჰისტოლოგიური გამოკვლევა არა არის რეკომენდებული (დონე C).

ვაზექტომიის შემდგომი სპერმის ანალიზი

- ვაზექტომიის შემდგომ ჩატარდეს სპერმის ანალიზი ადრეული წარუმატებლობის გამოსავლენად. გამოყენებული უნდა იქნას დამატებითი კონტრაცეფცია, ვიდრე დადგინდება აზოოსპერმია (დონე B);
- მტკიცებულებების მიხედვით ვაზექტომიის შემდეგ 12 კვირა არის ოპტიმალური დრო ვაზექტომიის შემდგომი სპერმის პირველი ანალიზის ჩასატარებლად. ადრეული ტესტიზრდის დამატებითი ტესტის ჩატარების ალბათობას, ხოლო გვიანი ტესტი ახანგრძლივებს დამატებითი კონტრაცეფციის გამოყენების საჭიროებას (დონე B);
- შეასაძლებელია გამომზავნილი სპერმის ნიმუშის გამოყენება ვაზექტომიის შემდგომი სპერმის ანალიზისთვის, თუმცა ასეთი ნიმუშები არაა ვარგისი სპერმის მოძრაობის შესაფასებლად (GPP);
- გამოგზავნილი ნიმუშის შეფუთვა და ეტიკეტირება თანხვედრაში უნდა იყოს ადგილობრივი ლაბორატორიის მოთხოვნასთან, დაცული უნდა იყოს ბიოლოგიური ნიმუშების ტრანსპორტირების სტანდარტი (GPP);
- რუტინული განმეორებითი ვაზექტომიის შემდგომი სპერმის ანალიზის ჩატარება არაა საჭირო, როცა პირველ ნიმუშში ნანახია აზოოსპერმია (დონე B);
- მამაკაცების მცირე ნაწილში, ვაზექტომიის შემდეგ ეაკულატში შეიძლება პერსისტირებდეს უძრავი სპერმატოზოიდები. ასეთ შემთხვევაში განსაკუთრებული გარკვეულობა უნდა იქნას შეტანილი- შეწყვეტილი იქნას დამატებითი კონტრაცეფციის გამოყენება,

როდესაც ვაზექტომიის შემდგომ ნატიური სპერმის ნიმუშში 1 მლ- ში 100 000 ზე ნაკლები უძრავი სპერმატოზოიდია (დონე B);

- თუ ვაზექტომიის შემდეგ 7 თვეში ნატიურ სპერმაში მოძრავი სპერმატოზოიდები იქნა ნაწახი, პროცედურა უნდა ჩაითვალოს წარუმატებლად (დონე C);
- თუ ნატიური სპერმის ნიმუშში ვაზექტომიიდან 7 თვის შემდეგ 1 მლ -ში 100 000 ზე მეტი უძრავი სპერმატოზოიდი იქნა ნაწახი, კლინიკური გადაწყვეტილების და ადგილობრივი პროტოკოლის საფუძველზე უნდა განისაზღვროს ჩაითვალოს თუ არა პროცედურა წარუმატებლად (დონე C);
- თესლგამომტანი სადინარის რუტინული გამორეცხვა არ ამცირებს აზოოსპერმიის მიღწევის დროს და არაა რეკომენდებული (დონე C);
- ვაზექტომიის შემდეგ სპერმატოზოიდების არარსებობის დასადგენად ცენტრიფუგირება არაა რეკომენდებული, რადგან შეიძლება ხელი შეუშალოს სპერმის მოძრაობის შეფასებას (დონე C).

ინტრაოპერაციული გართულებები

თესლგამომტანი სადინარის იდენტიფიცირება

- თუ ცალ მხარეს თესლგამომტანი სადინარი არ ისინჯება, უნდა ჩატარდეს ცალმხრივი ვაზექტომია შემდგომი კონსულტაციით. მამაკაცს უნდა მიეცეს რჩევა თავი დაიცვას დამატებითი კონტრაცეფციით მანამდე სტერილობა დადასტურდება. ასეთი მამაკაცი ინფორმირებული უნდა იყოს თირკმლის ცალმხრივი აგენეზიის ალბათობის შესახებ და გაიზავნოს თირკმლის ულტრაბგერით კვლევაზე (GPP);
- როდესაც თესლგამომტანი სადინარის არარსებობა აშკარაა, მამაკაცი გაგზავნილი უნდა იქნას უროლოგთან (GPP);
- როდესაც გვხვდება ორმაგი ან გაორმაგებული თესლგამომტანი სადინარი, დოპლერული ულტრაბგერითი კვლევა უნდა იქნას ჩატარებული დიაგნოზის დასაზუსტებლად – ეს არის ჭეშმარიტი ორმაგი სადინარი თუ ექტოპირებული ურეთრა (GPP);
- როდესაც თესლგამომტანი სადინარის ანომალიაზე ეჭვი, საჭიროა შემდგომი ინდივიდუალური გამოკვლევა უროლოგთან (GPP).

სისხლდენა

სამედიცინო პერსონალმა ნებისმიერი პერივასკულარული ან კანქვეშა სისხლდენის დროს საჭიროა მოახდინოს კოაგულაცია ან ნაკერების დადება ჰემოსტაზის უზრუნველსაყოფად (GPP).

ტკივილი

თუ ვაზექტომიის დროს აღინიშნება ტკივილი სამედიცინო პერსონალმა საჭიროა განიხილოს დამატებითი ანესთეზიის / ანალგეზიის დანიშვნა (GPP).

ვაზოვაგუსური უკუგება

- სამედიცინო პერსონალი საჭიროა დარწმუნდეს, რომ კლინიკის ოთახი კარგად ნიავედება და კომფორტული ტემპერატურაა (GPP);
- სამედიცინო პერსონალმა შეიძლება საჭიროდ ჩათვალოს კლინიკის ოთახში მუსიკის ჩართვა თუ პაციენტის სურვილია, რადგან ეს ამცირებს პაციენტის შფოთვის (დონე C);

- სამედიცინო პერსონალი ვაზექტომიის დროს საჭიროა ჩერთოს პაციენტთან დიალოგში და გაამხნევოს მთელი პროცედურის განმავლობაში (GPP).

ახლო და შორეული პოსტპერაციული გართულებები

ინფექცია

- რუტინულად ვაზექტომიის წინ პროფილაქტიკური ანტიბიოტიკოთერაპია არაა რეკომენდებული (GPP);
- ვაზექტომიამდე კანის გასუფთავება უნდა მოხდეს ინფექციის კონტროლის ადგილობრივი პროტოკოლის მიხედვით (GPP);
- ვაზექტომიამდე სკროტუმის გაპარსვის თაობაზე გადაწყვეტილება მიღებული უნდა იქნას ინფექციების კონტროლის ადგილობრივი/ოპერაციისწინა პოლისის საფუძველზე (GPP).

ადრეული წარუმატებლობა

- კლინიცისტმა საჭიროა მოახდინოს თავისი ტექნიკის მოდიფიცირება თუ ჯამური წარუმატებლობა, რასაც შეადგენს ტექნიკური წარუმატებლობა, რეკანალიზაცია და დამატებითი კონტრაცეფციის გამოყენებლობა, არის 1% ზე მეტი (დონე B);
- ვაზექტომიის დროს სისხლდენის, ჰემატომის ჩამოყალიბების და ინფექციის შემთხვევები დაბალია და შემდგომში შეიძლება კიდევ უფრო შემცირდეს ვაზექტომიის მინიმალური ინვაზიის ტექნიკის ათვისებით (დონე C).

შორეული გართულებები

გვიანი წარუმატებლობა

პიროვნებები ინფორმირებულები უნდა იყვნენ, რომ ვაზექტომიას აქვს წარუმატებლობის გარკვეული ხარისხი და ორსულობა შეიძლება დადგეს ვაზექტომიიდან რამდენიმე წლის შემდეგ. კონტრაცეფციული მარცხის სიხშირე შეიძლება განისაზღვროს, როგორც დაახლოებით ერთი 2000-ზე (0.05%) (დონე B).

ვაზექტომიის შემდგომი ქრონიკული ტკივილი

ვაზექტომია ასოცირდება ტესტიკულების, სკროტუმის, პენისის და ქვედა მუცლის პოსტპერაციულ ტკივილთან, რაც იშვიათად არის მწვავე და ქრონიკული ზოგიერთ მამაკაცში (დონე B).

ჩარევა ვაზექტომიის შემდგომი ქრონიკული ტკივილის დროს

- ანთებისაწინააღმდეგო არასტეროიდული მედიკამენტებით მკურნალობა ნეიროპათიული ტკივილის აღმოსაფხვრელად არის პირველი რიგის არჩევანი ქრონიკული ვაზექტომიის შემდგომი ტკივილის დროს -უმჯობესია ქირურგიულ მკურნალობაზე, რაც გულისხმობს ვაზექტომიის უკუშექცევას (GPP);
- ქირურგიული ჩარევა შეიძლება იყოს ეფექტური ვაზექტომიის შემდგომი ქრონიკული ტკივილის შესამსუბუქებლად(GPP).

პროსტატის და ტესტიკულების კიბო

არ არსებობს მტკიცებულება ვაზექტომიასთან ასოცირებულ ტესტიკულების კიბოს მომატებულ რისკთან დაკავშირებით. სუსტი ასოციაცია იქნა შემჩნეული ზოგიერთ კვლევაში ვაზექტომიასა და პროსტატის კიბოს შორის, რაც ნაკლებად სავარაუდოა (დონე B).

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები

არ არსებობს მტკიცებულება ვაზექტომიასა და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებს შორის ასოციაციის შესახებ (დონე B).

ვაზექტომიის შექცევადობა

ვაზექტომიის შექცევადობა მოიცავს რთულ ქირურგიულ პროცედურებს, რის შემდეგაც მაღალია თესლგამომტანი სადინარის პოსტოპერაციული გამავლობის აღდგენის ხარისხი, მაგრამ ეს არ იწვევს ფერტილობის აღდგენას და ორსულობას (დონე B).

მიღების ოკლუზია

ფალოპიუსის მიღებთან მიდგომა

- კულდოსკოპია არ უნდა გამოვიყენოთ, როგორც მიდგომის მეთოდი სტერილიზაციის დროს (დონე A);
- ფალოპიუსის მიღებთან ლაპარასკოპიული მიდგომა არის სწრაფი შესასრულებლად და იწვევს ნაკლებ გართულებებს მინილაპარატომიასთან შედარებით (დონე A);
- საჭიროა ყველა ქალის ინფორმირება ლაპარასკოპიასთან ასოცირებული რისკების შესახებ და რა შემთხვევაში შეიძლება ის გაგრძელდეს ლაპარატომიით (დონე B);
- ზოგიერთ შემთხვევაში ლაპარასკოპია/ლაპარატომია შეიძლება იყოს უკუჩვენება და რეკომენდებული უნდა იყოს სხვა მეთოდი (GPP).

მიღების ოკლუზიის მეთოდები

ლიგირება

- ინტერვალური მინილაპარატომიის დროს სტერილიზაციისთვის შეიძლება გამოყენებული იყოს მიღების ოკლუზიის ნებისმიერი ქირურგიული და მექანიკური მეთოდი (დონე B);
- მშობიარობის შემდგომი სტერილიზაციისთვის, ორივე – ფილშის კლიპები და პომეროსის მოდიფიკაცია არის ეფექტური. ფილშის კლიპების აპლიკაცია არის სწრაფი შესასრულებლად (დონე A);
- ფილშის კლიპებით ფალოპიუსის მიღების ოკლუზია უნდა იყოს არჩევის მეთოდი ლაპარასკოპიული მეთოდის დროს (დონე A);
- ერთზე მეტი ფილშის კლიპის გამოყენება რუტინულად არაა რეკომენდებული (ხარისხი C).

ანესთეზია და ანალგეზია

- ლაპარასკოპიული მიღების ოკლუზია შეიძლება შესრულდეს ზოგადი, რეგიონული ან ადგილობრივი ანესთეზიით, მაგრამ ზოგადი ანესთეზია რუტინულად გამოიყენება (დონე B);

- ადგილობრივი ანესთეზიის ტოპიური გამოყენება შეიძლება, როდესაც მექანიკური ოკლუზიის საშუალებები თავსდება ფალოპიუსის მილებზე, რამდენადაც ეს ამცირებს ოპერაციის შემდგომ ხანმოკლე ტკივილს (დონე A).

მშობიარობის შემდგომი და აბორტის შემდგომი სტერილიზაცია

მილების ოკლუზია უნდა ჩატარდეს ორსულობის შემდეგ სათანადო ინტერვალით, როცა შესაძლებელია. მშობიარობის და აბორტის შემდეგ მილების ოკლუზიის მოთხოვნის დროს ქალი უნდა იყოს გაფრთხილებული სინანულის და წარუმატებლობის სიხშირის მომატების შესახებ (დონე B).

ორსულობის გამორიცხვა სტერილიზაციის წინ

ორსულობის ტესტი

- ორსულობის ტესტი უნდა შესრულდეს სტერილიზაციამდე, რათა გამორიცხოს არსებული ორსულობა, თუმცა უარყოფითი ტესტი მთლიანად არ გამორიცხავს ლუთეინური ფაზის ორსულობის შესაძლებლობას (დონე B);
- მილების ოკლუზია შეიძლება შესრულდეს მენსტრუაციული ციკლის ნებისმიერ დღეს, როდესაც ორსულობის ტესტი უარყოფითია და არ არსებობს ლუთეინური ფაზის ორსულობის რისკი (არ იყო დაუცველი სქესობრივი კავშირი ბოლო 3 კვირის განმავლობაში). თუ არაა ასეთი შემთხვევა, პროცედურა გადაიდოს და გამოყენებული იქნას კონტრაცეფცია დაუცველი სქესობრივი აქტის შემდეგ მინიმუმ 3 კვირის განმავლობაში (დონე B).

დილატაცია და კიურეტაჟი

მილების ოკლუზიის დროს საშვილოსნოს ღრუს გამოფხვკა არ უნდა შესრულდეს ლუთეინური ფაზის ორსულობის გამორიცხვის მიზნით (დონე B).

კონტრაცეფციის შეწყვეტა ლაპარასკოპიული მილების ოკლუზიის შემდეგ

- არ არსებობს მტკიცებულება კომბინირებული ჰორმონული კონტრაცეპტივების გამოყენების შეწყვეტაზე ან თრომბოპროფილაქტიკის რუტინულ გამოყენებაზე სტერილიზაციამდე (დონე C);
- ქალებს, რომლებიც იყენებენ კომბინირებულ ჰორმონულ კონტრაცეფციას, მხოლოდ პროგესტერონის აბებს ან არაჰორმონულ კონტრაცეფციას, უნდა ვურჩიოთ გააგრძელონ ამ მეთოდების გამოყენება ლაპარასკოპიული სტერილიზაციის შემდეგ მინიმუმ 7 დღის განმავლობაში (დონე C);
- თუ ქალი იყენებს მხოლოდ პროგესტერონშემცველ საინექციო კონტრაცეფციას ან იმპლანტს, ლაპარასკოპიული მილების ოკლუზია შეიძლება ჩატარდეს მენსტრუაციული ციკლის ნებისმიერ პერიოდში დამატებითი კონტრაცეფციის გამოყენების გარეშე (დონე C);
- პროგესტერონშემცველი იმპლანტი შესაძლებელია ამოვიღოთ პროცედურის დროს ან შემდეგ ნებისმიერ პერიოდში (დონე C);
- თუ სპილენძის შემცველი საშვილოსნოსშიგა საშუალება (Cu-IUD) ან ლევონორგესტრელის შემცველი საშვილოსნოსშიგა სისტემა (LNG-IUS) მოთავსებულია

საშვილოსნოს ღრუში სტერილიზაციამდე, ის უნდა დარჩეს და ამოღებული იქნას ლაპარასკოპიდან მინიმუმ 1 კვირის შემდეგ (დონე C).

მიღების ოკლუზიის წარუმატებლობა

- მიღების სტერილიზაციის შემდეგ გვიანი წარუმატებლობა, რომლის მაჩვენებელიც არის ორსულობა, შეძლება განვითარდეს ნებისმიერ დროს (დონე B);
- ლაპარასკოპიული მიღების ოკლუზიის კონტრაცეფციული მარცხი მთელი სიცოცხლის განმავლობაში სხვადასხვა მეთოდების გამოყენების დროს არის 1:200 (დონე B);
- ფილმის კლიპების გამოყენების შემდეგ, რაც არის სტერილიზაციის ყველაზე გავრცელებული მეთოდი, ხანგრძლივი პერიოდის დაკვირვებით წარუმატებლობის სიხშირე არის ორსულობის 2-3 შემთხვევა 1000 პროცედურაზე 10 წლის განმავლობაში (დონე B).

ექტოპიური ორსულობა

- საჭიროა ქალების ინფორმირება, რომ მიღების სტერილიზაციის შემდეგ წარუმატებლობის შემთხვევაში, ორსულობა შეიძლება იყოს ექტოპიური-საშვილოსნოსგარე (დონე B).
- საჭიროა ქალების ინფორმირება ექტოპიური ორსულობის სიმპტომების შესახებ, რომლის ალბათობა მხედველობაშია მისაღები, როცა სტერილიზაციის შემდეგ ქალს აქვს მუცლის ტკივილი, განსაკუთრებით მენსტრუაციის გადაცდენის პერიოდში (GPP).

ჰისტეროსკოპიული სტერილიზაცია

ანესთეზია და ანალგეზია ჰისტეროსკოპიული სტერილიზაციის დროს

- არა არსებობს საკმარისი მტკიცებულებები, რომ რეკომენდებული იყოს ორალური ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდები რუტინული გამოყენებისთვის ან ინტრავენური სედაცია ჰისტეროსკოპიული სტერილიზაციის დროს. მათი გამოყენება უნდა ეფუძნებოდეს კლინიკურ მოსაზრებებს (დონე A);
- ადგილობრივი ანესთეზია არაა რუტინულად საჭირო ჰისტეროსკოპიის წინ, რამდენადაც არ ამცირებს ფალოპიუსის მილებში მიკრო-ზამბარების მოთავსებასთან ასოცირებულ ტკივილს. თუმცა, საჭიროა ლოკალური ანესთეზიის გამოყენება, როდესაც საჭიროა საშვილოსნოს ყელის გაგანიერება ჰისტეროსკოპის საშვილოსნოს ღრუში მოთავსების გასაადვილებლად (დონე A).

მიკრო-ზამბარების მოთავსება საშვილოსნოს მილებში მათი დახშობის მიზნით

- ამბულატორიულ კლინიკაში იმპლანტების ფალოპიუსის მილებში წარუმატებელი მოთავსების შემთხვევების სიხშირე მერყეობს 0%-დან 19%-მდე (დონე B);
- მიკრო-ზამბარების წარმატებული მოთავსების ალბათობა იზრდება თუ პროცედურა იგეგმება მენსტრუაციული ციკლის პროლიფერაციულ ფაზაში (დონე B);
- კლინიცისტმა უნდა გაიაროს შესაბამისი ტრენინგი, რომ შეიძინოს მიკრო-ზამბარების ჰისტეროსკოპიული ჩადგმის გამოცდილება (დონე C).
- ჰისტეროსკოპიული სტერილიზაციის და მიკრო-ზამბარების ფალოპიუსის მილებში ჩადგმის შემდეგ საჭიროა დამატებითი კონტრაცეფციის გამოყენება, ვიდრე არ დადასტურდება მიღების წარმატებული ოკლუზია შესაბამისი ტესტებით (დონე B);

- ჰისტეროსკოპიული სტერილიზაცია შეიძლება იყოს უფრო უსაფრთხო და ეფექტური, როდესაც ტარდება მაშინ, როცა საშვილოსნოსშიგა საშუალება საშვილოსნოს ღრუშია. ქალს უნდა ვურჩიოთ გამოიყენოს დამატებითი კონტრაცეფცია და თავი შეიკავოს სქესობრივი აქტისგან პროცედურამდე 7 დღით ადრე, როდესაც აუცილებელი ხდება სწს ამოღება ფალოპიუსის მილებთან წვდომის მიზნით (GPP).

ინტრაოპერაციული გართულებები ფალოპიუსის მილებში მიკრო-ზამბარების მოთავსების დროს

ჰისტეროსკოპიული სტერილიზაცია ფალოპიუსის მილებში მიკრო-ზამბარების მოთავსების გზით ასოცირდება ინტრაოპერაციული გართულებების დაბალ მაჩვენებლებთან პაციენტების უმცირესობაში (დონე B).

ჰისტეროსკოპიული სტერილიზაციის პოსტოპერაციული გართულებები

- ჰისტეროსკოპიული სტერილიზაცია ფალოპიუსის მილებში მიკრო-ზამბარების მოთავსების გზით ასოცირდება პოსტოპერაციული გართულებების დაბალ მაჩვენებლებთან. პროცედურის შემდგომი ძირითადი გვერდითი მოვლენა არის პაციენტების თვითშეზღუდვა. ქალების უმრავლესობა უბრუნდება ყოველდღიურ აქტივობას პროცედურიდან 1-2 დღეში (დონე B);
- ჰისტეროსკოპიული სტერილიზაცია ფალოპიუსის მილებში მიკრო-ზამბარების მოთავსებით უკუნაჩვენებია, როდესაც დადასტურებულია ნიკელის მიმართ ალერგია პლასტიკის ტესტით (GPP).

პროცედურის შემდგომი დიაგნოსტიკა მიკრო-ზამბარების მოთავსების შემდეგ

- მილების ოკლუზიის დამადასტურებელი დიაგნოსტიკური ტესტი უნდა შესრულდეს ფალოპიუსის მილებში მიკრო-ზამბარების მოთავსებიდან 3 თვის შემდეგ. ეს შეიძლება იყოს რენტგენი ან ულტრასონოგრაფიული სკრინინგი პირველად, შემდგომი ჰიტეროსალპინგოგრამით სელექციურ პაციენტებში, სადაც რენტგენოლოგიურმა და ულტრასონოგრაფიულმა კვლევამ არ დაადასტურა დამაკმაყოფილებელი შედეგი (დონე B);
- ჰისტეროსალპინგოგრაფია შეიძლება გამოვიყენოთ, როგორც პირველი რიგის ტესტი, როდესაც ჰისტეროსკოპიული პროცედურა მიჩნეულია სუბოპტიმალურად ადგილობრივი პროტოკოლის მიხედვით (დონე B);
- ჰისტეროსალპინგოგრაფია შეიძლება გამოყენებული იყოს, როგორც რუტინული ტესტი მილების ოკლუზიის დასადასტურებლად ფალოპიუსის მილებში მიკრო-ზამბარების მოთავსების შემდეგ (დონე B);
- ქალები, რომლებიც არ გამოცხადდებიან დიაგნოსტიკური ტესტის ჩასატარებლად ინფორმირებულები უნდა იყვნენ, რომ მათ ესაჭიროებათ დამატებითი კონტრაცეფციის გაგრძელება მილების ოკლუზიის დადასტურებამდე (GPP).

საშვილოსნოს მილების დამხშობი მიკრო-ზამბარების ეფექტურობა

ხელმისაწვდომი მტკიცებულებების მიხედვით, მილების ოკლუზია ფალოპიუსის მილებში მიკრო-ზამბარების მოთავსების გზით ასოცირდება წარუმატებლობის დაბალ სიხშირესთან – 1 ორსულობა – 500 პროცედურაზე 5 წლის განმავლობაში დაკვირვებით, ეს მოიცავს ლუთეინური

ფაზის ორსულობის ან პროცედურის შემდგომი ინსტრუქციების დაუცველობის შემთხვევებს (დონე B).

პაციენტების კმაყოფილება ჰისტეროსკოპიული სტერილიზაციის შემდეგ

ხელმისაწვდომი მტკიცებულებების მიხედვით, მიღების ოკლუზია ფალოპიუსის მილებში მიკრო-ზამბარების მოთავსების გზით არის პროცედურა, რომელიც კარგად გადააქვს ქალების უმრავლესობას და იწვევს ხანგრძლივ კმაყოფილებას კომფორტულობის და ამტანობის თვალსაზრისით (დონე B).

ჰისტეროსკოპიული სტერილიზაცია და სხვა პროცედურები

ენდომეტრიუმის აბლაცია

შეზღუდული ხელმისაწვდომი მტკიცებულებების მიხედვით, ფალოპიუსის მილებში მიკრო-ზამბარების მოთავსება შესაძლებელია ენდომეტრიუმის აბლაციასთან ერთად (დონე C).

ქალის სტერილიზაციის გრძელვადიანი გართულებები

საკვერცხის კიბო

მიღების ოკლუზია არ ასოცირდება საკვერცხის კიბოს მომატებულ რისკთან. მტკიცებულებების მიხედვით, პროცედურას შეიძლება ჰქონდეს დამცველობითი ეფექტი საკვერცხის კიბოს განვითარებასთან მიმართებით, რაც გრძელდება დროის განმავლობაში (დონე A) .

საშვილოსნოს ყელის და ენდომეტრიუმის კიბო

ხელმისაწვდომი მტკიცებულებების მიხედვით, არ არსებობს ასოციაცია მიღების ოკლუზიასა და საშვილოსნოს ყელისა და ენდომეტრიუმის კიბოს რისკს შორის (დონე B).

მენსტრუაციული და გინეკოლოგიური სიმპტომები

- არ არსებობს მტკიცებულება, რომ მიღების ოკლუზია იწვევს ჰორმონული ბალანსის მნიშვნელოვან ცვლილებებს (დონე B);
- მტკიცებულებების მიხედვით, არსებობს ასოციაცია მიღების ოკლუზიასა და შემდგომი ჰისტერექტომიის მომატებულ რისკს შორის, მაგრამ არ არის მტკიცებულება მათ მიზეზობრივ კავშირზე (დონე B);
- ქალებმა შეიძლება აღნიშნონ მენსტრუაციული სიმპტომების გაუარესება მიღების ოკლუზიის შემდგომ, მაგრამ არ არსებობს მტკიცებულება, რაც მიუთითებს მათ შორის მიზეზობრივ კავშირზე (დონე B).

ქალის სტერილიზაციის შექცევადობა

- ქალის სტერილიზაციის შემდგომი ფალოპიუსის მიღების რე-ანასტომოზირება იწვევს პოსტოპერაციულად მისი გამავლობის აღდგენას მაღალი სიხშირით, მაგრამ შეიძლება არ გამოიწვიოს ფერტილობის აღდგენა და ორსულობა (დონე B);

- დღეისათვის მიკრო-ზამბარებით სტერილიზაციის შექცევადობის მიღწევა შეუძლებელია ფალოპიუსის მილების რე-ანასტომოზირებით, ამიტომ უნდა განიხილოს ინ-ვიტრო განაყოფიერების საკითხი (GPP).

განმარტება

რეკომენდაციების დონე:

- A :** მტკიცებულება ემყარება რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევებს;
- B :** მტკიცებულება ემყარება სხვა ძლიერ ექსპერიმენტულ ან ობსერვაციულ კვლევებს;
- C :** მტკიცებულებები შეზღუდულია, მაგრამ რეკომენდაცია დამყარებულია ექსპერტთა მოსაზრებებზე და მხარდაჭერილია ავტორიტეტული საზოგადოებების მიერ;
- GPP (კარგი პრაქტიკული მითითება):** მტკიცებულებები არ არსებობს, თუმცა პრაქტიკული მითითება საუკეთესოა და ემყარება გაიდლაინის ავტორთა კლინიკურ გამოცდილებას.

ქირურგიული სტერილიზაციის პროცედურები (პროტოკოლი)

ნებაყოფლობითი ქირურგიული სტერილიზაცია არის რეპროდუქციული (გამრავლების) ფუნქციის პერმანენტული (მუდმივი) შეწყვეტის პროცედურა. იგი არის ოჯახის დაგეგმვის უსაფრთხო, მაღალეფექტური თანამედროვე მეთოდი, რომელიც ძალზე პოპულარულია.

როდესაც მივმართავთ ქირურგიულ სტერილიზაციას, რომელიც არის კონტრაცეფციის შეუქცევადი, მუდმივი მეთოდი, აუცილებელია დავრწმუნდეთ, რომ ყოველი კლიენტი იღებს ინფორმირებულ და ნებაყოფლობით გადაწყვეტილებას. განსაკუთრებული ყურადღება ესაჭიროებათ იმ ახალგაზრდა ქალებსა და მამაკაცებს, რომლებსაც ჯერ არ ჰყავთ შვილები (არანამშობიარები ქალები), პირებს ფსიქიკური პრობლემებით, დეპრესიული მდგომარეობის ჩათვლით.

ყველას, ვინც ითხოვს ქირურგიულ სტერილიზაციას, ყურადღებით უნდა ჩაუტარდეს კონსულტაცია და აეხსნას, რომ მეთოდი არის მუდმივი, შეუქცევადი და რომ არსებობს გახანგრძლივებული კონტრაცეფციის სხვა ალტერნატიულ მაღალეფექტური მეთოდები. გადაწყვეტილების მიღების პროცესში გათვალისწინებული უნდა იყოს ადგილობრივი კანონები და ქირურგიული სტერილიზაციის წარმოების არსებული ნორმები.

დღევანდელ დღეს არ არსებობს ისეთი სამედიცინო მდგომარეობა და დაავადება, რომელიც წარმოადგენს აბსოლუტურ უკუჩვენებას ქირურგიული სტერილიზაციის ჩატარებისთვის, თუმცა ზოგიერთი მდგომარეობა და გარემოება მოითხოვს განსაკუთრებულ ყურადღებას და სიფრთხილეს.

მოცემულია რეკომენდაციების შემდეგი კატეგორიები: A(accept)-მისაღებია, C (caution) – სიფრთხილით, D (delay) – გადავადება, S (special) – განსაკუთრებული. ზოგჯერ თეორიულად არსებულმა ან დამტკიცებულმა რისკებმა შესაძლებელია გადაწონოს სტერილიზაციის უპირატესობა, განსაკუთრებით ქალთა ქირურგიული სტერილიზაციის დრის. იქ, სადაც

ქირურგიული სტერილიზაციის წარმოების სარგებელს გადაწონის არსებული რისკები, არჩევანი სასურველია გაკეთდეს გახანგრძლივებული კონტრაცეფციის მაღალეფექტურ მეთოდებზე. ასეთ სიტუაციაში გადაწყვეტილება მიღებული უნდა იქნას ინდივიდუალურად, მხედველობაშია მისაღები სტერილიზაციის რისკი და სარგებელი არასასურველი ორსულობის რისკთან შედარებით, აგრეთვე კონტრაცეფციის ალტერნატიული მეთოდების ხელმისაწვდომობა და მიმღებლობა.

ქირურგიული სტერილიზაცია უნდა ჩატარდეს მხოლოდ იმ კლინიკებში, რომლებიც არიან შესაბამისად მომზადებულნი და აღჭურვილნი. გათვალისწინებული უნდა იყოს სათანადო მომსახურების რეკომენდაციები, რაც მოიცავს ასევე ინფექციისაგან პრევენციის პროტოკოლებს, რათა მაქსიმუმადე იქნას აყვანილი კლიენტების უსაფრთხოება.

P.S. მოცემული რეკომენდაციები არ მოიცავს სტერილიზაციის ტრანსცერვიკალურ ჰისტეროსკოპიულ მეთოდებს.

- A = მისაღებია:** არ არსებობს სამედიცინო მიზეზი, რაც წარმოადგენს უკუჩვენებას ქირურგიული სტერილიზაციის ჩატარებისთვის.
- C = სიფრთხილე:** პროცედურა ტარდება ჩვეულებრივი კლინიკის პირობებში, მაგრამ საჭიროა დამატებითი მომზადება და სიფრთხილე.
- D = გადავადება:** რეკომენდებულია პროცედურის გადავადება მდგომარეობის შეფასებამდე და გამოსწორებამდე, რა დროის განმავლობაშიც შესაძლებელია კონტრაცეფციის ალტერნატიული მეთოდების გამოყენება.
- S = განსაკუთრებული:** პროცედურა უნდა ჩატარდეს გამოცდილი ქირურგისა და გუნდის მიერ, ზოგადი ანესთეზიით, ყველა სხვა სათანადო სამედიცინო აღჭურვილობის პირობებში. ასეთ შემთხვევაში სამედიცინო პერსონალი მზად უნდა იყოს აირჩიოს სტერილიზაციის ოპტიმალური მეთოდი და ანესთეზიის რეჟიმი. თუ საჭიროა პაციენტის გაგზავნა სპეციალიზებულ კლინიკაში ან პროცედურის გადავადება, შეთავაზებული უნდა იქნას კონტრაცეფციის ალტერნატიული მეთოდები.

ქალის ქირურგიული სტერილიზაცია

ქალთა ქირურგიული სტერილიზაცია		
<p>ქირურგიული სტერილიზაცია არ გულისხმობს დაცვას სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისაგან (სგგი), მათ შორის ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსისგან (აივ). თუ არსებობს სგგი/აივ გავრცელების რისკი, რეკომენდებულია კონდომების გამოყენება. მათი სწორედ და მუდმივად გამოყენება ყველაზე ეფექტურია ინფექციებისგან დასაცავად. ქალთა კონდომები დაცვის მაღალეფექტური და უსაფრთხო საშუალებებია, თუმცა ნაციონალური პროგრამების მიერ არ არის მოწოდებული ისე ფართოდ, როგორც მამაკაცთა კონდომები.</p>		
გარემოება * დამატებითი შენიშვნები მოცემულია ცხრილის ბოლოს	კატეგორია A = მისაღებია, C = სიფრთხილით, D = გადავადდეს, S = განსაკუთრებული	განმარტება/მტკიცებულება
პერსონალური მახასიათებლები და რეპროდუქციული ანამნეზი		
ორსულობა	D	
ახალგაზრდა ასაკი	C	<p>განმარტება: ახალგაზრდა ასაკის ქალები ინფორმირებულები უნდა იყვნენ მეთოდის შეუქცევადობის შესახებ და რომ, ასევე არსებობს გახანგრძლივებული კონტრაცეფციის ალტერნატიული, მაღალეფექტური მეთოდები.</p> <p>მტკიცებულება: კვლევებმა აჩვენა, რომ იმ ქალთა 20% -ზე მეტი, ვინც ქირურგიულ სტერილიზაციას მიმართა ახალგაზრდა ასაკში, ნანობს მიღებულ გადაწყვეტილებას. ახალგაზრდა ასაკი არის სინანულის ყველაზე ძლიერი პრედიქტორი (მათ შორის ინტერესი მეთოდის შექცევადობის შესახებ), რაც აუცილებლად უნდა იქნას იდენტიფიცირებული სტერილიზაციის პროცედურამდე.</p>
შვილოსნობა*		
ა) არანამშობიარები	A	
ბ) ნამშობიარები	A	
ძუძუთი კვება	A	
მშობიარობის შემდგომ*		
ა) < 7 დღე	A	
7-დან < 42 დღე	D	
≥ 42 დღე	A	
ბ) პრეეკლამფსია / ეკლამფსია		
1) მსუბუქი პრეეკლამფსია	A	
2) მძიმე პრეეკლამფსია / ეკლამფსია	D	
გ) სანაყოფე სითხის დაღვრის გახანგრძლივება ≥ 24 საათი	D	
დ) პუერპერალური სეფსისი, ცხელება მშობიარობის დროს ან შემდგომ	D	
ე) მძიმე ჰემორაგია მშობიარობამდე ან შემდგომი	D	
ვ) გენიტალური ტრაქტის მძიმე ტრამვა (საშოს ან საშვილოსნოს ყელის ჩახევა მშობიარობის დროს)	D	
ზ) საშვილოსნოს რუბტურა ან პერფორაცია	S	
		<p>განმარტება: თუ პაციენტის მდგომარეობა რჩება სტაბილური დიაგნოსტიკური ქირურგიული პროცედურის და სტერილიზაციის დროს, დასაშვებია აღნიშნული მდგომარეობის გამოსწორება და მიღების ოკლუზიის ჩატარება პარალელურად, თუ ეს არ იქნება დაკავშირებული ქალის ჯანმრთელობის დამატებით რისკებთან.</p>

ქალთა ქირურგიული სტერილიზაცია		
ქირურგიული სტერილიზაცია არ გულისხმობს დაცვას სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისაგან (სგგი), მათ შორის ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსისგან (აივ). თუ არსებობს სგგი/აივ გავრცელების რისკი, რეკომენდებულია კონდომების გამოყენება. მათი სწორედ და მუდმივად გამოყენება ყველაზე ეფექტურია ინფექციებისგან დასაცავად. ქალთა კონდომები დაცვის მაღალეფექტური და უსაფრთხო საშუალებებია, თუმცა ნაციონალური პროგრამების მიერ არ არის მოწოდებული ისე ფართოდ, როგორც მამაკაცთა კონდომები.		
გარემოება * დამატებითი შენიშვნები მოცემულია ცხრილის ბოლოს	კატეგორია A = მისაღებია, C = სიფრთხილით, D = გადავადდეს, S = განსაკუთრებული	განმარტება/მტკიცებულება
პერსონალური მახასიათებლები და რეპროდუქციული ანამნეზი		
აბორტის შემდგომ* ა) გართულებების გარეშე ბ) ცხელება ან სეფსისი გ) მძიმე სისხლდენა დ) გენიტალური ტრაქტის მძიმე ტრამვა (საშოს ან საშვილოსნოს ყელის ჩახევა) ე) საშვილოსნოს პერფორაცია ვ) მწვავე ჰემატომეტრა	A D D D S D	განმარტება: თუ პაციენტის მდგომარეობა რჩება სტაბილური დიაგნოსტიკური ქირურგიული პროცედურის და სტერილიზაციის დროს, დასაშვებია აღნიშნული მდგომარეობის გამოსწორება და მიღების ოკლუზიის ჩატარება პარალელურად, თუ ეს არ იქნება დაკავშირებული ქალის ჯანმრთელობის დამატებით რისკებთან.
ანამნეზში საშვილოსნოს გარე ორსულობა	A	
მწვევლობა ა) ასაკი < 35 წელი ბ) ასაკი ≥ 35 წელი 1) < 15 ღერი დღეში 2) ≥ 15 ღერი დღეში	A A A A	
სიმსუქნე ა) სმი ≥ 30 კგ/მ ² ბ) მენარხე < 18 წელი და სმი ≥ 30 კგ/მ ²	C C	განმარტება: პროცედურა შესაძლებელია იყოს უფრო რთული. გაზრდილია ჭრილობის დაინფიცირების და ნაკერის უკმარისობის რისკი. მსუქან ქალებს შეზღუდული სასუნთქი ფუნქციები აქვთ და მეტად საჭიროებენ ზოგად ანესთეზიას. მტკიცებულება: ქალებში სიმსუქნით სტერილიზაციის დროს უფრო მეტია გართულებები.
გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები		
გულ- სისხლძარღვთა დაავადებების განვითარების მრავლობითი რისკ- ფაქტორები*(ასაკი, მწვევლობა, დიაბეტი, ჰიპერტენზია და დისლიპიდემია)	S	
ჰიპერტენზია ჰიპერტენზიის ყველა კატეგორიის დროსკლასიფიკაცია ეფუძნება მოსაზრებას, რომ გულ- სისხლძარღვთა დაავადებების სხვა რისკ- ფაქტორები არ არის სახეზე. როდესაც არსებობს მრავლობითი რისკ-ფაქტორები, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების განვითარების რისკი შეიძლება გაიზარდოს. არტერიული წნევის ერთჯერადი გაზომვა არ არის საკმარისი ჰიპერტენზიის დიაგნოზის დასასმელად.		
ა) ჰიპერტენზია: ადეკვატურად კონტროლირებადი ბ) მომატებული არტერიული წნევა (სწორედ გაზომილი) 1) სისტოლური 140–159 ან დიასტოლური 90–99 Hg 2) სისტოლური ≥ 160 ან დიასტოლური ≥ 100 mm Hg გ) სისხლძარღვთა დაავადებები	C C S S	განმარტება: მომატებული არტერიული წნევა უნდა დარეგულირდეს პროცედურის წინ. არაკონტროლირებული არტერიული წნევის შემთხვევაში იზრდება ანესთეზიასთან დაკავშირებული და არითმიის რისკები. ასეთ შემთხვევაში აუცილებელია არტერიული წნევის ინტრაოპერაციული მონიტორინგი.

ანამნეზში მაღალი არტერიული წნევა ორსულობის დროს (თუ ახლა არტერიული წნევის ციფრები ნორმალურია)	A	
---	---	--

ქალთა ქირურგიული სტერილიზაცია		
ქირურგიული სტერილიზაცია არ გულისხმობს დაცვას სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისაგან (სგგი), მათ შორის ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსისგან (აივ). თუ არსებობს სგგი/აივ გავრცელების რისკი, რეკომენდებულია კონდომების გამოყენება. მათი სწორედ და მუდმივად გამოყენება ყველაზე ეფექტურია ინფექციებისგან დასაცავად. ქალთა კონდომები დაცვის მაღალეფექტური და უსაფრთხო საშუალებებია, თუმცა ნაციონალური პროგრამების მიერ არ არის მოწოდებული ისე ფართოდ, როგორც მამაკაცთა კონდომები.		
გარემოება * დამატებითი შენიშვნები მოცემული ცხრილის ბოლოს	კატეგორია A = მისაღება, C = სიფრთხილით, D = გადავადდეს, S = განსაკუთრებული	განმარტება/მტკიცებულება
ღრმა ვენების თრომბოზი (ღვთ)/ ფილტვის არტერიის ემბოლია (ფათ) ა) ანამნეზში ღვთ/ფათ ბ) მწვავე ღვთ/ფათ გ) ღვთ/ფათ და დაწყებული ანტიკოაგულაციური თერაპია დ) ოჯახური ანამნეზი(პირველი ხარისხის ნათესავები) ე) ქირურგიული ჩარევა 1) ხანგრძლივი იმობილიზაციით 2) იმობილიზაციის გახანგრძლივების გარეშე ვ) მცირე ქირურგიული ჩარევა იმობილიზაციის გარეშე	A D S A D A A	განმარტება: ღვთ/ფათ რისკის შესამცირებლად რეკომენდებულია საწოლიდან რაც შიძლება ადრე წამოდგომა.
გამოვლენილი თრომბოგენული მუტაციები (ლეიდინის V ფაქტო- რი; პროთრომბინის მუტაცია; პროტეინ S, პროტეინ C, ანტითრომბინის დეფიციტი)	A	განმარტება: რუტინული სკრინინგი არ არის მიზანშეწონილი აღნიშნული თრომბოფილი- ბის იშვიათობისა და სკრინინგის მაღალი ფასის გამო.
ზედაპირული ვენების თრომბოზი ა) ვენების ვარიკოზი ბ) ზედაპირული ვენების თრომბოფლებიტი	A A	
მიმდინარე გულის იშემიური დაავადება ან ანამნეზში* ა) მიმდინარე გულის იშემიური დაავადება ბ) ანამნეზში გულის იშემიური დაავადება	D C	
ინსულტი (ანამნეზში ცერებროვასკულარული დაავადება)	C	
გამოვლენილი დისლიპიდემია კარდიოვასკულარული დაავადე- ბების სხვა რისკ-ფაქტორების გარეშე	A	განმარტება: რუტინული სკრინინგი არ არის მიზანშეწონილი აღნიშნული მდგომარეობის იშვიათობისა და სკრინინგის მაღალი ფასის გამო.

<p>გულის სარქველების დაზიანება</p> <p>ა) გართულებების გარეშე</p> <p>ბ) გართულებული (ფილტვისმი-ერი ჰიპერტენზია, წინაგულოვანი ფიბრილაციის რისკი, ანამნეზში ქვემწვავე ბაქტერიული ენდოკარდიტი)</p>	<p>C</p> <p>S</p>	<p>განმარტება: ქალებს ესაჭიროებათ პროფილაქტიკური ანტიბიოტიკოთერაპია.</p> <p>განმარტება: ქალებს აღენიშნებათ ანესთეზიასთან და ქირურგიულ ჩარევასთან დაკავშირებული გართულებების მაღალი რისკი. თუ წინაგულების ფიბრილაცია არ არის ნორმალიზებული ან ქალს აქვს მიმდინარე ქვემწვავე ბაქტერიული ენდოკარდიტი, პროცედურა უნდა გადაიდოს.</p>
--	-------------------	---

ქალთა ქირურგიული სტერილიზაცია

ქირურგიული სტერილიზაცია არ გულისხმობს დაცვას სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისაგან (სგგი), მათ შორის ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსისგან (აივ). თუ არსებობს სგგი/აივ გავრცელების რისკი, რეკომენდებულია კონდომების გამოყენება. მათი სწორედ და მუდმივად გამოყენება ყველაზე ეფექტურია ინფექციებისგან დასაცავად. ქალთა კონდომები დაცვის მაღალეფექტური და უსაფრთხო საშუალებებია, თუმცა ნაციონალური პროგრამების მიერ არ არის მოწოდებული ისე ფართოდ, როგორც მამაკაცთა კონდომები.

<p>გარემოება</p> <p>* დამატებითი შენიშვნები</p> <p>მოცემულია ცხრილის ბოლოს</p>	<p>კატეგორია</p> <p>A = მისაღებია,</p> <p>C = სიფრთხილით,</p> <p>D = გადავადდეს,</p> <p>S = განსაკუთრებული</p>	<p>განმარტება/მტკიცებულება</p>
---	---	---------------------------------------

რეკმატული დაავადებები

სისტემური წითელი მგლურა

პაციენტებს სისტემური წითელი მგლურით მომტებული აქვთ გულის იშემიური დაავადებების, ინსულტის და თრომბოემბოლიის განვითარების რისკი. კლასიფიკაცია ეფუძნება მოსაზრებას, რომ გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების განვითარების სხვა რისკ ფაქტორები არ არსებობს. კლასიფიკაციის მოდიფიცირება საჭიროა ასეთი რისკ ფაქტორების არსებობისას. მტკიცებულებების თანახმად, ბევრი ქალი სისტემური წითელი მგლურით, განიხილება შესაფერის კანდიდატებად უმეტესი კონტრაცეფციისთვის, მათ შორის ჰორმონულისთვისაც.

<p>ა) დადებითი (ან უცნობი) ანტიფოსფოლიპიდურ ანტისხეულებზე</p>	<p>S</p>	
<p>ბ) მძიმე თრომბოციტოპენია</p>	<p>S</p>	
<p>გ) იმუსოსუპრესიული თერაპია</p>	<p>S</p>	
<p>დ) არც ერთი ზემოთმოყვანილი</p>	<p>C</p>	

ნევროლოგიური მდგომარეობები

<p>თავის ტკივილი</p>		
<p>ა) არაა შაკიკი (მსუბუქი ან მძიმე)</p>	<p>A</p>	
<p>ბ) შაკიკი</p>		
<p>1) აურის გარეშე</p>	<p>A</p>	
<p>ასაკი < 35</p>	<p>A</p>	
<p>ასაკი ≥ 35</p>		
<p>2) აურით ნებისმიერ ასაკში</p>	<p>A</p>	
<p>ეპილექსია</p>	<p>C</p>	

დეპრესიული დაავადებები

<p>დეპრესიული დაავადებები</p>	<p>C</p>	
-------------------------------	----------	--

რეპროდუქციული ტრაქტის დაავადებები და ინფექციები

<p>ვაგინალური სისხლდენა</p>		
<p>ა) არარეგულარული ჩამონაშალი მძიმე სისხლდენის გარეშე</p>	<p>A</p>	
<p>ბ) ჭარბი ან გახანგრძლივებული სისხლდენა (რეგულარული და არარეგულარული)</p>	<p>A</p>	
<p>აუხსნელი სისხლდენა საშოდან (ეჭვი სერიოზულ მდგომარეობაზე)</p>		
<p>მდგომარეობის შეფასებამდე</p>	<p>D</p>	<p>გამარტება: მდგომარეობა უნდა შეფასდეს პროცედურის ჩატარებამდე.</p>

ქალთა ქირურგიული სტერილიზაცია

ქირურგიული სტერილიზაცია არ გულისხმობს დაცვას სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისაგან (სგგი), მათ შორის ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსისგან (აივ). თუ არსებობს სგგი/აივ გავრცელების რისკი, რეკომენდებულია კონდომების გამოყენება. მათი სწორედ და მუდმივად გამოყენება ყველაზე ეფექტურია ინფექციებისგან დასაცავად. ქალთა კონდომები დაცვის მაღალეფექტური და უსაფრთხო საშუალებებია, თუმცა ნაციონალური პროგრამების მიერ არ არის მოწოდებული ისე ფართოდ, როგორც მამაკაცთა კონდომები.

გარემოება * დამატებითი შენიშვნები მოცემულია ცხრილის ბოლოს	კატეგორია A = მისაღებია, C = სიფრთხილით, D = გადავადდეს, S = განსაკუთრებული	განმარტება/მტკიცებულება
ენდომეტრიოზი	S	
საკვერცხის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები (ცისტები)	A	
მძიმე დისმენორეა	A	
გესტაციური ტროფობლასტური დაავადებები ა) კლებადი ან ბ-ქგტ - ის უმნიშვნელო რაოდენობა ბ) მუდმივად მომატებული β-ქგტ-ის რაოდენობა ან ავთვისებიანი დაავადება	A D	
საშვილოსნოს ყელის ექტროპიონი	A	
საშვილოსნოს ყელის ინტრაეპიტელური ნეოპლაზია (CIN)	A	
საშვილოსნოს ყელის სიმსივნე* (მკურნალობის მოლოდინში)	D	
ძუძუს დაავადებები ა) არადიოგნოსტირებული წარმონაქმნი ბ) ძუძუს კეთილთვისებიანი დაავადება გ) ანამნეზში კიბო დ) ძუძუს კიბო 1) ამჟამად 2) ანამნეზში ან 5 წელი რეციდივის გარეშე	A A A C A	
ენდომეტრიუმის სიმსივნე*	D	
საკვერცხის კიბო*	D	
საშვილოსნოს ფიბროიდი* ა) საშვილოსნოს ღრუში დეფორმაციის გარეშე ბ) საშვილოსნოს ღრუს დეფორმაციით	C C	

ქალთა ქირურგიული სტერილიზაცია		
ქირურგიული სტერილიზაცია არ გულისხმობს დაცვას სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისაგან (სგგი), მათ შორის ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსისგან (აივ). თუ არსებობს სგგი/აივ გავრცელების რისკი, რეკომენდებულია კონდომების გამოყენება. მათი სწორედ და მუდმივად გამოყენება ყველაზე ეფექტურია ინფექციებისგან დასაცავად. ქალთა კონდომები დაცვის მაღალეფექტური და უსაფრთხო საშუალებებია, თუმცა ნაციონალური პროგრამების მიერ არ არის მოწოდებული ისე ფართოდ, როგორც მამაკაცთა კონდომები.		
გარემოება * დამატებითი შენიშვნები მოცემულია ცხრილის ბოლოს	კატეგორია A = მისაღება, C = სიფრთხილით, D = გადავადდეს, S = განსაკუთრებული	განმარტება/მტკიცებულება
მენჯის ანთებითი დაავადებები (მად)* ა) ანამნეზში მად (ამჟამად არ არსებობს სგგი რისკი) 1) შემდგომი ორსულობით 2) ორსულობა არ არის დაგეგმილი ბ) მად– ამჟამად	A C D	განმარტება: აუცილებელია მენჯის ღრუს ყურადღებით გამოკვლევა, რათა გამოვლინდეს მიმდინარე ან ქრონიკული ინფექცია და შეფასდეს საშვილოსნოს მოძრაობის ხარისხი.
სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები ა) მიმდინარე ჩირქოვანი ცერვიციტი ან ქლამიდიური ინფექცია, ან გონორეა ბ) სხვა სგგი (მათ შორის აივ და ჰეპატიტები) გ) ვაგინიტები (მათ შორის საშოს ტრიქომონიაზი და ბაქტერიული ვაგინოზი) დ) სგგი - ის გაზრდილი რისკი	D A A A	განმარტება: თუ მკურნალობის შემდეგ სიმპტომები აღარ აღინიშნება, სტერილიზაციის ჩატარება შესაძლებელია.
აივ/შიდსი		
აივ მაღალი რისკი	A	განმარტება: რუტინული სკრინინგი არ არის საჭირო. ყველა ქირურგიული პროცედურის დროს აუცილებელია ინფექციის პროფილაქტიკის წესების დაცვა ზოგადი უსაფრთხოების ზომების ჩათვლით. სტერილიზაციის შემდეგ რეკომენდებულია კონდომების გამოყენება.
აივ-ასიპტომური ან მსუბუქი კლინიკური დაავადება (ჯანმო – 1 ან 2 სტადია)	A	განმარტება: რუტინული სკრინინგი არ არის საჭირო. ყველა ქირურგიული პროცედურის დროს აუცილებელია ინფექციის პროფილაქტიკის წესების დაცვა ზოგადი უსაფრთხოების ზომების ჩათვლით. სტერილიზაციის შემდეგ რეკომენდებულია კონდომების გამოყენება.
აივ-მძიმე ან პროგრესირებადი კლინიკური დაავადება (ჯანმო – 3 ან 4 სტადია)	S	განმარტება: შიდს-თან დაკავშირებული დაავადებების არსებობის შემთხვევაში სტერილიზაციის პროცედურა უნდა გადაიდოს.
სხვა ინფექციები		
შისტოსომოზი ა) გართულებების გარეშე ბ) ღვიძლის ფიბროზი (თუ მწვავეა, იხ. ციროზი)	A C	განმარტება: შესაძლებელია საჭირო გახდეს ღვიძლის ფუნქციების გამოკვლევა.

ქალთა ქირურგიული სტერილიზაცია		
<p>ქირურგიული სტერილიზაცია არ გულისხმობს დაცვას სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისაგან (სგგი), მათ შორის ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსისგან (აივ). თუ არსებობს სგგი/აივ გავრცელების რისკი, რეკომენდებულია კონდომების გამოყენება. მათი სწორედ და მუდმივად გამოყენება ყველაზე ეფექტურია ინფექციებისგან დასაცავად. ქალთა კონდომები დაცვის მაღალეფექტური და უსაფრთხო საშუალებებია, თუმცა ნაციონალური პროგრამების მიერ არ არის მოწოდებული ისე ფართოდ, როგორც მამაკაცთა კონდომები.</p>		
გარემოება * დამატებითი შენიშვნები მოცემულია ცხრილის ბოლოს	კატეგორია A = მისაღებია, C = სიფრთხილით, D = გადავადდეს, S = განსაკუთრებული	განმარტება/მტკიცებულება
ტუბერკულოზი ა) არამენჯისმიერი ბ) მცირე მენჯის	A S	
მალარია	A	
ენდოკრინული დაავადებები		
დიაბეტი* ა) ანამნეზში გესტაციური დაავადება ბ) დაავადება სისხლძარღვების დაზიანების გარეშე 1) ინსულინდამოკიდებული 2) ინსულინდამოკიდებული გ) ნეფროპათია/რეტინოპათია/ ნეიროპათია დ) სხვა დაავადება სისხლძარღვების დაზიანებით ან დიაბეტის ხანგრძლივობა > 20 წელი	A C C S S	განმარტება: თუ სისხლში შაქრის შემცველობა არ არის კარგად კონტროლირებული, აუცილებელია პაციენტის გაგზავნა სპეციალიზებულ კლინიკაში. განმარტება: განკურნების შესაძლებლობა შემცირებულია და გაზრდილია ჭრილობის დაინფიცირების რისკი. რეკომენდებულია ანტიბიოტიკების პროფილაქტიკური გამოყენება. მტკიცებულება: სტერილიზაციის დროს დიაბეტით დაავადებული ქალებისთვის მეტადაა დამახასიათებელი გათულებები.
ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები* ა) მარტივი ჩიყვი ბ) ჰიპერთირეოზი გ) ჰიპოთირეოზი	A S C	
კუჭ-ნაწლავის დაავადებები		
ნაღვლის ბუშტის დაავადებები ა) სიმპტომური 1) ქოლეცისტექტომიის შემდეგ 2) მედიკამენტური მკურნალობის შემდეგ 3) მიმდინარე ბ) ასიმპტომური	 A A D A	
ანამნეზში ქოლესტაზი ა) ორსულობასთან დაკავშირებული ბ) ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენებასთან დაკავშირებული	A A	

ქალთა ქირურგიული სტერილიზაცია		
ქირურგიული სტერილიზაცია არ გულისხმობს დაცვას სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისაგან (სგგი), მათ შორის ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსისგან (აივ). თუ არსებობს სგგი/აივ გავრცელების რისკი, რეკომენდებულია კონდომების გამოყენება. მათი სწორედ და მუდმივად გამოყენება ყველაზე ეფექტურია ინფექციებისგან დასაცავად. ქალთა კონდომები დაცვის მაღალეფექტური და უსაფრთხო საშუალებებია, თუმცა ნაციონალური პროგრამების მიერ არ არის მოწოდებული ისე ფართოდ, როგორც მამაკაცთა კონდომები.		
გარემოება * დამატებითი შენიშვნები მოცემულია ცხრილის ბოლოს	კატეგორია A = მისაღებია, C = სიფრთხილით, D = გადავადდეს, S = განსაკუთრებული	განმარტება/მტკიცებულება
ვირუსული ჰეპატიტები* ა) მწვავე ბ) მტარებლობა გ) ქრონიკული	D A A	განმარტება: ინფექციის პროფილაქტიკის შესაბამისი პროცედურები, მათ შორის, უსაფრთხოების ზოგადი ზომები, უნდა იყოს ზედმიწევნით დაცული ყოველი ქირურგიულ პროცედურის დროს.
ციროზი ა) მსუბუქი ფორმა(კომპენსირებული) ბ) მძიმე ფორმა (დეკომპენსირებული)	A S	განმარტება: ღვიძლის ფუნქციები და სისხლის შედედების ფაქტორები შეიძლება იყოს შეცვლილი. საჭიროა ღვიძლის ფუნქციების შეფასება.
ღვიძლის სიმსივნე ა) კეთილთვისებიანი 1) ფოკალური კვანძოვანი ჰიპერპლაზია 2) ჰეპატოცელულარული ადენომა ბ) ავთვისებიანი (ჰეპატომა)	A C C	განმარტება: ღვიძლის ფუნქციები და სისხლის შედედების ფაქტორები შეიძლება იყოს შეცვლილი. საჭიროა ღვიძლის ფუნქციების შეფასება.
ანემიები		
თალასემია	C	
ნამგლისებურუჯრედოვანი ანემია*	C	
რკინადეფიციტური ანემია ა) ჰემოგლობინი < 7 გ/ლ ბ) ჰემოგლობინი ≥ 7 -დან < 10 გ/ლ	D C	განმარტება: უნდა გამოვლინდეს ძირითადი დაავადება. ოპერაციამდე ჰემოგლობინის რაოდენობა და ოპერაციის დროს სისხლის დანაკარგი ანემიის განვითარების მნიშვნელოვანი ფაქტორებია. თუ ოპერაციის მსვლელობისას ჩატარებული ჰემოტრანსფუზია არაადეკვატურია, ეს ჭრილობის შეხორცებას შეანლებს.
სხვა პროცედურები დაკავშირებული მხოლოდ ქალთა ქირურგიულ სტერილიზაციასთან		
ადგილობრივი ინფექცია	D	განმარტება: ოპერაციის შემდგომი ინფექციის გაზრდილი რისკი.
კოაგულოპათიები*	S	
რესპირატორული დაავადებები ა) მწვავე (ბრონქიტი, პნეუმონია) ბ) ქრონიკული 1) ასთმა 2) ბრონქიტი 3) ემფიზემა 4) ფილტვის ინფექცია	D S S S S	განმარტება: მდგომარეობის გამოსწორებამდე პროცედურა უნდა გადაიდოს. არსებობს ანესთეზიასა და ოპერაციის მსვლელობასთან დაკავშირებული რისკები.

ქალთა ქირურგიული სტერილიზაცია		
ქირურგიული სტერილიზაცია არ გულისხმობს დაცვას სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისაგან (სგგი), მათ შორის ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსისგან (აივ). თუ არსებობს სგგი/აივ გავრცელების რისკი, რეკომენდებულია კონდომების გამოყენება. მათი სწორედ და მუდმივად გამოყენება ყველაზე ეფექტურია ინფექციებისგან დასაცავად. ქალთა კონდომები დაცვის მაღალეფექტური და უსაფრთხო საშუალებებია, თუმცა ნაციონალური პროგრამების მიერ არ არის მოწოდებული ისე ფართოდ, როგორც მამაკაცთა კონდომები.		
გარემოება * დამატებითი შენიშვნები მოცემულის ცხრილის ბოლოს	კატეგორია A = მისაღებია, C = სიფრთხილით, D = გადავადდეს, S = განსაკუთრებული	განმარტება/მტკიცებულება
სისტემური ინფექცია ან გასტროენტერიტი*	D	
საშვილოსნო შეხორცებებში გადატანილი ქირურგიული ოპერაციების ან ინფექციის გამო*	S	
მუცლის კედლის ან ჭიპის თიაქარი	S	განმარტება: თიაქარის ოპერაციისა და ქირურგიული სტერილიზაციის ჩატარება შესაძებელია პარალელურად.
დიაფრაგმის თიაქარი*	C	
თირკმლის დაავადება*	C	
მძიმე კვებითი უკმარისობა*	C	
ანამნეზში მუცლის ან მენჯის ორგანოებზე ჩატარებული ოპერაციები	C	მტკიცებულება: ქალებს ანამნეზში მუცლის ან მენჯის ორგანოებზე წარმოებული ოპერაციებით უფრო მეტი ალბათობით აქვთ გართულებები.
სტერილიზაცია მუცლის ღრუს ორგანოებზე ქირურგიულ ოპერაციებთან პარარელურად ა) გეგმიური ბ) გადაუდებელი, სასწრაფო (წინასწარი კონსულტირების გარეშე) გ) ინფექციური მდგომარეობა	C D D	
ქირურგიული სტერილიზაცია საკეისრო კვეთასთან პარარელურად	A	

მამაკაცთა ქირურგიული სტერილიზაცია – ვაზექტომია

მამაკაცთა ქირურგიული სტერილიზაცია		
<p>ქირურგიული სტერილიზაცია არ გულისხმობს დაცვას სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისაგან (სგგი), მათ შორის ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსისგან (აივ). თუ არსებობს სგგი/აივ გავრცელების რისკი, რეკომენდებულია კონდომების გამოყენება. მათი სწორედ და მუდმივად გამოყენება ყველაზე ეფექტურია ინფექციებისგან დასაცავად. ქალთა კონდომები დაცვის მაღალეფექტური და უსაფრთხო საშუალებებია, თუმცა ნაციონალური პროგრამების მიერ არ არის მოწოდებული ისე ფართოდ, როგორც მამაკაცთა კონდომები.</p>		
გარემოება	კატეგორია	განმარტება/მტკიცებულება
* დამატებითი შენიშვნები მოცემულია ცხრილის ბოლოს	A = მისაღებია, C = სიფრთხილით, D = გადავადდეს, S = განსაკუთრებული	
პიროვნული მახასიათებლები და რეპროდუქციული ანამნეზი		
ახალგაზრდა ასაკი	C	<p>განმარტება: ახალგაზრდა მამაკაცები, ყველა კაცის მსგავსად ინფორმირებულები უნდა იყვნენ, რომ სტერილიზაცია იწვევს ფერტილობის პერმანენტულ შეწყვეტას და, რომ არსებობს გახანგრძლივებული კონტრაცეფციის ალტერნატიული მაღალეფექტური მეთოდები.</p> <p>მტკიცებულება: ისინი, ვინც ახალგაზრდა ასაკში ჩაიტარა ვაზექტომია, უფრო ხშირად მიმართავენ ექიმს თესლგამტარი სადინარის გამავლობის აღდგენის თხოვნით, მათთან შედარებით, ვინც გვიან ასაკში ჩაიტარა სტერილიზაცია.</p>
დეპრესიული დაავადებები		
დეპრესიული დაავადებები	C	
აივ/შიდსი		
აივ - ის მაღალი რისკი	A	<p>განმარტება: რუტინული სკრინინგი არ არის საჭირო. ყველა ქირურგიული პროცედურის დროს აუცილებელია ინფექციის პროფილაქტიკის წესების დაცვა ზოგადი უსაფრთხოების ზომების ჩათვლით. სტერილიზაციის შემდეგ რეკომენდებულია კონდომების გამოყენება.</p>
აივ-ასიმპტომური ან მსუბუქი კლინიკური დაავადება (ჯანმო – 1 ან 2 სტადია)	A	<p>განმარტება: რუტინული სკრინინგი არ არის საჭირო. ყველა ქირურგიული პროცედურის დროს აუცილებელია ინფექციის პროფილაქტიკის წესების დაცვა ზოგადი უსაფრთხოების ზომების ჩათვლით. სტერილიზაციის შემდეგ რეკომენდებულია კონდომების გამოყენება.</p>
აივ-მძიმე ან პროგრესირებადი კლინიკური დაავადება (ჯანმო- 3 ან 4 სტადია)	S	<p>განმარტება: აივ-ინფექციის მწვავე ან პროგრესირებადი კლინიკური დაავადებების არსებობის შემთხვევაში სტერილიზაციის პროცედურა უნდა გადაიდოს.</p>

მამაკაცთა ქირურგიული სტერილიზაცია		
ქირურგიული სტერილიზაცია არ გულისხმობს დაცვას სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისაგან (სგგი), მათ შორის ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსისგან (აივ). თუ არსებობს სგგი/აივ გავრცელების რისკი, რეკომენდებულია კონდომების გამოყენება. მათი სწორედ და მუდმივად გამოყენება ყველაზე ეფექტურია ინფექციებისგან დასაცავად. ქალთა კონდომები დაცვის მაღალეფექტური და უსაფრთხო საშუალებებია, თუმცა ნაციონალური პროგრამების მიერ არ არის მოწოდებული ისე ფართოდ, როგორც მამაკაცთა კონდომები.		
გარემოება * დამატებითი შენიშვნები მოცემულია ცხრილის ბოლოს	კატეგორია A = მისაღებია, C = სიფრთხილით, D = გადავადდეს, S = განსაკუთრებული	განმარტება/მტკიცებულება
ენდოკრინული მდგომარეობები		
დიაბეტი*	C	განმარტება: თუ შაქრის შემცველობა სისხლში არ არის კარგად კონტროლირებული, აუცილებელია პაციენტის გაგზავნა სპეციალიზებულ კლინიკაში.
ანემიები		
ნამგლისებუჯრედოვანი ანემია*	A	
სხვა პროცედურები, დაკავშირებული მხოლოდ მამაკაცთა ქირურგიულ სტერილიზაციასთან		
ადგილობრივი ინფექციები*		
ა) სკროტუმის ინფექცია	D	
ბ) აქტიური სგგი	D	
გ) ბალანიტი	D	
დ) ეპიდიდმიტი ან ორქიტი	D	
კოაგულოპათიები*	S	
ანამნეზში სკროტუმის დაზიანება	C	
სისტემური ინფექცია ან გასტროენტერიტები*	D	
ვარიკოცელე*	C	
ჰიდროცელე*	C	
ფილლიარიაზი, ელუფანტიაზი*	D	
ინტრასკროტალური წარმონაქმნი*	D	
კრიპტორქიზმი*	S	
საზარდულის თიაქარი*	S	

- A = მისაღებია:** არ არსებობს სამედიცინო მიზეზი, რაც წარმოადგენს უკუჩვენებას ქირურგიული სტერილიზაციის ჩატარებისთვის.
- C = სიფრთხილე:** პროცედურა ტარდება ჩვეულებრივი კლინიკის პირობებში, მაგრამ საჭიროა დამატებითი მომზადება და სიფრთხილე.
- D = გადავადდება:** რეკომენდებულია პროცედურის გადავადება მდგომარეობის შეფასებამდე და გამოსწორებამდე, რა დროის განმავლობაშიც შესაძლებელია კონტრაცეფციის ალტერნატიული მეთოდების გამოყენება.
- S = განსაკუთრებული:** პროცედურა უნდა ჩატარდეს გამოცდილი ქირურგისა და გუნდის მიერ, ზოგადი ანესთეზიით, ყველა სხვა სათანადო სამედიცინო აღჭურვილობის პირო-

ბებში. ასეთ შემთხვევაში სამედიცინო პერსონალი მზად უნდა იყოს აირჩიოს სტერილიზაციის ოპტიმალური მეთოდი და ანესთეზიის რეჟიმი. თუ საჭიროა პაციენტის გაგზავნა სპეციალიზებულ კლინიკაში ან პროცედურის გადავადება, შეთავაზებული უნდა იქნას კონტრაცეფციის ალტერნატიული მეთოდები.

დამატებითი შენიშვნები ქალთა ქირურგიული სტერილიზაციის შესახებ

მშობიარობა

არანამშობიარები ქალები: ყველა ქალის მსგავსად საჭიროა მათი ინფორმირება მეთოდის შეუქცევადობის შესახებ და, რომ არსებობს გახანგრძლივებული კონტრაცეფციის ალტერნატიული მაღალეფექტური მეთოდები.

მშობიარობის შემდგომ

< 7 დღე მშობიარობის შემდგომ: ქირურგიული სტერილიზაცია შესაძლებელია ჩატარდეს მაშინვე, არის უსაფრთხო.

7 დან < 42 დღე: გართულებების განვითარების რისკები გაზრდილია საშვილოსნოს არასრული ინვოლუციის ფონზე.

პრეეკლამფსია/ეკლამფსია: ანესთეზიასთან დაკავშირებული რისკები მაღალია.

სანაყოფე სითხის ნაადრევი დაღვრა, 24 საათი და მეტი: ოპერაციის შემდგომი ინფექციის განვითარების რისკი მაღალია.

პუერპერალური სეფსისი, ცხელება მშობიარობის დროს ან შემდგომ პერიოდში: ოპერაციის შემდგომი ინფექციის განვითარების რისკი მაღალია.

ძლიერი სისხლდენა მშობიარობამდე ან მშობიარობის შემდგომ: ქალი შესაძლოა იყოს ანემიური და ვერ გაუძლოს ოპერაციის დროს სისხლის დამატებით დაკარგვას.

გენიტალური ტრაქტის ძლიერ ტრამვა (საშვილოსნოს ყელის ან საშოს ჩახევა მშობიარობის დროს): შესაძლებელია იყოს სისხლის მნიშვნელოვანი დანაკარგი და განვითარდეს ანემია.

საშვილოსნოს რუბტურა ან პერფორაცია: შესაძლებელია იყოს სისხლის მნიშვნელოვანი დანაკარგი ან მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანება.

აბორტის შემდგომ:

აბორტის შემდგომი სეფსისი და ცხელება: ოპერაციის შემდგომი ინფექციის განვითარების რისკი მაღალია.

აბორტის შემდგომი მძიმე სისხლდენა: შესაძლებელია ქალი იყოს ანემიური და ვერ გაუძლოს ოპერაციის დროს სისხლის დამატებით დაკარგვას.

გენიტალური ტრაქტის მძიმე ტრამვა (საშვილოსნოს ყელის ან საშოს ჩახევა აბორტის დროს): ქალი შეიძლება იყოს ანემიური და ვერ გაუძლოს სისხლის შემდგომ დაკარგვას. პროცედურა შეიძლება იყოს მეტად მტკივნეული.

საშვილოსნოს პერფორაცია: შესაძლებელია იყოს სისხლის მნიშვნელოვანი დანაკარგი ან მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანება.

მწვავე ჰემატომეტრა: ქალი შესაძლოა იყოს ანემიური და ვერ გაუძლოს ოპერაციის დროს სისხლის შემდგომ დაკარგვას.

სხვა მოსაზრებები:

მრავლობითი რისკ-ფაქტორები გულ-სისხლძარღვათა დაავადების განვითარებისათვის

რამდენიმე რისკ-ფაქტორის ერთდროული არსებობა: შესაძლებელია იყოს ანესთეზიასა და ქირურგიულ პროცედურათან დაკავშირებული გართულებების მაღალი რისკი.

ანამნეზში ან მიმდინარე გულის იშემიური დაავადება: არსებობს ანესთეზიასთან და ქირურგიულ პროცედურასთან დაკავშირებული გართულებების მაღალი რისკი.

საშვილოსნოს ყელის კიბო (მკურნალობის მოლოდინში), ენდომეტრიუმის კიბო, საკვერცხის კიბო: აღნიშნული დაავადებების მკურნალობა, როგორც წესი, იწვევს სტერილობას.

საშვილოსნოს ფიბროიდები

დამოკიდებულია ფიბროიდის ზომასა და მდებარეობაზე, შესაძლებელია, გამწვანდეს მილებთან მიდგომა და საშვილოსნოს მობილიზაცია.

მენჯის ანთებითი დაავადება

ზრდის ოპერაციის შემდგომი ინფექციების და შეხორცებების განვითარების რისკს.

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები

ოპერაციის შემდგომი ინფექციების განვითარების რისკი მაღალია.

დიაბეტი

ოპერაციის დროს არსებობს ჰიპოგლიკემიისა და კეტოაციდოზის განვითარების რისკი, როდესაც ოპერაციამდე სისხლში შაქრის შემცველობა არ არის კარგად კონტროლირებული.

ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები

ქირურგიულ პროცედურასა და ანესთეზიასთან დაკავშირებული რისკები მაღალია.

ვირუსული ჰეპატიტები

ქირურგიულ პროცედურასა და ანესთეზიასთან დაკავშირებული რისკები მაღალია.

ნამგლისებურუჯრედოვანი ანემია

ფილტვისმიერი, გულისმიერი და ნევროლოგიური გართულებების განვითარების რისკები მაღალია, ასევე შესაძლებელია გაიზარდოს ჭრილობის ინფიცირების რისკი.

კოაგულოპათიები

ქირურგიული პროცედურის ჩატარებისას გაზრდილია ჰემატოლოგიური გართულებების რისკი.

სისტემური ინფექციები ან გასტროენტერტი

ოპერაციის შემდგომი ინფექციების განვითარების რისკი მაღალია, გართულებები დაკავშირებულია დეჰიდრატაციასთან ან ანესთეზიასთან.

ანამნეზში ოპერაციების ან ინფექციების შედეგად განვითარებული მენჯის ღრუს შეხორცებები

საშვილოსნოს, ფალოპიუსის მილებისა და ნაწლავების მოძრაობის შეზღუდვამ შესაძლებელია გაართულოს ლაპარასკოპიის ან მინილაპარატომიის წარმოების პროცესი.

დიაფრაგმის თიაქარი

ლაპარასკოპიის ჩატარების შემდეგ შესაძლებელია განვითარდეს მწვავე კარდიორესპირატორული უკმარისობა ხანგრძლივად ტრენდელბურგის პოზიციაში ყოფნის გამო – პნეუმოპერიტონეუმი.

თირკმლის დაავადებები

სისხლის შედედების პროცესი შესაძლოა დაირღვეს. ინფექციისა და ჰიპოვოლემიური შოკის რისკი გაზრდილია. თირკმლის დაავადებებმა შეიძლება გამოიწვიოს ფონური ანემია, ელექტროლიტური ბალანსის, მედიკამენტების მეტაბოლიზმისა და ექსკრეტორული ფუნქციის დარღვევა.

მძიმე კვებითი უკმარისობა

ჭრილობის დაინფიცირების რისკი მომატებულია, შეხორცების პროცესის სიჩქარე შენელებულია.

სტერილიზაციის წარმოება საკეისრო კვეთასთან ერთად

სტერილიზაციის ჩატარება საკეისრო კვეთასთან ერთად არ ზრდის გართულებების განვითარების რისკს პაციენტებში, რომლებსაც არ გააჩნიათ ოპერაციისთვის უკუჩვენება.

დამატებითი შენიშვნები მამაკაცთა სტერილიზაციასთან დაკავშირებით

დიაბეტი

დიაბეტით დაავადებულებს აღენიშნებათ ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ჭრილობის ინფიცირების მაღალი რისკი. თუ ინფექციის განვითარების ნიშნები გამოჩნდა, აუცილებელია ანტიბიოტიკოთერაპია.

ადგილობრივი ინფექცია

ოპერაციის შემდგომი ინფექციების განვითარების რისკი მაღალია.

კოაგულოპათიები

კოაგულოპათიებმა შესაძლებელია გამოიწვიონ ოპერაციის შემდგომი ჰემატომა, რაც, თავის მხრივ, ზრდის ინფიცირების რისკს.

სისტემური ინფექციები ან გასტროენტერიტი

ოპერაციის შემდგომი ინფექციების განვითარების რისკი მაღალია.

ვარიკოცელე

თესლგამომტანი სადინარის გამოყოფა შიძლება იყოს რთული ან შეუძლებელი. ვარიკოცელეს ამოკვეთისა და ვაზექტომიის ერთდროულად ჩატარებამ შესაძლებელია შეამციროს გართულებები განვითარების რისკი.

ჰიდროცელე

თესლგამომტანი სადინარის გამოყოფა შიძლება იყოს რთული ან შეუძლებელი. ჰიდროცელეს ამოკვეთისა და ვაზექტომიის ერთდროულად ჩატარებამ შესაძლებელია შეამციროს გართულებების განვითარების რისკი.

ფილარიაზისი, ელეფანტიაზი

თუ ელეფანტიაზი მოიცავს სკროტუმს (ჩუჩას), შეიძლება შეუძლებელი გახდეს თესლგამომტანი სადინარის და სათელსე ჯირკვლების პალაპაცია.

ინტრასკროტალური წარმონაქმნები

შეიძლება მიუთითებდეს პირველად პათოლოგიაზე.

კრიპტორქიზმი

თუ კრიპტორქიზმი არის ორმხრივი და მამაკაცის ფერტილობა დადასტურებულია, საჭიროა გაფართოებული ოპერაცია თესლგმტარი სადინარების გამოსაყოფად. თუ კრიპტორქიზმი არის ცალმხრივი და მამაკაცის ფერტილობა დადასტურებულია, ვაზექტომია ტარდება ნორმალური სათესლე ჯირკვლის მხარეს სპერმოგრამის შემდგომი კონტროლით. თუ სპერმის წარმოქმნის პროცესი არ წყდება, შესაძლებელია აუცილებელი გახდეს გაფართოებული ოპერაცია მეორე თესლგმტარი სადინარის გამოსაყოფად.

საზარდულის თიაქარი

ვაზექტომია შესაძლებელია ჩატარდეს თიაქარპლასტიკასთან ერთად.

ნამგლისებუჯრედოვანი ანემია

ფილტვისმიერი, გულის და ნევროლოგიური გართულებების განვითარების რისკი გაზრდილია და შესაძლებელია გაიზარდოს ჭრილობის ინფიცირების რისკი.

ლაქტაციური ამენორეის მეთოდი

ლაქტაციური ამენორეის მეთოდი (ლამ) არის ძუძუთი კვების პროცესზე დაფუძნებული კონტრაცეფციის მეთოდი.

მოქმედების მექანიზმი – ლამ-ის მოქმედების მექანიზმი ოვულაციის პროცესის დათრგუნვა საკვერცხეში. მშობიარობის შემდგომ პერიოდში ქალის ორგანიზმში ჰიპოფიზის წინა წილის ლაქტოტროპებში გამომუშავდება დიდი რაოდენობით პროლაქტინი. პროცესი მართულია ჰიპოთალამური და სუბკორტიკალური სტრუქტურებით. ამ ფონზე ითრგუნება გონადოტროპინ-რილიზინგ-ჰორმონის (გტ-რჰ) პულსური გამოყოფა, შესაბამისად ფოლიკულომასტიმულირებელი (ფმჰ) და მალუთეინიზირებელი (მლჰ) ჰორმონების სინთეზი, რაც იწვევს საკვერცხის ფოლიკულური აპარატის ფუნქციურ ინაქტივაციას და ანოვულაციას.

ძუძუს წოვა ორ ძირითად რეფლექსთან არის დაკავშირებული. პროლაქტინის სეკრეციის რეფლექსი – ძუძუს დვრილის რეცეპტორების გაღიზიანებისას იმპულსი ცდომილი ნერვით გადაეცემა ჰიპოთალამუსის ნეიროჰიპოფიზის ნეიროპეპტიდებს, ხოლო მათი მეშვეობით სტიმულირდება პროლაქტინის სინთეზი და ითრგუნება გტ-რჰ პულსური გადმოსროლა; რძის გამოყოფის რეფლექსი – ძუძუს დვრილის რეცეპტორებიდან აღმოცენებული იმპულსი აღწევს ასევე ჰიპოფიზის უკანა წილს და პასუხად იწვევს როგორც საშვილოსნოს გლუვი კუნთების, ისე ძუძუს არეოლების შეკუმშვას და რძის გამოყოფას. ბავშვის თითოეული ძუძუს მოწოვა ასტიმულირებს პროლაქტინის გამოყოფას

ეფექტურობა – სწორად გამოყენების შემთხვევაში მეთოდის ეფექტურობა 98%-მდეა. (ანუ მეთოდის სწორად გამოყენებისას ყოველი 100 ქალიდან მშობიარობიდან 6 თვის განმავლობაში ორსულდება 2. ბელაგის კონსესუსი სამეცნიერო საფუძვლებზე დაყრდნობით განსაზღვრავს, რომ ძუძუთი კვების გამოყენება შესაძლოა უსაფრთხოდ და ეფექტურად შობადობის ინტერვალის დასაცავად. ლამ-ი, როგორც მეთოდი შევიდა ოჯახის დაგეგმვის გაიდლაინში.

გაიდლაინი მოიცავს სამ კრიტერიუმს. კრიტერიუმების დაცვა, იცავს ქალს დაუგეგმავი ორსულობისაგან.

ლაქტაციურ ამენორეის მეთოდის კრიტერიუმებია:

- მხოლოდ ძუძუთი კვება (ექსკლუზიური ძუძუთი კვება) პირველი 6 თვის განმავლობაში;
- კვება ჩვილის მოთხოვნილების მიხედვით (კვების დღის რეჟიმი არაუმეტეს 4 სთ-ისა, ღამის რეჟიმი არაუმეტეს 6 სთ-ისა);
- ქალს არა აქვს მენსტრუაციული ციკლი (ფიზიოლოგიური ამენორეა).

ლამ ნაკლებად ეფექტურია, თუ ზემოჩამოთვლილი სამი პირობიდან არ არის დაცული თუნდ ერთი მაინც:

- ბავშვი არის 6 თვეზე მეტი ასაკის.;
- ბავშვი ღებულობს დამატებით საკვებს;
- ქალს აღუდგა მენსტრუაციული ციკლი.

უპირატესობები

- მაღალეფექტური (98%) პირველი 6 თვის განმავლობაში;
- შესაძლებელია გამოყენება დაუწყონებლივ მშობიარობის შემდეგ;
- არ არის საჭირო მარაგის შექმნა;
- ხელს არ უშლის სქესობრივ ურთიერთობებს;
- არ გააჩნა სისტემური გვერდითი მოვლენები;
- ემყარება კულტურალურ-რელიგიურ ტრადიციებს;
- არ საჭიროებს სამედიცინო მეთვალყურეობას;
- არ საჭიროებს ფინანსურ დანახარჯებს.

არაკონტრაცეფციული უპირატესობები

- დედისთვის:
 - ✓ ამცირებს მშობიარობის შემდგომ სისხლის დანაკარგს;
- ჩვილისთვის:
 - ✓ პასიური იმუნიზაცია;
 - ✓ კვების საუკეთესო, სასარგებლო წყარო;
 - ✓ ნაკლები კონტაქტი პათოგენებთან (ჭურჭლის ზედაპირზე, წყალში, სხვა საკვებში არსებულ პათოგენურ ორგანიზმებთან).

ნაკლოვანებები

- ვერ მოიხმარენ ის ქალები, რომლებიც გარკვეული მიზეზების გამო არ კვებავენ ჩვილს ძუძუთი;
- დამოკიდებულია მომხმარებლის მიერ ლამ-ის კრიტერიუმების დაცვაზე;
- სამედიცინო და სოციალური ფაქტორების გამო შესაძლებელია ძნელი იყოს ძუძუთი კვების შენარჩუნება;
- მეთოდის ხანგრძლივობა შეზღუდულია;
- არ იცავს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისგან (მათ შორის აივ/შიდსისგან).

სგგი/აივ-ის რისკის არსებობისას რეკომენდებულია კონდომის სწორად და თანმიმდევრულად გამოყენება, რადგან სწორი გამოყენებისას ის ყველაზე ეფექტური მეთოდია. ქალის კონდომი ეფექტური და უსაფრთხოა, მაგრამ ეროვნული პროგრამებით ის არ გამოიყენება ისე ფართოდ, როგორც მამაკაცის კონდომი.

ქალები, რომლებიც იმყოფებიან ისეთ მდგომარეობაში, რომ მათვის ორსულობა მიუღებელია, უნდა ურჩიონ, რომ მათთვის ლამ-ი არ არის შესაბამისი მეთოდი, რადგან ლამ-ის გამოყენება დაკავშირებულია შედარებით წარუმატებლობასთან.

ჩვენება – ლამ-ის გამოყენება შეუძლიათ ქალებს, რომლებიც აკმაყოფილებენ ლამ-ის სამ ძირითად კრიტერიუმს.

არ არსებობს სამედიცინო მდგომარეობა, რომელიც იზღუდება ლამ-ის გამოყენებისას და არ არსებობს დოკუმენტური მტკიცებულება, რომ ლამ-ი უარყოფით გავლენას ახდენს დედის ჯამრთელობაზე. მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს გარკვეული გარემოებები და სირთულეები, რომლებიც გავლენას ახდენენ ძუძუთ კვებაზე. მათმა შესაძლოა გავლენა მოახდინონ ასევე ამენორეის ხანგრძლივობაზე, რის გამოც იზღუდება ლამ-ის, როგორც ოჯახის დაგეგმვის მეთოდის გამოყენების არჩევანი. ამ გარემოებებს განეკუთვნება:

აივ ინფექცია/შიდსი

მნიშვნელოვანია გაკეთდეს ძუძუთი კვების დაცვა, მხარდაჭერა და წახალისება მთლიანად მოსახლეობაში, ყველა აივ-უარყოფით ქალში, იმ ქალებში ვისთვისაც აივ-სტატუსი უცნობია, აივ-ინფიცირებულ ქალებში, მიუხედავად იმისა, რომ შესაძლოა მოხდეს ვირუსის გადაცემა ახალშობილზე. ადრეული და ექსკლუზიური ძუძუთი კვება არის ყველაზე კრიტიკული ფაქტორი ახალშობილის სიცოცხლის უნარიანობის გასაზრდელად. ძუძუთა კვებას ენიჭება ბევრი დამატებითი სარგებელი, რომელიც ამცირებს ახალშობილთა სიკვდილიანობის რისკს.

სარსებობს მტკიცებულება ანტირეტროვირუსულ თერაპიასთან დაკავშირებით, აივ-დადებითი დედებისათვის, აივ-დაუცველი ჩვილებისათვის, რამაც შესაძლოა შეამციროს ძუძუთი კვებისას აივ-ტრანსმისიის რისკი. გადაწყვეტილებას იღებს ჯამრთელობის ეროვნული ხელისუფლება და ინდივიდუალურად დედები.

არვთ – დედა იღებს ანტირეტროვირუსულ თერაპიას, არვ-ჩარევას იღებს დედა ან ჩვილი, ეს ჩვილი იღებს ძუძუთ კვებას, მის ყველა სარგებელთან ერთად, თუმცა ის აივ-ით დაინფიცირების მცირე რისკის ქვეშ არის.

აივ-ით ინფიცირებულმა დედებმა უნდა მიიღონ სათანადო არვ-ჩარევა და ძუძუთი კვებონ თავიანთი ახალშობილები პირველი ექვსი თვის განმავლობაში. ამის შემდეგ აძლევენ ჩვილს შესაბამის დამატებით კვებას პირველი 12 თვის განმავლობაში.

ძუძუთი კვების შეწყვეტა ხდება, მხოლოდ მაშინ როცა ახალშობილი იღებს ადექვატურ საკვებს, როცა მისთვის დედის რძის გარეშე კვება უსაფრთხოა.

როცა ქალი გადაწყვეტს, ძუძუთი კვების შეწყვეტას, თანდათანობით ერთი თვის ვადაში, უნდა მოხდეს ადექვატურად და უსაფრთხოდ კვების ჩანაცვლება, რადგან უზრუნველყოფილი იყოს ახალშობილის ზრდა-განვითარება.

თუ ჩვილი აივ-უარყოფითია ან აივ-სტატუსი უცნობია:

ღოცა დედისთვის ცნობილია, რომ აივ-ინფიცირებულია, მაშინ ჩვილში უნდა მოხდეს ძუძუს რძის ჩანაცვლება, მხოლოდ შესაბამისი პირობების დაცვისას:

1. დარწმუნდით, რომ საზოგადოებაში წყალი და სანიტარული საყოფაცხოვრებო პირობები უსაფრთხოა;
2. დედას ან მომვლელს შეუძლია საიმედოდ მისცეს ახალშობილს ძუძუს რძის შემცვლელი, რომელიც უზრუნველყოფს მის ზრდა-განვითარებას;
3. დედას ან მომვლელს შეუძლია სუფთად და ხშირად მოამზადოს საკმარისი საკვები, რადგან შემცირდეს დიარეის და მალნუტრიციის განვითარების რისკი;
4. დედას ან მომვლელს შეუძლია ჩვილს პირველი ექვსი თვის განმავლობაში ექსკლუზიურად მისცეს ძუძუს რძის შემცვლელი;
5. ოჯახის მხარდაჭერის პრაქტიკა;
6. დედას ან მომვლელს აქვს ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა, რომელიც სთავაზობს ბავშვთა ჯამრთელობის ყოვლისმომცველ სერვისებს.

თუ ცნობილია, რომ ჩვილი აივ-დადებითია:

დედას შეუძლია ექსკლუზიურად პირველი ექვსი თვის განმავლობაში ძუძუთი კვებოს ჩვილი, რომელსაც მოსახლეობისათვის საჭირო ზოგადი რეკომენდაციებით აგრძელებს ორი წელი და შესაძლოა მეტიც.

აივ-ინფიცირებულმა ქალმა უნდა მიიღოს კვალიფიციური კონსულტაცია, რომელიც მათ დაეხმარებათ. მათ უნდა ჰქონდეთ მხარდაჭერა, როგორც ოჯახის დაგეგმვის ასევე კვების მხრივაც.

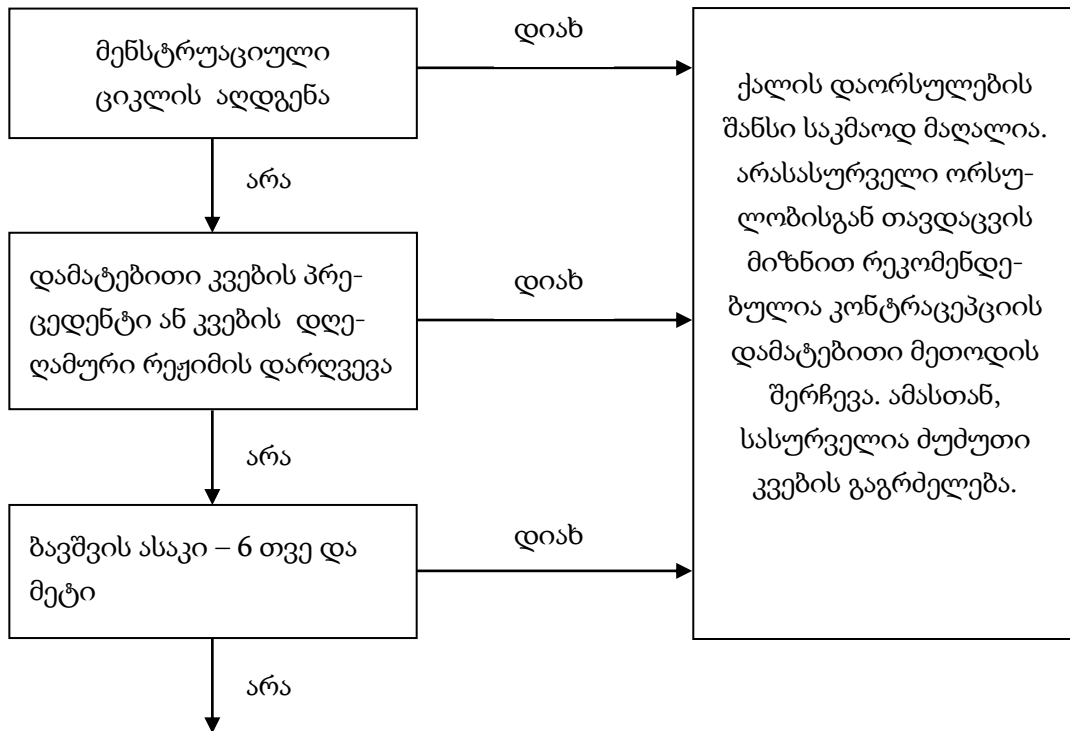
მედიკამენტების გამოყენება ძუძუთი კვებისას:

ახალშობილის ჯამრთელობის დასაცავად არ არის რეკომენდებული, ქალმა ძუძუთი კვებისას მიიღოს შემდეგი მედიკამენტები: ანტიმეტაბოლიტები, ბრომოკრიპტინი, კორტიკოსტეროიდები (მაღალ დოზებში), ციკლოსპორინი, ერგოტამინი, ლითიუმი, ანტიდეპრესანტები, რადიოაქტიური პრეპარატები და რეზერპინი.

გარემოებები, რომლებიც უარყოფით გავლენას ახდენენ ახალშობილზე ძუძუთი კვებისას:

პირის თანდაყოლილი დეფორმაციები: ქვედა ყბის ან სასის. ახალშობილები ზრდაში ჩამორჩენით ან დღენაკლი ახალშობილები, რომლებიც საჭიროებენ ინტენსიურ ნეონატალურ მოვლას და კონკრეტული მეტაბლური დაავადებები (ფენილკეტონურია, გალაქტოზემია, ნეკერჩხლის სიროფის სინდრომი).

ლაქტაციური ამენორეის მეთოდი



დაორსულების შანსი – 1-2%

ქალს შეუძლია კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდის არჩევანი გააკეთოს ნებისმიერ, მისთვის სასურველ დროს.

ფერტილობაზე დაფუძნებული კონტრაცეფციის მეთოდები

ფერტილობაზე დაფუძნებულ კონტრაცეფციის მეთოდები ემყარება ქალის მენსტრუალური ციკლის ფერტილური დღეების დადგენას. მეთოდის არსი კი მდგომარეობს ფერტილური ფაზის დროს სქესობრივი კონტაქტისგან თავშეკავებაში.

კვლევებით დადგინდა, რომ ფერტილობაზე დაფუძნებულ კონტრაცეფციის მეთოდების წარუმატებლობის მაჩვენებელი შეადგენს 10-30 ორსულობას 100 მომხმარებელზე წელიწადში. იმ წყვილთათვის, რომლებიც რთულად მიიჩნევენ აღნიშნულ მეთოდს, რეკომენდირებულია კონტრაცეფციის სხვა მეთოდების გამოყენება .

მენსტრუალური ციკლის ფერტილური ფაზის დადგენა და შემდგომი აბსტინენცია, საფუძვლად უდევს ფერტილობაზე დაფუძნებულ კონტრაცეფციის შემდეგ მეთოდებს:

- ✓ კალენდარული მეთოდი (ოგინო-კნაუსის მეთოდი);
- ✓ სხეულის ბაზალური ტემპერატურის მეთოდი;
- ✓ საშვილოსნოს ყელის ლორწოს ან ოვულაციის (ბილინგის) მეთოდი;
- ✓ სიმპტო-თერმალური მეთოდი.

ფერტილური დღეების დადგენა შესაძლოა გამოყენებული იქნას კონტრაცეფციის სხვა მეთოდებთან კომბინაციაში, მაგალითად, წყვილთა მიერ ბარიერული მეთოდების გამოყენება

ფერტილურ ფაზაში. ფერტილური დღეების დადგენას მნიშვნელობა აქვს იმ ქალებისათვისაც, რომელთაც სურთ ორსულობა (დაფეხმძიმება).

ფერტილობაზე დაფუძნებულ კონტრაცეფციის მეთოდებს აქვთ შემდეგი უპირატესობები:

- ✓ არ გააჩნია გვერდითი მოვლენები;
- ✓ წყვილებს აქვთ შესაძლებლობა უკეთ გაეცნონ საკუთარ ფიზიოლოგიას და რეპროდუქციულ ფუნქციებს;
- ✓ ოჯახის დაგეგმვაში მონაწილეობას იღებს ორივე პარტნიორი, რაც ხელს უწყობს მათ კომუნიკაციას და ურთიერთთანამშრომლობას;
- ✓ აღნიშნული მეთოდები უფასოა და სათანადო ტრეინინგის (სწავლების) შემდეგ წყვილებს დახმარების გარეშე შეუძლიათ მისი პრაქტიკული განხორციელება

ფერტილობაზე დაფუძნებულ კონტრაცეფციის მეთოდებს აქვთ შემდეგი ნაკლოვანებები:

- ✓ ეფექტურობა დამოკიდებულია ორივე პარტნიორის ვალდებულებასა და ურთიერთგაგებაზე და ამდენად შესაძლოა რთულად განხორციელებადი იყოს;
- ✓ ეფექტურობა ნაკლებია კონტრაცეფციის სხვა მეთოდებთან შედარებით;
- ✓ სწავლება გრძელდება დიდი ხნის მანძილზე, რაც მოითხოვს ტრენერის (კონსულტანტის, ექიმის) საკმაოდ დიდ დროს;
- ✓ ქალისთვის მომაბეზრებელია ფერტილობის ნიშნების ყოველდღიური მეთვალყურეობა;
- ✓ სქესობრივი აბსტინენციის ხანგრძლივი პერიოდი წყვილებს ხშირად უქმნის სირთულეს და ფიზიოლოგიურ სტრესს;
- ✓ არარეგულარული მენსტრუალური ციკლის მქონე ქალებისათვის მეთოდის გამოყენება რთულია;
- ✓ ფერტილობის სიმპტომების დადგენა რთულია მეძუძური ქალებისთვის.

ჩვენებები

კონტრაცეფციის ბუნებრივ მეთოდებს იყენებენ ის წყვილები, რომელთაც არ სურთ კონტრაცეფციის სხვა მეთოდების გამოყენება, ვინაიდან:

- ✓ ეშინიათ გვერდითი მოვლენების განვითარება;
- ✓ რელიგიური ან ტრადიციული მიზნით;
- ✓ კონტრაცეფციის სხვა მეთოდები არახელმისაწვდომია.

მდგომარეობები, რომლებიც მოითხოვენ განსაკუთრებულ ყურადღებას:

ზოგიერთი გარემოება მოითხოვს განსაკუთრებულ ყურადღებას ფერტილობაზე დაფუძნებულ კონტრაცეფციის მეთოდებზე კონსულტირებისას:

- ✓ მაღალეფექტური დაცვა ორსულობისგან (როდესაც ქალის ჯანმრთელობა საფრთხის ქვეშაა);
- ✓ აბსტინენციის შეუძლებლობა.

განსაკუთრებული გარემოებები

კონტრაცეფციის ბუნებრივი მეთოდების გამოყენებისას აუცილებელია განსაკუთრებული მიდგომა მომხმარებელთა გარკვეულ ჯგუფებში.

მოზარდები

მოზარდ გოგონებსა და ქალებში ხშირია ანოვულატორული ციკლები, რაც კონტრაცეფციის აღნიშნული მეთოდის გამოყენების სირთულეს ქმნის. გარდა ამისა, ახალგაზრდებს უჭირთ სათანადო პერიოდში თავშეკავება.

ქალები პრემენოპაუზალურ პერიოდში

ოვულაციის პერიოდები არარეგულარულია რეპროდუქციული ცხოვრების ბოლო 5 წლის განმავლობაში. ანოვულატორული და არარეგულარული ციკლის დროს კი გართულებულია ფერტილობის ნიშნების და სიმპტომების დადგენა.

ქალები მშობიარობის შემდგომ პერიოდში

მშობიარობის შემდგომ პერიოდში ოვულატორული ციკლის აღდგენა დამოკიდებულია ძუძუთი კვების ხანგრძლივობაზე. ოვულაციის აღდგენის შემდეგ გართულებულია ფერტილობის ნიშნების ინტერპრეტირება და ამდენად შესაძლოა საჭირო გახდეს ხანგრძლივი აბსტინენცია.

კონსულტირება და ინფორმირება

კონტრაცეფციის ბუნებრივი მეთოდების გამოყენებისას პასუხისმგებლობას თანაბრად იზიარებს ორივე პარტნიორი. კონსულტანტმა დეტალურად უნდა აუხსნას ორივე მათგანს მეთოდის არსი, ტექნიკა და გამოყენების პირობები. მეთოდის წარმატების ხელშემწყობი პირობაა პარტნიორებს შორის ურთიერთგაგება. კონსულტაციის დროს აუცილებლად უნდა განიხილებოდეს შემდეგი საკითხები:

- ✓ მეთოდის დადებითი და უარყოფითი მხარეები, მეთოდის შედარება კონტრაცეფციის სხვა მეთოდებთან;
- ✓ მეთოდის ეფექტურობისთვის პერიოდული აბსტინენციის და ფერტილობის ნიშნებზე ყოველდღიური დაკვირვების მნიშვნელობა;
- ✓ მეთოდის სრულყოფილი სწავლება და პერიოდული გადამოწმება, ფერტილობის ნიშნების ცოდნა;
- ✓ აბსტინენციის პერიოდების მკაცრი დაცვა მეთოდის მაქსიმალური ეფექტურობის მისაღწევად;
- ✓ კონტრაცეფციის აღნიშნული მეთოდის წარუმატებლობა კონტრაცეფციის სხვა მეთოდებთან შედარებით, განსაკუთრებით მეთოდის სწავლების პერიოდში, თუ ამ დროს არ გამოიყენება კონტრაცეფციის სხვა მეთოდი;
- ✓ კონსულტაციის აუცილებლობა ფერტილობის ნიშნების და სიმპტომების ინტერპრეტირებისას ნებისმიერი გაუგებრობის შემთხვევაში.

კალენდარული ანუ რიტმული (ოგინო-კნაუსის) მეთოდი

კონტრაცეფციის ბუნებრივ მეთოდებს შორის ყველაზე ფართოდ გამოიყენება კალენდარული მეთოდი. მეთოდი ემყარება მენსტრუალური ციკლის დროს ფერტილური დღეების დადგენას. მეთოდს გააჩნია საკმაოდ დიდი წარუმატებლობის მაჩვენებელი.

ჩვენებები:

ქალები, რომელთაც აქვთ რეგულარული მენსტრუალური ციკლი, ვინაიდან ეს მეთოდი არ საჭიროებს ფერტილობის ნიშნებზე ყოველდღიურ მეთვალყურეობას.

მდგომარეობები, რომლებიც აუცილებლად უნდა იქნას გათვალისწინებული:

- ✓ არარეგულარული ციკლი;
- ✓ ძუძუთი კვება.

კონსულტირება და ინფორმირება

იმისათვის რომ მიღებული იქნას სრულყოფილი ინფორმაცია, გაანალიზებული უნდა იქნას 6 მენსტრუალური ციკლის მაჩვენებლები, ამ ინფორმაციის დამუშავების შემდეგ ქალს შეუძლია გამოეყენოს არაჰორმონალური კონტრაცეფცია (კონტრაცეფციის ჰორმონალურმა მეთოდებმა შესაძლოა გავლენა იქონიოს ქალის მენსტრუალური ციკლზე).

ინსტრუქცია კლიენტებისთვის

კლიენტი (მომხმარებელი) ინფორმირებული უნდა იყოს, რომ:

- ✓ 6 თვის განმავლობაში უნდა აღინიშნოს მენსტრუალური ციკლის პირველი დღე;
- ✓ 6 თვის განმავლობაში დადგენილი უნდა იქნას ყველაზე ხანგრძლივი და ხანმოკლე მენსტრუალური ციკლი (ექიმთან მიმართვამდე ან ექიმთან კონსულტაციის შემდეგ);
- ✓ პირველი ფერტილური დღის დადგენისათვის ყველაზე მოკლე მენსტრუალურ ციკლს აკლდება 18.

პირველი ფერტილური დღე = ხანმოკლე მენსტრუალური ციკლს გამოვაკლოთ 18

- ✓ ბოლო ფერტილური დღის გამოსათვლელად ხანგრძლივ მენსტრუალურ ციკლს აკლდება 11.

ბოლო ფერტილური დღე = ხანგრძლივ მენსტრუალურ ციკლს გამოვაკლოთ 11

- ✓ სქესობრივი კონტაქტისგან თავშეკავება საჭიროა ფერტილური ფაზის დროს. მაგალითად, თუ ბოლო ექვსი მენსტრუალური ციკლის ხანგრძლივობა იყო შემდეგი: 28, 26, 29, 27, 29 და 27.
ფერტილური ფაზის პირველი დღე = $26 - 18 = 8$;
ფერტილური ფაზის ბოლო დღე = $29 - 11 = 18$.

ამდენად, ზემოაღნიშნული მონაცემების მიხედვით, სქესობრივი კონტაქტისგან თავშეკავება საჭიროა მენსტრუალური ციკლის 8-18 დღეების ჩათვლით.

ბაზალური ტემპერატურის მეთოდი

ბაზალური ტემპერატურის მეთოდი ემყარება სხეულის ტემპერატურის მატებას ოვულაციის პერიოდში, რაც განპირობებულია ყვითელი სხეულის მიერ პროგესტერონის სეკრეციით.

ოვულაციის შემდეგ სხეულის ტემპერატურა მატულობს 0,2-0,5°C და შენარჩუნდება შემდეგი მენსტრუაციის დაწყებამდე. ინფერტილური პერიოდი იწყება მას შემდეგ, რაც ტემპერატურა მოიმატებს 3 დღე გადაბმულად წინა 6 დღესთან შედარებით.

ჩვენებები

ბაზალური ტემპერატურის მეთოდი მისაღებია იმ წყვილთათვის, როდესაც:

- ✓ ქალისთვის მიუღებელია ცერვიკალური ლორწოს (ბილინგსის) მეთოდი;
- ✓ წყვილებს შეუძლიათ თავი შეიკავონ სქესობრივი კავშირისგან გარკვეული პერიოდის განმავლობაში;
- ✓ თუ ქალს აქვს არარეგულარული მენსტრუალური ციკლი და თავს არიდებს კალენდარული მეთოდის გამოყენებას.

ინსტრუქცია პაციენტებისთვის

ტემპერატურის გაზომვა

პაციენტს აუცილებლად განუმარტეთ შემდეგი:

- ✓ თერმომეტრი უნდა იდოს საწოლთან ახლოს, ისე რომ ხელით ადვილად შეძლოს მისი აღება;
- ✓ დაწოლამდე ვერცხლისწყლის მაჩვენებელი უნდა იყოს 35°C. დილით, ტემპერატურის გაზომვამდე კარგად უნდა შემოწმდეს, რომ მაჩვენებელი იყოს 35°C. წინააღმდეგ შემთხვევაში თერმომეტრი სასურველ მაჩვენებლამდე უნდა მიიყვანოს ქალის პარტნიორმა ან სხვა პირმა, ვინაიდან ზედმეტი მოძრაობის შედეგად შესაძლოა მიღებული იქნას ცრუ ჩვენება;
- ✓ ტემპერატურა გაზომილი უნდა იქნას გაღვიძებისთანავე, ლოგინიდან აუდგომლად და ცივი ან ცხელი სასმელის მიღებამდე. თუ ქალი მუშაობის დამის განმავლობაში, მაშინ შესაძლოა დღის მანძილზე ან საღამოს, აუცილებლად 3 საათის მოსვენების შემდეგ;
- ✓ ტემპერატურა უნდა გაიზომოს ერთსა და იმავე დროს;
- ✓ ტემპერატურა შეიძლება გაიზომოს ორალური, ვაგინალური ან რექტალური გზით. უფრო მოსახერხებელია რექტალური და ვაგინალური.
 - ორალური გაზომვისას თერმომეტრის თავი მოთავსებული უნდა იქნას ენის ქვეშ 5 წუთის განმავლობაში;
 - რექტალური გაზომვისას: გამოყენებულ უნდა იქნას რექტალური თერმომეტრი, რომლის ბოლოზეც წასმული უნდა იქნას ვაზელინის მალამო, ქალი უნდა იწვეს გვერდზე, მუხლებში მოხრილი, თერმომეტრი სწორ ნაწლავში უნდა შევიდეს 2,5 სმ სიღრმეზე 3 წუთის განმავლობაში;
 - ვაგინალური გაზომვისას: თერმომეტრი საშოში უნდა მოთავსდეს 4,5 სმ სიღრმეზე 3 წუთის განმავლობაში.
- ✓ ყოველთვის გამოყენებული უნდა იქნას ტემპერატურის გაზომვის ერთი და იგივე გზა;
- ✓ დააფიქსირებული უნდა იქნას თერმომეტრის მაჩვენებელი;

- ✓ თერმომეტრი უნდა გაიწმინდოს გრილი წყლით.

ოვულატორულ ციკლს ახასიათებს ორფაზიანი ტემპერატურა. სხეულის ბაზალური ტემპერატურა დაბალია ოვულაციამდე, მატულობს ოვულაციის შემდეგ 0,2-0,5°C-ით ან უფრო მეტით და შენარჩუნდება შემდეგი მენსტრუალური ციკლის დასაწყისამდე .

სქესობრივი კავშირის პერიოდები

სქესობრივი კონტაქტისგან თავშეკავება საჭირო მენსტრუალური ციკლის პირველი დღიდან სხეულის ბაზალური ტემპერატურის მომატებამდე გადაბმულად 3 დღის მანძილზე. ამის შემდგომი პერიოდი მენსტრუაციის დასაწყისამდე ითვლება უსაფრთხოდ.

ფაქტორები, რომლებიც მოქმედებენ სხეულის ბაზალურ ტემპერატურაზე

არსებობს რამოდენიმე გარემოება, რომელიც განაპირობებს სხეულის ტემპერატურის მატებას:

- ✓ ტემპერატურა გაზომილია დროის სხვა მონაკვეთში;
- ✓ ტემპერატურის გაზომვისას არ არის დაცული პირობები;
- ✓ სხვადასხვა ავადმყოფობა;
- ✓ მშოფთვარე ძილი;
- ✓ გარემოს ტემპერატურის ცვლილება;
- ✓ ემოციური სტრესი;
- ✓ ალკოჰოლი.

საშვილოსნოს ყელის ლორწოს (ბილინგსის) მეთოდი

საშვილოსნოს ყელის ლორწოს მეთოდი დაფუძნებულია ცერვიკალური ლორწოს ციკლურ ცვლილებებზე, რაც განპირობებულია ესტროგენების სეკრეციის ციკლური ცვლილებებით.

მენსტრუალური ციკლის განმავლობაში საშვილოსნოს ყელის ლორწო განიცდის ცვლილებას. წყვილებს, რომლებიც იყენებენ ბუნებრივი კონტრაცეფციის ამ მეთოდს, სქესობრივი კონტაქტი შეუძლიათ ჰქონდათ, როგორც პრე- ისე პოსტოვულატორულ ფაზებში, ვინაიდან მუდმივად მიმდინარეობს დაკვირვება ცერვიკალური ლორწოს ცვლილების ხასიათზე.

პრეოვულატორული ფაზა

- ✓ მენსტრუალური პერიოდის შემდგომ იწყება მშრალი დღეები, ამ დროს ცერვიკალური ლორწო სქელია და წებოვანი ან წარმოქმნის საცობს, რაც აბლოკირებს ცერვიკალურ არხს, ამ დროს ქალს აქვს საშოს სიმშრალის შეგრძნება და ცერვიკალური ლორწო არ ვიზუალიზდება;
- ✓ ესტროგენების სეკრეციის მატებასთან ერთად, ლორწო მატულობს საშოში, თავდაპირველად ის მწირი რაოდენობითაა და ქალს აქვს სისველის ან ვულვის წებვადობის შეგრძნება. ლორწო არის სქელი, წებვადი, მღვრიე ან ბუნდოვანი და არ არის ელასტიური;
- ✓ ესტროგენების სეკრეციის მატებასთან ერთად დგება ოვულაციის ფაზა, ლორწოს რაოდენობა ხდება ჭარბი და ვულვის მიდამოში სისველის შეგრძნებაა. ლორწო არის

თხელი, თეთრი, გამჭვირვალე და ძალიან ელასტიური. ძალიან ჰგავს მოუხარშავი კვერცხის ცილას. ცერვიკალური ლორწოს ასეთი ცვლილება მიუთითებს ფერტილური ფაზის დადგომას;

- ✓ სველი ლორწოს ბოლო დღეს უწოდებენ ლორწოს პიკს.

პოსტოვულატორული ფაზა

- ✓ სისველის შეგრძნება ქრება და ისევ იწყება მშრალი პერიოდები.

ჩვენებები

ცერვიკალური ლორწოს მეთოდი მისაღებია იმ წყვილებისათვის, რომლებსაც სურთ კონტრაცეფციის ბუნებრივი მეთოდის გამოყენება, მაგრამ ვერ იყენებენ სხეულის ბაზალური ტემპერატურის მეთოდს. (ცერვიკალური ლორწოს ხასიათის დასადგენად ქალი უნდა შეეხოს გენიტალიებს).

მდგომარეობები, რომლებიც აუცილებლად უნდა იქნას გათვალისწინებული

- ✓ საშოს ან საშვილოსნოს ყელის სხავადახვა ინფექციები;
- ✓ ძუძუთი კვება, რომელიც ამცირებს და ცვლის ცერვიკალური ლორწოს ხარისხს და რაოდენობას.

ინსტრუქცია პაციენტებისთვის

ცერვიკალური ლორწოს ხასიათზე დაკვირვება:

- ✓ ყურადღება ექცევა შეგრძნებას: სიმშრალე, სინოტივე, სისველე. ლორწოს ხასიათი უნდა შემოწმდეს მინიმუმ დღეში ორჯერ, დილით და საღამოს;
- ✓ შეამოწმეთ საშოში ლორწოს არსებობა ქალაღდის ან თითის საშუალებით;
- ✓ შეაგროვეთ ლორწო ქალაღდზე;
- ✓ აღნიშნეთ მახასიათებლები: თეთრი ფერი, მღვრიე ან სუფთა, ფიზიკური მახასიათებლები: წებვადობა, სისქე;
- ✓ ელასტიურობა უნდა შემოწმდეს ქალაღდით ან თითით, თუ ლორწო ელასტიურია თუ იწელება ქალაღდის ორ ფურცელს ან ორ თითს შორის, გაწყვეტის გარეშე.
- ✓ ლორწოს ხასიათის ცვლილების დაფიქსირება უნდა მოხდეს ყოველდღიურად;
- ✓ აღნიშნეთ ელასტიური და სრიალა ლორწოს ბოლო დღე, რაც ითვლება ლორწოს პიკად და შემდგომი 3 დღე. ლორწოს პიკის დადგენა ხდება რეტროსპექტულად, როდესაც ლორწო აღარ იქნება ისეთი ელასტიური, როგორც წინა დღეებში.

სქესობრივი კონტაქტის დრო

სქესობრივი კონტაქტი ნებადართულია

- ✓ მენსტრუაციის შემდეგ ცერვიკალური ლორწოს პირველ ნიშნებამდე;
- ✓ პიკის შემდეგ მეოთხე საღამოდან მენსტრუაციის მოსვლამდე.

რეკომენდებულია სქესობრივი კონტაქტისგან თავშეკავება ცერვიკალური ლორწოს ფაზამდე, ვინაიდან ზოგჯერ სქესობრივმა აქტივობამ შესაძლოა გაართულოს ცერვიკალური ლორწოს მდგომარეობის ინტერპრეტირება.

სქესობრივი კონტაქტი არ არის ნებადართული:

- ✓ მენსტრუაციის შემდეგ ცერვიკალური ლორწოს გაჩენიდან პიკის მეოთხე დღემდე;
- ✓ ნებისმიერი შემთხვევაში, როდესაც გართულებულია ცერვიკალური ლორწოს ხასიათის დადგენა.

ფაქტორები, რომლებიც მოქმედებენ ცერვიკალური ლორწოს ხასიათზე

- ✓ ვაგინალური ან ცერვიკალური ინფექცია;
- ✓ ვაგინალური სეკრეცია, სქესობრივი სტიმულაციის ჩათვლით;
- ✓ გაციების და სინუსიტის სამკურნალო პრეპარატები, რომლებიც იწვევენ ცერვიკალური ლორწოს სიმშრალეს;
- ✓ ფიზიკური და ემოციური სტრესი;
- ✓ ძუძუთი კვება.

სიმპტომურმაღური მეთოდი

ეს მეთოდი აერთიანებს ბაზალური ტემპერატურის, ბილინგსისა და კალენდარულ მეთოდებს.

შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი

მოქმედებს მექანიზმი:

- ✓ სპერმა არ ხვდება საშოში და ამის გამო არ ხდება განაყოფიერება.

შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის მეთოდის გამოყენებისას უნდა მოხდეს საშოდან ასოს გამოღება ეაკულაციამდე. ამ მეთოდის კონტრაცეპციული ეფექტურობა შეადგენს 82-96% (4-18 ორსულობას 100 ქალზე წელიწადში).

შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის კონტრაცეპციული და არაკონტრაცეპციული უპირატესობები:

- ✓ ეფექტურია დაუყოვნებლივ;
- ✓ შეიძლება გამოყენებული იყოს, როგორც დამატებითი კონტრაცეფციის მეთოდი კონტრაცეფციის სხვა მეთოდის გამოყენების წესების დარღვევისას;
- ✓ არ საჭიროებს მარაგის შევსებას;
- ✓ არ ახდენს გავლენას ქალის ორგანიზმზე;
- ✓ არ საჭიროებს ფინანსურ დანახარჯებს;
- ✓ ხელს უწყობს ოჯახის დაგეგმვაში მამაკაცის მონაწილეობას.

შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის ნაკლოვანებები:

- ✓ ეფექტურობა დამოკიდებულია წყვილის სურვილზე გამოიყენონ მეთოდი ყველა სქესობრივი აქტის დროს (4-22 ორსულობა 100 ქალზე წელიწადში გამოყენების პირველი წლის განმავლობაში);
- ✓ ეფექტურობა შესაძლებელია უფრო შემცირდეს ბოლო ეაკულაციის შემდეგ (< 24 სთ) ურეთრაში დარჩენილი სპერმის გამო;
- ✓ შეიძლება შემცირდეს სექსუალური დაკმაყოფილება;
- ✓ არ იცავს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისა და დაავადებებისაგან (ვირუსული ჰეპატიტი B, აივ/შიდსი).

კალ – კალენდარული მეთოდი: კალენდარული ანუ რითმული მეთოდი.

სდმ – სიმპტომებზე დაფუძნებული მეთოდები.

ბტ – ბაზალური ტემპერატურის მეთოდი.

ბმ – ბილინგსის მეთოდი.

A – გამოიყენება – არ არსებობს უკუჩვენება კონტრაცეფციის ბუნებრივი მეთოდის გამოყენების მიმართ.

C – სიფრთხილე, როდესაც კონტრაცეფციის ბუნებრივი მეთოდის გამოყენება საჭიროებს განსაკუთრებულ სიფრთხილესა და კონსულტირებას კონკრეტულ გარემოებაში მეთოდის სწორად გამოყენების მიზნით.

D – არ გამოიყენება კონტრაცეფციის ბუნებრივი მეთოდები.

ფერტილობაზე დაფუძნებული კონტრაცეფციის მეთოდები

(განკუთვნილია რეპროდუქტოლოგიისთვის, მეან-გინეკოლოგიისთვის,
ოჯახის ექიმებისთვის)

ფერტილობაზე დაფუძნებული მეთოდები (FAB)			
მდგომარეობა	კატეგორია*		განმარტება/მტკიცებულება
	A = accept C = caution D = delay		
სდმ (SYM)		კალ (CAL)	
<p>სდმ = სიმპტომებზე დაფუძნებული მეთოდი კალ = კალენდარზე დაფუძნებული მეთოდი</p>			
პერსონალური დახასიათება და რეპროდუქციული ისტორია			
ორსულობა	აგ	აგ	<p>აგ = არ გამოიყენება განმარტება: FAB არ არის შესაფერისი ორსულობის დროს</p>
ცხოვრების ეტაპი			
ა) პოსტ-მენარხე	C	C	<p>მენარხეს შემდგომ და პერიმენოპაუზალურ პერიოდში მენსტრუალური ციკლი არარეგულარულია, ამ დროს საჭიროა განსაკუთრებული სიფრთხილე კონტრაცეფციის ბუნებრივი მეთოდების გამოყენებისას.</p>
ბ) მენოპაუზამდე	C	C	
ძუძუთი კვება			
ა) < 6 კვირა მშობიარობის შემდეგ	D	D	<p>ძუძუთი კვების პერიოდში ამენორეისა და სავერცხეების არასრულფასოვანი ფუნქციონირების გამო, ფერტილობის ნიშნები და ნორმალური ჰორმონალური პარამეტრების აღდგენა შეინიშნება მშობიარობიდან მხოლოდ 6 თვის შემდეგ. ფერტილობის ნიშნების აღდგენის ალბათობა იზრდება მას შემდეგ რაც ხდება ბავშვის ხელოვნურ კვებაზე გადაყვანა.</p> <p>ფერტილობის ნიშნების აღდგენის (განსაკუთრებით ცერვიკალური სეკრეციის) შემდეგ შესაძლოა გამოყენებული იქნას სიმპტომური მეთოდი. მშობიარობის შემდეგ 3 მენსტრუალური ციკლის განმავლობაში გამოყენებული უნდა იქნას კონტრაცეფციის ბარიერული მეთოდები, მხოლოდ ამის შემდეგ არის შესაძლებელი კონტრაცეფციის ბუნებრივი მეთოდების, მათ შორის კალენდარული მეთოდის გამოყენება.</p> <p>კონტრაცეფციის ბუნებრივი მეთოდები ნაკლებ ეფექტურია ძუძუთი კვების პერიოდში, სხვა პერიოდთან შედარებით.</p>
ბ) ≥ 6 კვირა	C	D	
გ) მენსტრუაციის დაწყების შემდეგ	C	C	

მშობიარობის შემდგომ (არა მეძუძურ ქალებში) ა) < 4 კვირა ბ) ≥ 4 კვირა	D A	D D	თუ ქალი ძუძუს არ აწოვებს, მას საკვერცხეების სრულფასოვანი ფუნქციონირების გამო ფერტილობის ნიშნები და ნორმალური ჰორმონალური პარამეტრების აღდგენა შეინიშნება მშობიარობიდან მხოლოდ 4 კვირის შემდეგ. ვინაიდან ამ პერიოდში ორსულობის რისკი დაბალია, გამოყენებული უნდა იქნას მშობიარობის შემდგომი პერიოდისთვის მისაღები მეთოდი.
აბორტის შემდეგ	C	D	
რეპროდუქციული გზების ინფექციები და დარღვევები			
არარეგულარული ვაგინალური სისხლდენა	D	D	
ვაგინალური გამონადენი	D	A	
წამლების გამოყენება, რომელიც გავლენას ახდენს ციკლის რეგულარობაზე, ჰორმონებზე ან/და ფერტილობის ნიშნებზე	C/D	C/D	ისეთმა პრეპარატებმა, როგორებიცაა: ლითიუმი, ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები, ზოგიერთი ანტიბიოტიკი და ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატი, შესაძლოა გავლენა იქონიოს ციკლის რეგულირებაზე და ფერტილობის ნიშნებზე. აღნიშნული პრეპარატებით მკურნალობისას გამოყენებული უნდა იქნას კონტრაცეფციის ბარიერული მეთოდები.
დაავადებები, რომლებიც ზრდის ორგანიზმის ტემპერატურას ა) ქრონიკული დაავადებები ბ) მწვავე დაავადებები	C D	A A	სხეულის ტემპერატურის მატებამ შესაძლოა გაართულოს სხეულის ბაზალური ტემპერატურის ინტერპრეტირება, თუმცა არ ახდენს გავლენას ცერვიკალურ სეკრეციაზე. ამდენად, ტემპერატურის მაჩვენებლებზე დამოკიდებული მეთოდების გამოყენება მდგომარეობის გაუმჯობესებამდე არ არის მიზანშეწონილი. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ზოგიერთი ქრონიკული დაავადება მოქმედებს მენსტრუალური ციკლის რეგულარობაზე, ამდენად ამ შემთხვევებში კალენდარული მეთოდის გამოყენება არაეფექტურია.

აბორტის შემდგომი ოჯახის დაგეგმვა

ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების გავრცელების მიუხედავად, ხელოვნური აბორტი კვლავ რჩება შობადობის რეგულაციის ერთ-ერთ გავრცელებულ მეთოდად. ჯანმოს მონაცემებით ყოველ წლიურად მსოფლიოში 46 მლნ. არასასურველი ორსულობა მთავრდება ხელოვნური აბორტით, აქედან 20 მლნ. არის სახიფათო აბორტი, ხოლო 67000 მთავრდება დედათა სიკვდილით. განსაკუთრებით მაღალია სახიფათო აბორტების მაჩვენებელი განვითარებად ქვეყნებში.

აქედან გამომდინარე, აუცილებელია აბორტის შემდგომი მომსახურების პაკეტში ინტეგრირებული იყოს ოჯახის დაგეგმვის (ოდ) სერვისი. აბორტის შემდგომი ოჯახის დაგეგმვა არის ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების გამოყენების დაწყება და გამოყენება აბორტის შემდგომ პერიოდში დაუყოვნებლივ ფერტილობის აღდგენამდე. მისი მიზანია არასასურველი ორსულობის პრევენცია, განსაკუთრებით იმ ქალებისათვის, რომელთაც არ სურს ორსულობა და თუ აბორტის შემდგომ პერიოდში ოდ რომელიმე მეთოდი არ გახდა მათთვის ხელმისაწვდომი, შეიძლება კვლავ დაუდგეთ ხელოვნური აბორტის გაკეთების საჭიროება.

აბორტის შემდგომი ფერტილობის აღდგენა

პირველი ტრიმესტრის აბორტის (სპოტანტურის ან ხელოვნურის) შემდეგ ქალის ფერტილობა ჩვეულებრივ სწრაფად ორი კვირის განმავლობაში აღდგება. მეორე ტრიმესტრის აბორტის შემდეგ ქალის ფერტილობა ჩვეულებრივ ოთხ კვირაში აღდგება. აქედან გამომდინარე, აუცილებელია აბორტის შემდგომ ოდ მეთოდების შესახებ დროული კონსულტირების ჩატარება და მათი გამოყენების დროული დაწყება.

აბორტის შემდგომი კონსულტირება

აბორტის შემდეგ პაციენტს შეიძლება ჰქონდეს სხვადასხვა განცდა და დამოკიდებულება იმასთან რამაც მიიყვანა აბორტის გაკეთებამდე.

ხელოვნური აბორტის შემთხვევაში პაციენტს შეიძლება ჰქონდეს:

- შვების შეგრძნება (რომ ყველაფერი დამთავრდა/პრობლემა გადაჭრილია) და ცხოვრების გაგრძელების სურვილი;
- მოუსვენრობისა და დანაშაულის გრძნობა, რაც შეიძლება დაკავშირებული იყოს რელიგიურ შეხედულებებთან;
- გაბრაზების გრძნობა, რომელიც შეიძლება დაკავშირებული იყოს იმასთან, რომ ამ ორსულობის გამო მარტო მან უნდა აგოს პასუხი. ეს შეიძლება უკავშირდებოდეს მის პარტნიორს.

აქედან გამომდინარე, კონსულტირების ჩატარებისას კონსულტანტმა უნდა იხელმძღვანელოს შემდეგი რეკომენდაციებით:

- დაეხმარეთ პაციენტს, რომ გამოავლინოს, თუ რას გრძნობს, რა აწუხებს თავის მდგომარეობასთან დაკავშირებით. იყავით ნეიტრალური, დაუსვით ღია კითხვები, რაც დაეხმარება, რომ ისაუბროს არსებულ მდგომარეობასთან დაკავშირებით თავის ემოციურ განწყობაზე და მომავალში თავის გეგმებზე. გააცნობიერეთ ის სირთულეები ან პრაქტიკული საკითხები, რაც შეიძლება აწუხებდეს პაციენტს. იმის სანაცვლოდ რომ დააწყნაროთ ის, რაც პაციენტის იმედგაცრუებას გამოიწვევს;

- გახსოვდეთ კონსულტირების მიზანი – დაეხმაროთ ქალს, რათა მან თავი გაართვას არსებულ მდგომარეობას და მომავალში თავიდან აიცილოს მსგავსი პრობლემები.
- დაეხმარეთ, რომ კონკრეტულად გაამახვილოს ყურადღება 1) თავის ამჟამინდელ მდგომარეობაზე; 2) მსგავს სიტუაციებზე მომავალში არასასურველი ორსულობის გამო; 3) როგორ გეგმავს მომავალში არასასურველი ორსულობების პრევენციას;
- ოდ მეთოდთან დაკავშირებით კონსულტაციის გაწევამდე მასთან ერთად განიხილეთ, თუ რამდენად მზადაა გადაწყვეტილების მისაღებად. აბორტთან დაკავშირებულმა მომავალი სქესობრივი ურთიერთობის შიშმა შეიძლება ხელი შეუშალოს ოდ დაკავშირებულ დისკუსიის წარმართვას. ამავე დროს, ხაზი გაუსვით იმას, რომ თითქმის დაუყოვნებლივ აღუდგება მას ფერტილურობის უნარი და ამიტომ ის შეიძლება დაორსულდეს, თუკი დაუცველი სქესობრივი კავშირი ექნება;
- აუხსენით, რომ რეკომენდებულია, ქალებმა არ იქონიონ სქესობრივი ურთიერთობა მანამ, სანამ აბორტის შემდგომი სისხლდენა არ შეჩერდება (ჩვეულებრივ ხუთი ან შვიდი დღე) და ყველა გართულება არ აღმოიფხვრება;
- აუხსენით, რომ არ არის რეკომენდებული აბორტის შემდგომ 6 თვის განმავლობაში დაორსულება, რადგანაც იზრდება რისკი ნაადრევი მშობიარობისა, დედათა ანემიისა და მცირეწონიანი ახალშობილის დაბადებისა;
- ჩაუტარეთ ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებული კონსულტაცია (ანამნეზის შეკრება, მეთოდების ახსნა, არჩევანი, შერჩეული მეთოდის განმარტება და ა.შ.);
- თუ მას სჭირდება დრო ოდ მეთოდის ასარჩევად, კიდევ დაუნიშნეთ შეხვედრა ერთი თვის განმავლობაში და დაარწმუნეთ, რომ მას შეუძლია ნებისმიერ დროს მოვიდეს თქვენთან, თუკი ექნება რაიმე შეკითხვა ან ენდომება ოდ მეთოდის გამოყენება. ურჩიეთ, რომ ოდ მეთოდის არჩევამდე დროებით გამოიყენოს კონდომი ან სპერმიციდები, ან შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი;
- იმ ქალებისთვის კი, ვისაც გადაწყვეტილი აქვთ მომავალი ორსულობის თავიდან აცილება, კონსულტირების მიზანი უნდა იყოს ზრუნვა იმაზე, რომ მან არ დატოვოს კლინიკა შერჩეული ოდ მეთოდის გარეშე.

კონსულტირების პროცესი შეიძლება დაიყოს სამ ეტაპად:

- **პირველადი კონსულტირება** – ქალს მიეწოდება სრულყოფილი ინფორმაცია აბორტის შემდეგ პერიოდში ყველა ხელმისაწვდომი მეთოდის შესახებ;
- **კონსულტირება კონკრეტული მეთოდის შესახებ** – ქალი ღებულობს სრულყოფილ ინსტრუქციას, თუ როგორ უნდა გამოიყენოს მის მიერ არჩეული ოდ მეთოდი და რა გვერდითი მოვლენები შეიძლება ახლდეს ამ მეთოდის გამოყენებას; პირველადი და კონკრეტული მეთოდის შესახებ კონსულტირება შეიძლება ჩატარდეს ერთ ეტაპად ანუ ქალს პირველადი კონსულტირების შემდეგ შეუძლია ოდ კონკრეტული მეთოდის არჩევა და გამოყენება;
- **განმეორებითი კონსულტირება** – ქალი აუცილებლად უნდა იყოს დაბარებული განმეორებით ვიზიტზე, რომლის დროსაც განიხილება არჩეული მეთოდის გამოყენების გამოცდილება და მეთოდით გამოწვეული გვერდითი მოვლენები.

აბორტისშემდგომი ოჯახის დაგეგმვის მეთოდის არჩევანი ქალებისათვის

საერთოდ ოჯახის დაგეგმვის ყველა თანამედროვე მეთოდის გამოყენება შეიძლება აბორტისშემდეგ დაუყოვნებლივ, ან აბორტისშემდგომი მეთვალყურეობის დროს, იმ პირობით, თუ არ არის მწვავე გართულებები, რომელიც შემდგომ მკურნალობას საჭიროებს.

კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივები – შეიძლება გამოყენება დაუყოვნებლივ აბორტის შემდეგ.

პროგესტინული აბები – შეიძლება გამოყენება დაუყოვნებლივ აბორტის შემდეგ.

საინექციო პროგესტინული კონტრაცეპტივები (დეპო-პროვერა, ნორეთინდრონ ენანატი) ინექცია შეიძლება გაკეთდეს დაუყოვნებლივ პირველ ან მეორე ტრიმესტრში გაკეთებული აბორტის შემდეგ.

იმპლანტები (ნორპლანტი, იმპლანონი, ჯადელი) – შეიძლება ჩაისვას დაუყოვნებლივ პირველ ან მეორე ტრიმესტრში გაკეთებული აბორტის შემდეგ.

სშს – პირველი ტრიმესტრი: სშს ჩადგმა შეიძლება დაუყოვნებლივ სპონტანური და ხელოვნური აბორტისშემდგომ. მეორე ტრიმესტრი: სშს ჩადგმა შეიძლება დაუყოვნებლივ სპონტანური და ხელოვნური აბორტის შემდეგ. თუმცა, არსებობს მოსაზრება, რომ მეორე ტრიმესტრის აბორტის შემდეგ მცირედ იზრდება სშს ექსპულსის რისკი. სშს ჩადგმა არა არის რეკომენდებული სექტიური ხელოვნური აბორტის ან დაინფიცირების მაღალი რისკის შემთხვევაში.

ნებაყოფლობითი ქირურგიული სტერილიზაცია – ტექნიკურად სტერილიზაციის პროცედურა შეიძლება ჩატარდეს დაუყოვნებლივ პირველი ტრიმესტრის აბორტის შემდეგ, თუ არ აღინიშნება ინფექცია ან სისხლის დიდი დანაკარგი. ინფექციის არსებობისას ან მისი განვითარების მაღალი რისკის შემთხვევაში საჭიროა სტერილიზაციის გაკეთების გადადება.

ბარიერული მეთოდები და სპერმიციდები – მამაკაცისა და ქალის კონდომები; ვაგინალური ტამპონი; სუპოზიტორები; ასაქაფებელი ტაბლეტები; ყელე ან სანთელი – შეიძლება გამოყენება, აბორტისშემდგომ დაუყოვნებლივ, როგორც კი განაახლებს ქალი სქესობრივ ურთიერთობას.

დიაფრაგმა შეიძლება გამოყენებული იყოს დაუყოვნებლივ პირველი ტრიმესტრის აბორტის შემდეგ. მეორე ტრიმესტრში გაკეთებული აბორტის შემდეგ დიაფრაგმისა და ჩაჩების გამოყენება არ არის რეკომენდებული, სანამ საშვილოსნო თავის ნორმალურ ზომას არ დაუბრუნდება (6-8 კვირა).

ოჯახის ბუნებრივი დაგეგმვა – არ არის რეკომენდებული მისი გამოყენება აბორტის შემდეგ დაუყოვნებლივ. აბორტის შემდეგ პირველი ოვულაციის წინასწარ განჭვრეტა ძნელია და მეთოდი არასაიმედოა მანამ, სანამ რეგულარული მენსტრუაციული ციკლი არ აღდგება.

აბორტის შემდგომი ოჯახის დაგეგმვა

აბორტის შემდგომი ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების გამოყენების დაწყების დრო

კონტრაცეფციის მეთოდი	I ტრიმესტრის აბორტი	II ტრიმესტრის აბორტი
ლამ-ი	მაშინვე	მაშინვე
ვაზექტომია	მაშინვე	მაშინვე
მამაკაცისა და ქალის კონდომი	მაშინვე	
სპერმიციდები		
სპილენძის შემცველი სშს	მაშინვე	მაშინვე *
ქალის სტერილიზაცია	მაშინვე	
ლევონორგესტრელის შემცველი სშს	მაშინვე	მაშინვე *
დიაფრაგმა, ჩაჩი	მაშინვე	6 კვირის შემდეგ
ბუნებრივი მეთოდები	ნორმალური სეკრეციის აღდგენისთანავე (სიმპტომებზე დამყარებული მეთოდები) ან 1 რეგულარული მენსტრუალური ციკლის შემდეგ (კალენდარული მეთოდი).	
პროგესტინული აბები	მაშინვე	მაშინვე
პროგესტინული საინექციო კონტრაცეპტივები		
იმპლანტები		
კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივები	მაშინვე	მაშინვე
კომბინირებული საინექციო კონტრაცეპტივები		
ტრანსდერმალური კომბინირებული პლასტირი		
კომბინირებული საშოს რგოლი		

* იზრდება ექსპულსიების რაოდენობა

მშობიარობისშემდგომი ოჯახის დაგეგმვა

მშობიარობისშემდგომი ოჯახის დაგეგმვა (მშოდ) არის ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების გამოყენების დაწყება და გამოყენება მშობიარობიდან ერთი წლის განმავლობაში. მშობიარობისშემდგომი პერიოდი ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების შესახებ კონსულტირებისა და გამოყენების დაწყების თვალსაზრისით შეიძლება მოიცავდეს შემდეგ ქვეპერიოდებს:

- **პოსტპლაცენტარული პერიოდი** – პლაცენტას გამოძევებიდან 10 წუთის განმავლობაში;
- **მაშინვე მშობიარობისშემდგომი პერიოდი** – მშობიარობიდან ერთი კვირის განმავლობაში;
- **გვიანი მშობიარობისშემდგომი პერიოდი** – მშობიარობისშემდგომ ერთი კვირიდან 6 კვირამდე;
- **გახანგრძლივებული მშობიარობისშემდგომი პერიოდი** – მშობიარობისშემდგომ ექვსი კვირიდან ერთ წლამდე.

მშოდ-ს, როგორც დედის, ახალშობილისა და ბავშვის ჯანმრთელობაზე ზრუნვის ნაწილს აქვს დიდი მნიშვნელობა. მისი მიზანია:

- ქალთა გაუთვალისწინებელი საჭიროებების შემცირება მშობიარობისშემდგომ პერიოდში
- კონტრაცეპტივების არჩევანის გაზრდა;
- დედისა ახალშობილის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ხელშეწყობა ძუძუთი კვების მეშვეობით;
- არასასურველი ორსულობის აცილება მშობიარობისშემდგომ პერიოდში;
- ორსულობებს შორის ჯანმრთელობისათვის უვნებელი ინტერვალის დამკვიდრება.

მშოდ სასარგებლოა, როგორც დედის ასევე ბავშვის ჯანმრთელობისათვის. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) რეკომენდაციით, სასურველი ინტერვალის ბოლო მშობიარობიდან ახალ ორსულობამდე არის 24 თვე. ინტერვალის დაცვა:

- ამცირებს ნაადრევი მშობიარობის რისკს;
- 25%-დან 40%-მდე ამცირებს დედათა სიკვდილიანობას;
- 10%-20% ამცირებს ბავშვთა სიკვდილიანობას;
- ამცირებს მცირეწონიან ახალშობილთა დაბადებათა რიცხვს.

27 დემოგრაფიული და რეპროდუქციული ჯანმთელობის კვლევების ანალიზმა აჩვენეს, რომ მშობიარობის შემდგომ ქალების მხოლოდ 3-8% სურს ჰყავდეს შემდეგი შვილი 2 წლის განმავლობაში, ხოლო დანარჩენებს ურჩევნიათ გარკვეული ინტერვალის დაცვა. ქალების 40% სურს გამოიყენოს მშობიარობისშემდგომ ოდ რომელიმე მეთოდი, თუმცა მათი დიდი ნაწილი ვერ ახერხებს მათ გამოყენებას. ამ მიზეზებს შორის ერთერთი მთავარი მიზეზია ოდ მეთოდების შესახებ სრულყოფილი ინფორმაციის არქონა.

აქედან გამომდინარე მნიშვნელოვანია, რომ დაკმაყოფილებული იყოს ქალის ოდ საჭიროებები ამ კრიტიკული პერიოდის განმავლობაში.

მშობიარობის შემდეგომი ფერტილურობის აღდგენა

მშობიარობის შემდეგ ყველა ქალს აქვს დროებით უნაყოფობის პერიოდი, რომელიც განპირობებულია გონადოტროპინების სუპრესიით, რომელიც გამოწვეულია სასქესო სტეროიდების მაღალი დონით. პროლაქტინის კონცენტრაცია ორსულობის პერიოდში 20-ჯერ იზრდება და ყველაზე მაღალ ზღვარს ლაქტაციის პერიოდში აღწევს.

იმ ქალებში, რომლებიც არ კვებავენ ძუძუთი გონადოტროპინების დონე დაბალია ადრეული ლოგინობის ხანაშიც და ნორმალურ კონცენტრაციას უბრუნდება მშობიარობიდან 3-5 კვირის განმავლობაში, როდესაც პროლაქტინის დონე უბრუნდება ჩვეულებრივ ნორმას. ამ ქალებში მშობიარობის შემდეგომი პირველი ოვულაცია საშუალოდ 45-დღეზეა .

მეძუძურ ქალებში პროლაქტინის კონცენტრაცია მაღალ ზღვარზე რჩება მთელი ლაქტაციის პერიოდში, რის გამოც ფერტილურობა შემცირებულია. ამ პერიოდში პროლაქტინის კონცენტრაციის დონე დამოკიდებულია ძუძუს წოვის სიხშირეზე, ძუძუს წოვის სიხშირის შემცირებასთან ერთად, კლებულობს პროლაქტინის კონცენტრაცია და იზრდება საკვერცხეების აქტივობა.

ფერტილურობის აღდგენის განსაზღვრა თითოეულ ქალში შეუძლებელია, რადგანაც ჩასახვა შეიძლება მოხდეს მანამდე ვიდრე ქალს გაუჩნდება ოვულაციის დადგომის ნებისმიერი კლინიკური სიმპტომი ან აღუდგება მენსტრუაცია.

მშობიარობის შემდეგომი კონსულტირება

ყველა ქალი, რომელსაც სურს აიცილოს არასასურველი ორსულობა მშობიარობის შემდეგ პერიოდში, აუცილებლად უნდა ღებულობდეს დროულ და სწორ ინფორმაციას უსაფრთხო, ხელმისაწვდომი ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების შესახებ. ამ ინფორმაციის მიწოდებისას გასათვალისწინებელია შემდეგი ფაქტორები:

- როდის შეიძლება დაიწყონ მშობიარობის შემდეგ პერიოდში ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების გამოყენება;
- ოდ მეთოდების ეფექტურობა;
- ოდ მეთოდების უსაფრთხოება;
- ოდ მეთოდებით გვერდითი მოვლენები;
- ოდ მეთოდის არაკონტრაცეპტიული უპირატესობები და ნაკლოვანებები;
- ფერტილურობის აღდგენის ვადები;
- როდის და სად იშოვონ კონტრაცეპტივები.

კონსულტირებამდე ექიმმა პაციენტთან და მის პარტნიორთან უნდა განიხილოს შემდეგი საკითხები:

- გაარკვიოს მათი რეპროდუქციული გეგმები (სურთ თუ არა მეტი შვილის ყოლა, კმაყოფილი არიან თუ არა თავიანთი შვილების რაოდენობით);
- თუ სურთ კიდევ შვილის ყოლა, რამდენი ხნის შემდეგ სურთ მომდევნო ბავშვის გაჩენა;
- იყენებდნენ თუ არა ორსულობამდე ოდ რომელიმე მეთოდს და რამდენად ეფექტური ან არაეფექტური იყო ის მეთოდი;
- ძუძუთი კვებასთან დაკავშირებული გეგმები.

კონსულტირებისას დაცული უნდა იყოს სამი პრინციპი:

- სამედიცინო პირებმა ყველა ქალს უნდა ურჩიონ, რომ ძუძუთი კვებონ ჩვილი ბავშვები;
- ძუძუთი კვება არ შეწყვიტონ ოდ მეთოდის გამოყენებასთან დაკავშირებით;
- შერჩეულ მეთოდს არ უნდა ჰქონდეს საზიანო გავლენა ძუძუთი კვებაზე და ახალშობილზე.

კონსულტირების პროცესი შეიძლება დაიყოს სამ ეტაპად:

- პირველადი კონსულტირება – ქალი მიეწოდება სრულყოფილი ინფორმაცია ოდ ყველა ხელმისაწვდომ მეთოდის შესახებ; განსაკუთრებით უნდა გამახვილდეს ყურადღება, რომ ოდ ამა თუ იმ მეთოდის გამოყენებას რა გავლენა შეიძლება ჰქონდეს ძუძუთი კვებაზე, რძის ხარისხზე, რაოდენობაზე და ახალშობილის ზრდა განვითარებაზე;
- კონსულტირება კონკრეტული მეთოდის შესახებ – ქალი ღებულობს სრულყოფილ ინსტრუქციას, თუ როგორ უნდა გამოიყენოს მის მიერ არჩეული ოდ მეთოდი და რა გვერდითი მოვლენები შეიძლება ახლდეს ამ მეთოდის გამოყენებას;
- პირველადი და კონკრეტული მეთოდის შესახებ კონსულტირება შეიძლება ჩატარდეს ერთ ეტაპად ანუ ქალს პირველადი კონსულტირების შემდეგ შეუძლია ოდ კონკრეტული მეთოდის არჩევა და გამოყენება;
- განმეორებითი კონსულტირება – ქალი უნდა იყოს დაბარებული განმეორებით ვიზიტზე, რომლის დროსაც განიხილება არჩეული მეთოდის გამოყენების გამოცდილება და მეთოდით გამოწვეული გვერდითი მოვლენები.

მშობიარობის შემდგომი ოდ შესახებ კონსულტირების ვადები

მშოდ შესახებ კონსულტირება შესაძლებელია ჩატარდეს:

- ყველა ანტენატალური ვიზიტის დროს;
- მაშინვე მშობიარობის შემდგომი პერიოდი;
- გვიანი მშობიარობის შემდგომი პერიოდი;
- ახალშობილთა აცრების დროს;
- გახანგრძლივებული მშობიარობის შემდგომი პერიოდი (6).

მშობიარობის შემდგომ კონტრაცეფციის გამოყენებაზე კონსულტირება შეიძლება ჩატაროს: რეპროდოქტულოგმა, მეან-გინეკოლოგმა, ოჯახის ექიმმა, პედიატრმა.

მშობიარობის შემდგომ ოდ მეთოდების გამოყენება

ლაქტაციური ამენორეის მეთოდი

ლაქტაციურ ამენორეის მეთოდის კრიტერიუმებია:

- მხოლოდ ძუძუთი კვება (ექსკლუზიური ძუძუთი კვება). კვება ჩვილის მოთხოვნილების მიხედვით (დღისით კვებებს შორის ინტერვალი არაუმეტეს 4 სთ-ისა, ღამით არაუმეტეს 6 სთ-ისა);
- ქალს არა აქვს მენსტრუაციული ციკლი (ფიზიოლოგიური ამენორეა);
- მშობიარობის შემდეგ ექვს თვეზე მეტი არ არის გასული;

- ლამ ნაკლებად ეფექტურია, თუ ზემოჩამოთვლილი სამი პირობიდან არ არის დაცული თუნდ ერთი მაინც;
- ბავშვი არის 6 თვეზე მეტი ასაკის;
- ბავშვი ღებულობს დამატებით საკვებს;
- ქალს აღუდგა მენსტრუაციული ციკლი.

საშვილოსნოსშიგა საშუალებები

როდის შეიძლება ჩაიდგას მშობიარობისშემდგომ სპილენძის შემცველი სშს:

- სშს შეიძლება ჩაიდგას პლაცენტის გამოძევებიდან 10 წუთის შემდეგ (პოსტპლაცენტალური ჩადგმა);
- სშს შეიძლება ჩაიდგას მშობიარობიდან და საკეისრო კვეთიდან 48 საათის განმავლობაში;
- სშს შეიძლება ჩაიდგას მშობიარობიდან 4 კვირის შემდეგ.

მშობიარობიდან 48 სთ-ის შემდეგ 4 კვირამდე სშს ჩადგმისას იზრდება გართულებების სიხშირე

როდის შეიძლება ჩაიდგას მშობიარობისშემდგომ ლენგორგესტრელისშემცველი

(ლნგ) შემცველი სშს:

- **ლნგ-ს შემცველი** სშს შეიძლება ჩაიდგას მშობიარობიდან და საკეისრო კვეთიდან 48 საათის განმავლობაში;
- მეძუძურ ქალებში ლნგ-ს შემცველი სშს შეიძლება ჩაიდგას მშობიარობის ან საკეისრო კვეთის შემდეგ თუ გასულია 4 კვირაზე მეტი და თუ ქალს აღუდგა მენსტრუაცია. ქალი არ საჭიროებს კონტრაცეფციის დამატებითი მეთოდის გამოყენებას;
- მეძუძურ ქალებში, რომლებსაც არ აღუდგათ მენსტრუაცია, ლნგ-ს შემცველი სშს შეიძლება ჩაიდგას მშობიარობის ან საკეისრო კვეთის შემდეგ თუ გასულია 4 კვირაზე მეტი. სშს ჩადგმა შეიძლება თუ ექიმი დარწმუნებულია, რომ ქალი არ არის ორსულად. ქალი არ საჭიროებს დამატებით კონტრაცეფციის მეთოდის (კონდომის) გამოყენებას.;
- ქალებს, რომლებიც არ კვებავენ ძუძუთი და არ აღუდგათ მენსტრუაცია, ლნგ-ს შემცველი სშს შეიძლება ჩაედგათ 4 კვირის შემდეგ ნებისმიერ დროს. სშს ჩადგმა შეიძლება თუ ექიმი დარწმუნებულია, რომ ქალი არ არის ორსულად;
- ქალებს, რომლებიც არ კვებავენ ძუძუთი და აღუდგათ მენსტრუაცია, ლნგ-ს შემცველი სშს შეიძლება ჩაედგათ 4 კვირის შემდეგ.

სპილენძის შემცველი სშს საშუალების ჩადგმა მშობიარობიდან 48 საათის განმავლობაში მაღალ ეფექტურია, თუმცა იზრდება ექსპულსიების სიხშირე.

მეძუძურ ქალებში მშობიარობის შემდგომ სშს მაშინვე ჩადგმისას ექსპულსიის მაჩვენებელი უფრო დაბალია, ვიდრე იმ ქალებში, რომლებიც არ კვებავენ ძუძუთი. სპილენძის შემცველი სშს გამოყენება მშობიარობის შემდგომ პერიოდში არ ახდენს გავლენას რძის რაოდენობაზე. სშს არ შეიძლება ჩაიდგეს მშობიარობისშემდეგ სეფსისის ან დაინფიცირების რისკის შემთხვევაში.

ბარიერული მეთოდები და სპერმიციდები

მშობიარობისშემდგომ ბარიერული მეთოდებისა და სპერმიციდების გამოყენების ვადები:

- მამაკაცისა და ქალი კონდომი მშობიარობისშემდგომ მაშინვე;

- სპერმიციდები მშობიარობის შემდგომ მაშინვე;
- დიაფრაგმა და ჩაჩი მშობიარობიდან 6 კვირის შემდეგ.

ზემოთაღნიშნული მეთოდები არ ახდენენ ზეგავლენას რძის რაოდენობაზე და ახალშობილის ზრდაზე.

ქალთა ქირურგიული სტერილიზაცია

მშობიარობის შემდგომ ქირურგიული სტერილიზაციის ჩატარების ვადები

- მშობიარობის შემდგომ 7 დღის განმავლობაში (მინი-ლაპაროტომია);
- მშობიარობის შემდგომ 6 კვირის შემდეგ.

პროგნოსტიკული აბები (პა)

მშობიარობის შემდეგ პა გამოყენება:

- მშობიარობიდან 6 თვის შემდეგ თუ ქალი იყენებს ლაქტაციური ამენორეის მეთოდს (ლამ.);
- მშობიარობიდან მაშინვე ან 6 კვირის განმავლობაში თუ ქალი ძუძუთი კვებავს, მაგრამ არ იყენებს ლამ-ს;
- მშობიარობიდან მაშინვე ან 6 კვირის განმავლობაში თუ ქალი ძუძუთი არ კვებავს ბავშვს.

გამოკვლევის შედეგების მიხედვით პროგნოსტიკული კონტრაცეპტივების გამოყენება მშობიარობის შემდეგ პირველი 6 კვირის განმავლობაში უარყოფითგავლენას არ ახდენს ძუძუთი კვების ხარისხზე, ახალშობილის ზრდა-განვითარებაზე. თუმცა ძუძუთი კვების პერიოდში აღნიშნული კონტრაცეპტივების გავლენა ბავშვის ტვინზე და ღვიძლზე დღეისათვის ბოლომდე შესწავლილი არ არის).

პროგნოსტიკული საინექციო კონტრაცეფცია (პსკ)

პსკ-ის გაკეთების დრო მშობიარობის შემდეგ:

- მშობიარობიდან 6 თვის შემდეგ, თუ ქალი იყენებს ლამს;
- მშობიარობიდან 6 კვირის შემდეგ, თუ ქალი ძუძუთი კვებავს ბავშვს, მაგრამ ლამ-ს არ იყენებს;
- მშობიარობიდან მაშინვე ან 6 კვირის განმავლობაში, თუ ქალი ძუძუთი არ კვებავს ბავშვს.

განმეორებითი ინექცია:

- დეპო-პროვერა – 1 მლ – 150 მგ 3 თვეში (12 კვირაში) ერთხელ;
- ნეთ-ენ – 1 მლ – 200 მგ 2 თვეში (8 კვირაში) ერთხელ.

სუბდერმალური პროგნოსტიკული იმპლანტები

იმპლანტების ჩადგმის დრო მშობიარობის შემდეგ

- მშობიარობიდან 6 თვის შემდეგ, თუ ქალი იყენებს ლამ-ს;

- მშობიარობიდან 6 კვირის შემდეგ, თუ ქალი ძუძუთი კვებას ბავშვს, მაგრამ არ იყენებს ლამ-ს;
- მშობიარობიდან მაშინვე ან 6 კვირის განმავლობაში, თუ ქალი ძუძუთი არ კვებას ბავშვს;
- იმპლანტები იდგმება კანქვეშ წინამხრის შიგნითა ზედაპირზე .

ბუნებრივი მეთოდები და შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი

მშობიარის შემდგომ ბუნებრივი მეთოდების გამოყენების ვადები მეძუძურ ქალებში:

მენსტრუალური ციკლის აღდგენის შემდეგ ბუნებრივი მეთოდები გამოიყენება დიდი სიფრთხილით. ძუძუთი კვების პერიოდში ამენორეისა და საკვერცხეების არასრულფასოვანი ფუნქციონირების გამო, ფერტილობის ნიშნები და ნორმალური ჰორმონალური პარამეტრების აღდგენა შეინიშნება მშობიარობიდან მხოლოდ 3-6 თვის შემდეგ. ფერტილობის ნიშნების აღდგენის ალბათობა იზრდება მას შემდეგ რაც ხდება ბავშვის ხელოვნურ კვებაზე გადაყვანა.

ფერტილობის ნიშნების აღდგენის (განსაკუთრებით ცერვიკალური სეკრეციის) შემდეგ შესაძლოა გამოყენებული იქნას სიმპტომური მეთოდი. მშობიარობის შემდეგ 3 მენსტრუალური ციკლის განმავლობაში გამოყენებული უნდა იქნას კონტრაცეფციის ბარიერული მეთოდები, მხოლოდ ამის შემდეგ არის შესაძლებელი კონტრაცეფციის ბუნებრივი მეთოდების, მათ შორის კალენდარული მეთოდის გამოყენება.

კონტრაცეფციის ბუნებრივი მეთოდები ნაკლებ ეფექტურია ძუძუთი კვების პერიოდში, სხვა პერიოდთან შედარებით.

ქალები, რომლებიც არ კვებავენ ძუძუთი:

- ბაზალური ტემპერატურის (ბტ), ბილინგსის მეთოდის (ბმ), სიმპტომო თერმალური მეთოდის (სთმ) გამოიყენება მშობიარობიდან 4 კვირის შემდეგ.

თუ ქალი ძუძუს არ აწოვებს, ამ პერიოდში მასში საკვერცხეების არასრულფასოვანი ფუნქციონირების გამო ფერტილობის ნიშნებისა და ნორმალური ჰორმონალური პარამეტრების აღდგენა შეინიშნება მშობიარობიდან მხოლოდ 4 კვირის შემდეგ. ვინაიდან ამ პერიოდში ორსულობის რისკი დაბალია, გამოყენებული უნდა იქნას ამ პერიოდისთვის მისაღები მეთოდი .

შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის გამოყენება შესაძლებელია მაშინვე, მშობიარობის შემდეგ.

კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივები (კოკ)

კოკ-ის გამოყენების დაწყება მშობიარობისა შემდეგ:

- მშობიარობიდან 6 თვის შემდეგ, თუ ქალი ძუძუთი კვებას ბავშვს;
- მშობიარობიდან 3 კვირის შემდეგ, თუ ქალი ძუძუთი არ კვებას ბავშვს.

თუ ქალი ძუძუთი კვებას ბავშვს და არ იყენებს ლამ-ს, მშობიარობიდან 6 თვის განმავლობაში მიზანშეწონილი არაა კოკ-ის მიღება, რადგანაც მასში შემავალი ესტროგენი გადადის დედის რძეში და ახალშობილზე შესაძლებელია მავნე ზეგავლენა მოახდინოს. ასევე ცნობილია, რომ მშობიარობიდან პირველი 6 კვირის განმავლობაში ესტროგენი ამცირებს ლაქტაციის პროცესს. თუ ქალი მშობიარობის შემდგომ პერიოდში არ კვებას ძუძუთი, კოკ-ის დაწყება შეუძლია

მშობიარობიდან მხოლოდ 3 კვირის შემდეგ, რადგანაც, პირველი 3 კვირის განმავლობაში ესტროგენული კომპონენტი ზრდის თრომბის წარმოქმნის რისკს. ასევე, მშობიარობიდან პირველი 6 კვირის განმავლობაში ოვულაციის ნაკლები ალბათობაა და, ამდენად, ქალები ორსულობის დაბალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან

კომბინირებული საინექციო კონტრაცეპტივები

კსკ-ს გამოყენების დაწყება მშობიარობის შემდეგ:

- თუ მშობიარობიდან გავიდა 6 თვეზე მეტი, ქალი აგრძელებს ძუძუთი კვებას და აქვს ამენორეა, კომბინირებული საინექციო კონტრაცეპტივის(კსკ) ინექცია კეთდება თუ ექიმი დარწმუნებულია, რომ ქალი არა რის ორსულად. შემდეგი 7 დღის განმავლობაში ქალმა უნდა გამოიყენოს დამატებითი კონტრაცეფციის მეთოდი (კონდომი) ან შეიკავოს თავი სქესობრივი ცხოვრებისაგან;
- თუ მშობიარობიდან გავიდა 6 თვეზე მეტი, ქალი ძუძუთი კვებას და აქვს რეგულარული მენსტრუაციული ციკლი, კსკ-ს ინექცია კეთდება პირველი 7 დღის განმავლობაში ან ნებისმიერ დროს თუ საკმარისი საფუძველი არსებობს იმისა, რომ ქალი ორსულად არ არის. მეორე შემთხვევაში ქალს ეძლევა რეკომენდაცია თავი შეიკავოს სქესობრივი კავშირისაგან, ან გამოიყენოს კონტრაცეფციის დამატებითი მეთოდი ინექციიდან 7 დღის განმავლობაში;
- თუ მშობიარობიდან გავიდა 3 და მეტი კვირა, ქალი ძუძუთი არ კვებას და აქვს ამენორეა, კსკ-ს ინექციის გაკეთება შეიძლება ნებისმიერ დროს, თუ საკმარისი საფუძველი არსებობს იმისა, რომ ქალი ორსულად არ არის. ამასთან, ქალს ეძლევა რეკომენდაცია, თავი შეიკავოს სქესობრივი კავშირისაგან, ან გამოიყენოს კონტრაცეფციის დამატებითი მეთოდი ინექციიდან 7 დღის განმავლობაში;
- თუ მშობიარობიდან გავიდა 3 და მეტი კვირა, ქალი ძუძუთი არ კვებას და მენსტრუაციული ციკლი აღდგა, კსკ-ს ინექცია კეთდება პირველი 7 დღის განმავლობაში ან ნებისმიერ დროს თუ საკმარისი საფუძველი არსებობს იმისა, რომ ქალი ორსულად არ არის. მეორე შემთხვევაში ქალს ეძლევა რეკომენდაცია თავი შეიკავოს სქესობრივი კავშირისაგან, ან გამოიყენოს კონტრაცეფციის დამატებითი მეთოდი ინექციიდან 7 დღის განმავლობაში.

მშობიარობის შემდგომი ოჯახის დაგეგმვა

(რეპროდუქტოლოგიისათვის, მეან-გინეკოლოგიისათვის, ოჯახის ექიმებისათვის, პედიატრებისათვის)

მშობიარობის შემდგომი ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების გამოყენების დაწყების დრო

კონტრაცეფციის მეთოდი	მეძუძური ქალები	ქალები, რომლებიც არ კვებავენ ძუძუთი
ლამ-ი	მაშინვე	
ვაზექტომია	მაშინვე ან ორსულობის პერიოდში	
მამაკაცისა და ქალის კონდომი	მაშინვე	
სპერმიციდი	მაშინვე	
სპილენძის სწს	მშობიარობიდან 48 საათში ან 4 კვირის შემდეგ	
ქალის სტერილიზაცია	7 დღის განმავლობაში ან 6 კვირის შემდეგ	
ლნგ სწს	მშობიარობიდან 48 საათის განმავლობაში ან 4 კვირის შემდეგ	
დიაფრაგმა, ჩაჩი	6 კვირის შემდეგ	
ბუნებრივი მეთოდები	ნორმალური სეკრეციის აღდგენისთანავე (სიმპტომებზე დამყარებული მეთოდები) ან 3 რეგულარული მენსტრუალური ციკლის შემდეგ (კალენდარული მეთოდი)	
პა		
პსკ	6 კვირის შემდეგ	მაშინვე, თუ ძუძუთი არ კვებავს
იმპლანტები		
კოკ-ი		
კსკ		
ტკპ (ტრანსდერმალური კომბინირებული პლასტირი)კსრ (კომბინირებული საშოს რგოლი)	6 თვის შემდეგ	3 კვირის შემდეგ

სამედიცინო კრიტერიუმები კონტრაცეფციის მეთოდების გამოყენებისათვის (ჯანმო-ს კატეგორიები)

შემაჯამებელი ცხრილი 1							
	კოკ	კსკ	პა	ნეთენ დმპა	ლნგ/იმპ-ლანტი	(CU) სშს	სშს (ლნგ)
ორსულობა	ა/გ	ა/გ	ა/გ	ა/გ	ა/გ	ა/გ	ა/გ
ასაკი	მენსტრუაცია < 40 = 1 ≥ 40 = 2	მენსტრუაცია < 40 = 1 ≥ 40 = 2	მენსტრუაცია < 18 = 1 18-45 = 1 > 45 = 1	მენსტრუაცია < 18 = 2 18-45 = 1 > 45 = 2	მენსტრუაცია < 18 = 1 18-45 = 1 > 45 = 1	მენსტრუაცია < 20 = 2 ≥ 20 = 1	მენსტრუაცია < 20 = 2 ≥ 20 = 1
ორსულობის რაოდენობა							
არამშობიარები	1	1	1	1	1	2	2
ნამშობიარები	1	1	1	1	1	1	1
ძუძუთი კვება							
1) მშობიარობიდან 6 კვირის განმავლობაში	4	4	2	3	2		
2) მშობიარობის შემდეგ	3	3	1	1	1		
6 კვირიდან 6 თვემდე	2	2	1	1	1		
3) 6 თვე							
მშობიარობის შემდგომ (ქალებში რომლებიც არ კვებავენ ძუძუთი)							

ა) < 21 დღე							
• ვენური თრომბოემბო- ლის რისკფაქტორების გარეშე	3	3	1	1	1		
• ვენური თრომბოემბო- ლის რისკფაქტორებით	4	4					
ბ) \geq 21 დღიდან 42 დღემდე							
• ვენური თრომბოემბო- ლის რისკფაქტორების გარეშე	2	2	1	1	1		
• ვენური თრომბოემბო- ლის რისკფაქტორებით	3	3					
გ) > 42 დღე	1	1	1	1	1		

შემაჯამებელი ცხრილი 2

	კოკ	კსკ	პა	ნეთენ დმპა	ლნგ/იმპ- ლანტი	(CU) სშს	სშს (ლევონორ- გესტრელის) (ლნგ)
მშობიარობის შემდგომ მშობიარობის შემდგომ (მიუ- ხედავად ძუძუთი კვებისა, საკეისროს ჩათვლით) ა) მშობიარობიდან 48 საათის განმავლობაში ბ) მშობიარობის შემდეგ 48სთ-დან 4კვირამდე გ) 4 კვირის შემდეგ დ) მშობიარობის შემდგომი სეფსისი						1 3 1 4	არ კვებავს=1 კვებავს=2 3 1 4
აბორტის შემდეგ ა) პირველი ტრიმესტრი ბ) მეორე ტრიმესტრი გ) უშუალოდ სეპტიური აბორტის შემდეგ	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 2 4	1 2 4
ექტოპიური ორსულობის შემდეგ	1	1	2	1	1	1	1
მენჯის ორგანოების ქირურგია წარსულში (იხილეთ მშობიარობის შემდგომი საკეისრო კვეთის ჩათვლით)	1	1	1	1	1	1	1
მწვეველი ქალები ა) ასაკი < 35 ბ) ასაკი > 35 <ul style="list-style-type: none"> • < 15 სიგარეტი • > 15 სიგარეტი 	2 3 4	2 2 3	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1

შემაჯამებელი ცხრილი 3

	კოკ	კსკ	პა	ნეთენ დმპა	ლნგ/იმპ- ლანტი	(CU) სშს	სშს (ლევონორ- გესტრელის) (ლნგ)
ჰარბი წონა							
ა) > 30 კგ/მ ² სმი	2	2	1	1	1	1	1
ბ) მენსტრუაცია < 18 წ. > 30კგ/მ ² სმი	2	2	1	2	1	1	1
ჰიპერტენზია	ა/გ	ა/გ	ა/გ	ა/გ	ა/გ	ა/გ	ა/გ
არტერიული წნევა							
კარდიოვასკულარული დაავადებები							
მრავლობითი რისკ-ფაქტორები არტერიულ კარდიოვასკულარული დაავადებების მაგ: ხანდაზმული, მწვეელი, დიაბეტიკი, ჰიპერტენზია, დისლიპიდემია	3/4	3/4	2	3	2	1	2
ჰიპერტენზია							
არტერიული წნევა							
ა) არტერიული წნევის შეფასება არ ხერხდება (იგულისხმება ორსულობის დროს არსებული ჰიპერტენზიაც)	3	3	2	2	2	1	2
ბ) ადექვატურად მართული ჰიპერტენზია; წნევის შეფასება ხდება	3	3	1	2	1	1	1
გ) •სისტოლური 140-159 მმვწყ ან დიასტოლური 90-99 მმვწყ • >160/100 მმვწყ	3	3	1	2	1	1	1
დ) სისხლძარღვოვანი დაავადებები	4	4	2	3	2	1	2
	4	4	2	3	2	1	2

შემაჯამებელი ცხრილი 4

	კოკ	კსკ	პა	ნეთენ დმპა	ლნგ/იმპ- ლანტი	(CU) სშს	სშს (ლევონორ- გესტრელის) (ლნგ)
მაღალი არტერიული წნევა ორსულობის პერიოდში	2	2	1	1	1	1	1
ღრმა ვენების თრომბოზი (ღვთ) ფილტვის არტერიის ემბოლია (ფაე)							
ა) ღვთ /ფაე ანამნეზში ან ამჟამად	4	4	2	2	2	1	2
ბ) მწვავე ღვთ/ფაე	4	4	3	3	3	1	3
გ) ანტიკოაგულანტური მკურ- ნალობის ქვეშ ღვთ/ფაე	4	4	2	2	2	1	2
დ) გენეტიკურად დატვირთული ანამნეზი	2	2	1	1	1	1	1
ე) ოპერაციული ჩარევის დიდი მოცულობა							
• ხანგრძლივი იმობილიზაციით	4	4	2	2	2	1	2
• ხანგრძლივი იმობილიზაციის გარეშე	2	2	1	1	1	1	1
ვ) მცირე ოპერაცია იმობილიზაციის გარეშე	1	1	1	1	1	1	1
არსებული თრომბო გენური მუტაციები	4	4	2	2	2	1	2

შემაჯამებელი ცხრილი 5

	კოკ	კსკ	პა	ნეთენ დმპა	ლნგ/იმპ- ლანტი	(CU) სშს	სშს (ლევონორ- გესტრელის) (ლნგ)			
ზედაპირული ვენების დაავადებები										
ა) ვარიკოზული ვენები	1	1	1	1	1	1	1			
ბ) ზედაპირული ვენების თრომბოზი	2	2	1	1	1	1	1			
გულის იშემიური დაავადება ანამნეზში ან ამჟამად	4	4	დ	ბ	3	დ	ბ	1	დ	ბ
2			3	2					3	2
ინსულტი(ტვინის სისხლის მიმოქცევის დარღვევა ანამნეზში	4	4	დ	ბ	3	დ	ბ	1	2	
2			3	2						
დადგენილი დისლიპიდემია სხვა კარდიოვასკულარული რისკ ფაქტორების გარეშე	2	2	2	2	2	1	2			
გულის სარქველების დაავადება										
ა) გაურთულებელი	2	2	1	1	1	1	1			
ბ) გართულებული (ფილტვის ჰიპერტენზია, წინაგულის ფიბრილაცია, ქვემწვავე ბაქტერიული ენდოკარდიტი ანამნეზში)	4	4	1	1	1	2	2			

შემაჯამებელი ცხრილი 6													
	კოკ	კსკ	პა	ნეთენ დმპა		ლნგ/იმპ-ლანტი	(CU) სშს		სშს (ლევონორ-გესტრელის) (ლნგ)				
				დ	გ		დ	გ					
რეკმატიული დაავადებები													
სუსტემური წითელი მგლურა				დ	გ		დ	გ					
ა) დადებითი (უცნობი) ანტიფოსფოლიპიდური ანტისხეულები	4	4	3	3	3	3	1	1	3				
ბ) მწვავე თრომბოციტოპენია	2	2	2	3	2	2	3	2	2				
გ) იმუნოსუპრესული მკურნალობა	2	2	2	2	2	2	2	1	2				
დ) არც ერთი ჩამოთვლილთაგან	2	2	2	2	2	2	1	1	2				
ნევროლოგიური მდგომარეობა/დაავადება													
თავის ტკივილი	დ	გ	დ	გ	დ	გ	დ	გ	დ	გ	დ	გ	
ა) უმნიშვნელო	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	
ბ) შაკიკი													
გ) კეროვანი ნევროლოგიური, სიმპტომების გარეშე													
ასაკი < 35 წ	2	3	2	3	1	2	2	2	2	2	1	2	2
ასაკი > 35 წ	3	4	3	4	1	3	2	2	2	2	1	2	2
კეროვანი ნევროლოგიური სიმპტომებით (ნებისმიერ ასაკში)	4	4	4	4	2	3	2	3	2	3	1	2	3
ეპილეფსია	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
თუ მკურნალობის ქვეშ არის, იხილეთ წამლის ურთიერთქმედება (ცხრილის ბოლო ნაწილი)													
დეპრესიული აშლილობები													
დეპრესიული აშლილობები	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	

შემაჯამებელი ცხრილი 7

	კოკ	კსკ	პა	ნეთენ დმპა	ლნგ/იმპ- ლანტი	(CU) სშს	სშს (ლევონორ- გესტრელის) (ლნდ)		
რეპროდიქციული ორგანოების ინფექციები და დაავადებები									
ვაგინალური სისხლდენა							დ	გ	
ა) არარეგულარული სისხლდენა	1	1	2	2	2	1	1	1	
ბ) არარეგულარული ძლიერი სისხლდენა (რეგულარული სისხლდენის ჩათვლით)	1	1	2	2	2	2	1	2	
დაუდგენელი ვაგინალური სისხლდენა (ექვი სერიოზულ დაავადებაზე)						დ	გ	დ	გ
ა) შეფასებამდე	2	2	2	2	3	4	2	4	2
ენდომეტრიოზი	1	1	1	1	1	2	1		
საკვერცხის კეთილთვისებიანი სიმსივნე (კისტის ჩათვლით)	1	1	1	1	1	1	1		
მწვავე დისმენორეა	1	1	1	1	1	2	1		
გესტაციური თრომბოზლას-ტური დაავადება									
ა) დაბალი ან დაუდგენელი β-hCG დონე	1	1	1	1	1	3	3		
ბ) მომატებული β-hCG დონე ან ავთვისებიანი დაავადება	1	1	1	1	1	4	4		
საშვილოსნოს ყელის ექტროპიონი	1	1	1	1	1	1	1		
თერვიკალური ინტრაუპიტეალური ნეოპლაზია	2	2	1	2	2	1	2		

შემაჯამებელი ცხრილი 8

	კოვ	კსკ	პა	ნეთენ დმპა	ლნგ/იმპ- ლანტი	(CU) სშს		სშს (ლევონორ- გესტრელის) (ლნგ)			
						დ	ბ	დ	ბ		
საშვილოსნოს ყელის კიბო	2	2	1	2	2	დ	ბ	დ	ბ		
4						2	4	2			
სარბევე ჯირკვლის დაავადება	2	2	2	2	2	1		2			
ა) სიმსივნის სახეობა დადგენილი არ არის						1	1	1	1	1	
ბ) კეთილთვისებიანი დაავადება										1	
გ) გენეტიკური სიმსივნე										1	
დ) ძუძუს კიბო										1	
• ამჟამად	4	4	4	4	4	4					
• ანამნეზში ბოლო 5 წლის განმავლობაში გამოვლინების გარეშე	3	3	3	3	3	1		3			
ენდომეტრიუმის კიბო	1	1	1	1	1	დ	ბ	დ	ბ		
4						2	4	2			
საკვერცხეების კიბო	1	1	1	1	1	დ	ბ	დ	ბ		
3						2	3	2			
საშვილოსნოს ფიბრომა	1	1	1	1	1	1		1			
ა) საშვილოსნოს ღრუს დეფორმაციის გარეშე						1		1			
ბ) საშვილოსნოს ღრუს არსებული დეფორმაციით	1	1	1	1	1	4		4			

შემაჯამებელი ცხრილი 9									
	კოკ	კსკ	პა	ნეთენ დმპა	ლნგ/იმპ- ლანტი	(CU) სშს		სშს (ლევონორ- გესტრელის) (ლნგ)	
						დ	ბ	დ	ბ
ანატომიური ანომალიები ა) საშვილოსნოს ღრუს შესაძლო დეფორმაციით ბ) საშვილოსნოს ღრუს დეფორმაციის გარეშე						4		4	
						2		2	
მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ანთებითი დაავადებები (მმლოად) ა) მმლოად ანამნეზში • შემდგომში ორსულობით • შემდგომში ორსულობის გარეშე ბ) მმლოად ამჟამად									
						დ	ბ	დ	ბ
	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	1	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	4	2	4	2
სგგდ ა) ამჟამად ჩირქოვანი ცერვიტი ან ქლამიდია ან გონორეა ბ) სხვა სგგდ (აივ ინფექციისა და ჰეპატიტის გარდა) გ) ვაგინიტი (ტრიქომონიაზი, ბაქტერიული ვაგინოზი) დ) სგგდ-ს მაღალი რისკი						დ	ბ	დ	ბ
	1	1	1	1	1	4	2	4	2
	1	1	1	1	1	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2

შემაჯამებელი ცხრილი 10

	კოკ	კსკ	პა	ნეთენ დმპა	ლნგ/იმპ- ლანტი	(CU) სშს		სშს (ლევონორ- გესტრელის) (ლნდ)	
						დ	ბ	დ	ბ
აივ ინფექცია / შიდსი									
აივ ინფექციის მაღალი რისკი	1	1	1	1	1	2	2	2	2
აივ ინფექციის 1-ლი ან მე-2 სტადია	1	1	1	1	1	2	2	2	2
აივ ინფექციის მე-2 ან მე-3 სტადია	1	1	1	1	1	3	2	3	2
სხვა ინფექციები									
შისტოსომოზი									
ა) გაურთულებელი	1	1	1	1	1	1		1	
ბ) ღვიძლის ფიბროზი	1	1	1	1	1	1		1	
ტუბერკულოზი									
ა) ექსტრაგენიტალური ლოკა- ლიზაცია	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ბ) გენიტალური ტუბერკული- ოზი	1	1	1	1	1	4	3	4	3
მალარია	1	1	1	1	1	1		1	

შემაჯამებელი ცხრილი 11

	კოვ	კსვ	პა	ნეთენ დმპა	ლნგ/იმპ- ლანტი	(CU) სშს	სშს (ლევონორ- გესტრელის) (ლნგ)
ენდოკრონული დაავადებები							
დიაბეტი							
ა) გესტაციური	1	1	1	1	1	1	1
ბ) არასისხლძარღვოვანი დაავადებები							
• ინსულინარადამოკიდებული	2	2	2	2	2	1	2
• ინსულინდამოკიდებული	2	2	2	2	2	1	2
გ) ნეფროპათია / რეტინოპათია / ნაიროპათია	3/4	3/4	2	3	2	1	2
დ) სისხლძარღვოვანი დაავადებები ან დიაბეტი 20 წელზე მეტი ხანგრძლივობის	3/4	3/4	2	3	2	1	2
ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები							
ა) უბრალო ჩიყვი	1	1	1	1	1	1	1
ბ) ჰიპერთირეოზი	1	1	1	1	1	1	1
გ) ჰიპოთირეოზი	1	1	1	1	1	1	1
კუჭ-ნაწლავის დაავადებები							
ნადვლის ბუშტის დაავადება							
ა) სიმპტომური							
• ნამკურნალები ქოლეცისტექტომიით	2	2	2	2	2	1	2
• ნამკურნალები წამლებით	3	2	2	2	2	1	2
• მკურნალობის ქვეშ	3	2	2	2	2	1	2
ბ) უსიმპტომო	2	2	2	2	2	1	2

შემაჯამებელი ცხრილი 12

	კოკ	კსკ	პა	ნეთენ დმპა	ლნგ/იმპ-ლანტი	(CU) სშს	სშს (ლევონორ-გესტრელის) (ლნგ)
ქოლესტაზი							
ა) ორსულობასთან დაკავშირებული	2	2	1	1	1	1	1
ბ) წარსულში კოკ-თან დაკავშირებული	3	2	2	2	2	1	1
ვირუსული ჰეპატიტები	დ	გ	დ	გ			
ა) აქტიური ფორმა	3/4	2	3	2	1	1	1
ბ) მატარებელი	1	1	1	1	1	1	1
გ) ქრონიკული	1	1	1	1	1	1	1
ღვიძლის ციროზი							
ა) მსუბუქი ფორმა (კომპენსირებული)	1	1	1	1	1	1	1
ბ) მძიმე ფორმა (არაკომპენსირებული)	4	3	3	3	3	1	3
ღვიძლის სიმსივნეები							
ა) კეთილთვისებიანი							
• ჰიპერპლაზია	2	2	2	2	2	1	2
• ღვიძლის უჯრედების ადენომა	4	3	3	3	3	1	3
ბ) ავთვისებიანი (ჰეპატომა)	4	3/4	3	3	3	1	3
ანემია							
თალასემია	1	1	1	1	1	2	1
ნამგლისებრი უჯრედოვანი ანემია	2	2	1	1	1	2	1
ანემია	1	1	1	1	1	2	1
რკინა-დეფიციტური ანემია							

შემაჯამებელი ცხრილი 13

	კოკ	კსკ	პა	ნეთენ დმპა	ლნგ/იმპ-ლანტი	(CU) სშს		სშს (ლევონორ-გესტრელის) (ლნგ)	
						დ	გ	დ	გ
წამლის ურთიერთქმედება									
ანტირეტროვირუსული თერაპია									
ა) ნუკლეოზის ანალოგი									
შებრუნებითი ტრანსკრიპტაზის ინჰიბიტორი									
აბაკავირი	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
ტენოფოვირი	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
ზიდოვუდინი	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
ლამოვუდინი	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
დიდანოზინი	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
ემტრიციტაბინი	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
სტავუდინი	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
ბ) არანუკლეოზიდური									
შებრუნებითი ტრანსკრიპტაზის ინჰიბიტორი									
ეფავირენზი	2	2	2	დმპა=1, ნეთ-ენ=2	2	2/3	2	2/3	2
ეტრავირინი	1	1	1	1	2	2/3	2	2/3	2
ნევირაპინი	2	2	2	დმპა=1, ნეთ-ენ=2	1	2/3	2	2/3	2
რილპირივინი	1	1	1	1					
გ) პროტეაზას ინჰიბიტორი									
რიტონავირი/ატაზანავირი (ATV/r)	2	2	2	დმპა=1, ნეთ-ენ=2	2	2/3	2	2/3	2
რიტონავირი/ლოპინავირი (LPV/r)	2	2	2	დმპა=1, ნეთ-ენ=2	2	2/3	2	2/3	2
რიტონავირი/დარუნავირი	2	2	2	დმპა=1,	2	2/3	2	2/3	2

(DRV/r) რიტონავირი(RTV)	2	2	2	ნეთ-ენ=2 დმპა=1, ნეთ-ენ=2	2	2/3	2	2/3	2
დ) შერწყმის ინჰიბიტორი რალტეგრავირი	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
ანტიკონვულსანტები (კრუნჩხვების)									
ა) განსაზღვრული ანტიკონვულსანტები	3	2	3	დმპა=1, ნეთ-ენ=2	2	1	1	1	1
(ფენიტოინი, კარბამეზეპინი, ბარბიტურატები, პრიმიდონი, ტოპირამატი, ოქსკარბაზეპინი)	3	3	1	1	1	1	1	1	1
ბ) ლამოტრიჯინი									
ანტიმიკრობული მკურნალობა									
ა) ფართო სპექტრის ანტიბიო- ტიკები	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ბ) სოკოს საწინააღმდეგო პრეპარატები	1	1	1	1	1	1	1	1	1
გ) პარაზიტების საწინააღმდე- გო პრეპარატები	1	1	1	1	1	1	1	1	1
დ) რიფამპიცინით ან რიფაბუ- ტინით მკურნალობა	3	2	3	დმპა=1, ნეთ-ენ=2	2	1	1	1	1

ამ ცხლილებში შემოკლებების სია: ა/გ - არ გამოიყენება
 დ - დაწყება
 გ - გაგრძელება

ცხრილი 2.1. კონტრაცეფციის მეთოდების წარუმატებლობის მაჩვენებელი

მეთოდი (1)	% of woman		% of woman
	ტიპიური გამოყენება ¹ (2)	იდეალური გამოყენება ² (3)	(4)
მეთოდის გარეშე ⁴	85	85	–
სპერმაციდი ⁵	28	18	42
განაყოფიერების შესახებ ინფორმირებულობაზე დამყარებული მეთოდები	24	–	47
სტანდარტული დღის მეთოდი ⁶	–	5	–
ორი დღის მეთოდი ⁶	–	4	–
ოვულაციის მეთოდი ⁶	–	3	–
სიმპტო-თერმული მეთოდი	–	0.4	–
შეწყვეტა	22	4	46
ღრუბელი	–	–	36
ნამშობიარები ქალი	24	20	–
არანამშობიარები ქალი	12	9	–
კონდომი ⁷			
ქალი	21	5	41
მამაკაცი	18	2	43
დიაფრაგმა ⁸	12	6	57
კომბინირებული აბები და პროგესტინის აბები	9	0.3	67
Evra patch	9	0.3	67
NuvaRing®	9	0.3	67
დეპო-პროვერა	6	0.2	56
სშს			
Paragard® (copper T)	0.8	0.6	78
მირენა® (LNG)	0.2	0.2	80
იმპლანტონი®	0.05	0.05	84
ქალის სტერილიზაცია	0.5	0.5	100
მამაკაცის სტერილიზაცია	0.15	0.10	100
<p>გადაუდებელი კონტრაცეფცია: გადაუდებელი კონტრაცეფციის აბების ან სპილენძიანი სშს-ს მოთავსება დაუცველი სქესობრივი აქტის დროს მნიშვნელოვნად ამცირებს ორსულობის რისკს.⁹</p> <p>ლაქტაციური ამენორეის მეთოდი: ლამი არის ეფექტური, დროებითი კონტრაცეფციის მეთოდი.¹⁰</p>			

გაიდლაინის გადასინჯვის და განახლების ვადა

გაიდლაინი გეგმიურად გადაიხედება 2020 წელს, თუ რაიმე გარემოებით (მაგ., მნიშვნელოვანი ცვლილება მკურნალობის რეჟიმებში) არ გახდა საჭირო მისი უფრო ადრე გადახედვა. გადახედვისას მოხდება წყარო გაიდლაინების განახლებული ვერსიების ადაპტირება, აგრეთვე, სისტემური ძიების ჩატარება Cochrane Collaboration-ის პორტალზე და სხვა სამედიცინო პორტალების მოძიება ოჯახის დაგეგმვის ახალი მტკიცებულებების გამოსავლენად, რომლებიც გათვალისწინებული იქნება გაიდლაინის განახლებულ ვერსიაში.

გაიდლაინის მიღების ხერხი/წყარო

გაიდლაინის შექმნისას სამუშაო ჯგუფმა იხელმძღვანელა უახლესი გამოქვეყნებული ლიტერატურით, კერძოდ, გაიდლაინი სრულად ემყარება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შემდეგ 2 დოკუმენტს:

- World Health Organization: Medical eligibility criteria for contraceptive use, Fifth edition, 2015;
- Family Planning, A Global Handbook For Providers. USAID, JOHNS HOPKINS BLOOMBERG, WHO. 2015.

სამუშაო ჯგუფის გადაწყვეტილებით წარმოდგენილ გაიდლაინში არსებული რეკომენდაციებიდან მათი უმრავლესობა მიღებულია უცვლელად, როგორც წარმოდგენილია ორიგინალურ გაიდლაინებში.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. ოჯახის დაგეგმვა (ეროვნული გაიდლაინი) თბილისი; 2007 წ.
2. გ.ცერცვაძე; ზ.ბოხუა; კონტრაცეფციის მეთოდების ცნობარი; თბილისი, 2014.
3. World Health Organization: Medical eligibility criteria for contraceptive use, Fifth edition, 2015.
4. Family Planning, A Global Handbook For Providers. USAID, JOHNS HOPKINS BLOOMBERG, WHO. 2015.
5. Hatcher R. A., Trussell J, Stewart F. et all. Contraceptive Technology. Eighteenth Revised Edition. N Y, Ardent Media,
6. FFPRHC Guidance – Emergency contraception; J. Fam. Plann Reprod Healt care 2006: 32(2) 121-128.
7. Emergency contraceptive pills (Medical and Sevice Delivery Guidelines) – ICEC and FIGO. Third Edition. 2012.
8. Family Planning .A Global Handbook For Provieders- 2015
9. World Health Organization (WHO). Emergency Contraception: A Guide to the Provision of Services. Geneva, Switzerland: WHO, 1998.
10. Female sterilization. Roysl College of Obstetricians and Gynecologist(RCOG). Consent Advice No.3, February 2016.

11. Clinical Effectiveness Unit. Male and female sterilization. London (UK):Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH); 2014 Sep. 68 p.
12. Benefits and risks of sterilization. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2013 Feb. 13p. ACOG practice bulletin; no. 133.
13. Female sterilization, Oxford handbook of obstetrics and gynecology, Second Edition, 2008, p 606 - 608, Collins S, Arulkumaran S, Hayes K et al .
14. Male and female sterilization. Royal College of Obstetricians and Gynecologists(RCOG); 2004 Jan.114p . Evidence-based Clinical Guideline,no. 4.
15. Association of Professors of Gynecology and Obstetrics. APGO Women's Healthcare Education Resource Network. Available at <http://www.apgo.org/resourcenetwork/>.
16. International Planned Parenthood Federation, Medical and Service Delivery Guidelines for Sexual and Reproductive Healthcare Services, Third Edition, 2004.
17. Safe abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems – WHO; Geneva, 2012.
18. Speroff L. Darney P.D.Clinical Guide For Contraception – fourth edition; Lippincott Williams & Wilkins. 2005;
19. Post Partum Family Planning: technical Consultation: – Meeting Report, Washington, D.C. 14 November 2006.