

# ПОХМУРІ ТІНІ ВЕЛЕТНЯ НА ГЛИНЯНИХ НОГАХ, АБО ФАКТИ З ІСТОРІЇ ОДНОГО СУМНІВНОГО ЕКСПЕРИМЕНТУ

*Зореслава Городенчук*

## Пролог

Коли у 1921 році медсестра-недоук Маргарет Зангер організувала свою першу підпільну клініку для “контролю народжуваності” в емігрантському районі Нью-Йорка Браунсвілі, нікому й на гадку не спадало, у що виллється ця афера. Проте авторка ідеї була дивовижно послідовною і наполегливою: переживши судовий процес і місяць тюрми за “розповсюдження небезпечних для здоров’я медикаментів і нелегальні медичні операції із застосуванням контрабандних засобів”, вона продовжила свою акцію порятунку держави від “неповноцінних”, тобто слов’ян, італійців та інших несаксонських народностей. Із її Ліги контролю над народжуваністю та журналу “The Birth Control Review”, які з’явилися невдовзі після того, як Маргарет Зангер покинула в’язницю, бере початок грандіозна “некомерційна” організація — Міжнародна федерація планування сім’ї (International Planned Parenthood Federation — IPPF), річний бюджет якої перевищує мільярд доларів США. Ідеологічним підґрунтям для діяльності Маргарет Зангер стала теорія Томаса Мальтуса про перспективи перенаселення Землі, висунута в 19 столітті. Із очевидною для наших сучасників схематичністю цей професор політичної економіки доводив, що кількість населення планети зростає в геометричній прогресії, натомість інтенсивність виробництва — лише в арифметичній. Неминучим наслідком цього явища він вважав перенаселення, тотальний голод і загибель людства. Порятунком, на його думку, полягав у впровадженні заходів, які б зменшували численність людської популяції: відмові від добродійної діяльності, пропагуванні воєн, забороні розвитку медицини і боротьби з епідеміями тощо.

Проте на початку XX століття методи Мальтуса сприймалися як анахронізм, тому, залишивши незмінною основу ідеї, неомальтузіанці мусили замінити їх новими, набагато сучаснішими і “науковішими” положеннями про статеве виховання, контрацепцію, аборти, стерилізацію, тобто заходи, які дають змогу зменшити приріст населення набагато ефективніше та підступніше, ніж війни та епідемії. Особливою популярністю в інтелектуальних сферах користувалися євгеніка — радикальна течія неомальтузіанства, яка проповідувала поступове, проте наполегливе вдосконалення “людської породи” шляхом цілеспрямованого зниження народжуваності “неповноцінних” рас. Спонсорами досліджень у цій галузі були найвідоміші фонди: Рокфелера, Форда та ін. Ідеї євгеніки пронизували мистецтво та ставали частиною суспільної свідомості.

Тих, хто виступав проти, оголошували ворогами прогресу і ретроgrадами. Поодинокі виступи, як, наприклад, Гілберта Честерстона: “Якщо дарвінізм — це вчення про виживання тих, що пристосовуються, то євгеніка — доктрина виживання тих, що вироджуються”, — залишалися голосами волаючих у пустелі. Маргарет Зангер успішно зайняла місце у перших рядах поборників “вчення століття”. Незабаром псевдонаукові тези неомальтузіанства замінили застарілі лозунги анархізму і соціалізму, які вже не могли дати нічого, крім скандалів і судових процесів.

Так через ідею порятунку цивілізації від неповноцінних, а Землі — від перенаселення, поступово сформувалася сучасна ідеологія Міжнародної федерації планування сім’ї, де на перший план висуваються “благородні” гасла: “Кожна дитина має право бути бажаною” і “Кожна жінка має право розпоряджатися власним тілом”.

### Контрацепція і геноцид

23 липня 1942 року Мартін Борман написав листа, який віддзеркалює погляд Гітлера на ці питання:

“Слов’яни повинні працювати на нас. Ті, що більше не можуть працювати, повинні померти. Отже, обов’язкова вакцинація та інші заходи Німецької служби охорони здоров’я для них непотрібні. **Плідність слов’ян є небажаною. Вони можуть застосовувати контрацептиви та робити аборти — чим більше, тим ліпше...** Релігію ми залишаємо їм як розвагу...”

William Shirer, *The Rise and the Fall of the Third Reich*.

Доведено, що факторами, які найефективніше впливають на зниження народжуваності, є високий показник валового національного продукту на душу населення та зменшення смертності немовлят. Контрацепція, хоч і до певної міри знижує народжуваність, неспроможна забезпечити від’ємний приріст населення у країнах “третього світу”. Тому демографи пропонують перенести акценти із медичного аспекту проблеми на довготривалі соціальні та економічні заходи: підвищення національного доходу та рівномірніший розподіл благ між громадянами, заохочення до здобування освіти та залучення до праці поза домом жінок.

(За J.C.Espinosa “*Birth Control: Why are They Lying for Women?*” Washington, 1980)

### Сексуальна революція

Сутність ідеї полягала у відокремленні прокреації від статевого акту. Бунт молодого покоління, який припадає на середину XX століття, сприймаємо насамперед як намагання протистояти застою і лицемірству минулого, мимоволі обминаючи його чисто фізіологічний аспект. Проте впадає у вічі, що “сексуальна революція” дуже виразно збігається з часом появи на ринку сучасних контрацептивів, зокрема, гормональних, які вперше стали виготовляти на промисловій основі наприкінці 50-х років (згадаймо, що аборт тоді майже у всіх розвинутих країнах можна було зробити лише нелегально). Складається враження, що для того, аби фірми-продуценти контрацептивів – завойовували ринки збуту, певні сили навмисне культивували у найбільш сексуально активної групи населення, тобто молоді, переконання в необхідності нерозбірливого співжиття із практикою так званого “безпечного сексу” заради задоволення чи співжиття без перспективи вагітності.

Те, що контрацепція неспроможна в принципі запобігти абортам, підтверджується ще однією хронологічною послідовністю. Запровадження гормональної контрацепції припадає на кінець 50-х — початок 60-х років, натомість легалізація абортів у країнах, де контрацепцію найактивніше впроваджували, — на 10 років пізніше (зокрема, в Канаді — на 1969 рік, у США — на 1972). Отже, “законодавче замовлення” на можливість легального переривання небажаної вагітності з’явилося на десятиліття пізніше, ніж методи її запобігання, що можна трактувати лише однозначно: неефективністю контрацептивів, які, до речі, увесь цей час вдосконалювалися. Тут бачимо ще одну закономірність. Щоб зрозуміти її, простежмо долю кільканадцятирічних підлітків, рання юність яких припадає на кінець 50-х — початок 60-х років. Із притаманною цьому віковій безпосередністю вони, як губка, поглинали усе нове, що з’являлося в суспільстві. Саме ті діти стали першим поколінням, яке дорослішало в атмосфері контрацептивної ментальності, і саме з них на кінець 60-х років сформувалася когорта найактивніших споживачів контрацептивів. Проте контрацепція виявилася неефективною, натомість віковічні сімейні цінності було втрачено. Так виникла проблема: що робити з “побічним продуктом” “безпечного сексу”?

Відповідь знаходимо у законодавчому рішенні — легалізації абортів: спочатку в так званих спеціальних випадках, а потім — на бажання жінки. Привертає увагу той факт, що ініціаторами цього напрямку у законодавстві була та ж група людей, які поширювали контрацепцію, а саме IPPF. Це доводить, що прихильники контрацепції не трактували лозунгу “запобігання вагітності є ліпшим від абортів” серйозно. Якби насправді мова йшла про “запобігання”, аборт не підтримували б як

остаточний засіб в разі неефективності контрацептиву. Відомий прихильник абортів д-р Малькольм Поттс ще в 1973 році заявив: “Коли люди почнуть застосовувати контрацепцію, кількість абортів збільшиться, а не зменшиться”<sup>1</sup>. Йому ж належать слова: “Жодне суспільство неспроможне контролювати фертильність, не вдаючись до абарту. Насправді саме аборти є першим засобом контролю народжуваності”<sup>2</sup>. У 1981 році д-р Юдит Бурі з консультативного центру Брука заявила: “Існують неспростовні докази того, що всупереч очікуваному, широкий доступ до контрацепції призвів до зростання кількості абортів.”<sup>3</sup> За даними ВООЗ, щороку у світі виконують до 60 млн. абортів. Водночас фармацевтичні фірми прикладають шалених зусиль для винайдення все досконаліших контрацептивів. Теза про те, що “запобігання ліпше від абарту”, виявилася хибною.

На плечі цього “експериментального” покоління звалився ще один гіркий досвід, який, за іронією долі, віддалений від другої хронологічної події, тобто легалізації абарту, знову ж на десять років. Мова йде про постабортний синдром — різновид посттравматичного стресового розладу, який трапляється в осіб, що перенесли психічну травму, яка виходить за межі звичайного людського пережиття. Добровільне приречення рідної дитини на загибель в аспекті збереження людини як біологічного виду абсурдне. Природа почала мстити. Через кілька чи навіть кільканадцять років після того злочасного переривання вагітності, яке повинно було стати символом звільнення від тиранії материнства, з’явилася неймовірно велика когорта депресивних та однаково нещасних жінок, які серед людей страждають від самотності, ночами мучаться від кошмарів і живуть у безнадії. Проте трагедія на цьому не закінчується: вона поширюється на наступне покоління, яке стало “поколінням вцілілих” у низці вагітностей. Парадоксально, що ці діти, народжені як “бажані”, найбільше страждають від занедбання і насильства з боку батьків. Живучи під постійним тягарем провини за виживання (адже їхні брати чи сестри загинули), такі діти неспроможні відкрити свого серця близькій людині, тому страждають від самотності. Вони не будують планів на майбутнє, бо вирости з підсвідомим переконанням, що для цього майбутнього потрібно, щоби хтось постійно прагнув їхнього існування, інакше — катастрофа. Безнадія перекреслює бажання народжувати дітей, а виснажлива самотність у поєднанні з неспроможністю нав’язувати сердечні взаємини з іншою людиною непереборно підштовхує до пошуків все нових статевих партнерів, оскільки секс (“захищений”!) стає для таких осіб єдиною формою близького контакту з іншою особою. Залишається лише додати, що “вцілілі” — це когорта найвірніших користувачів контрацептивів. Отже, хибне коло набирає обертів: демон торжествує.

### **Механізм дії: контрацептивний чи абортівний?**

**Оральні гормональні контрацептиви** — це хімічні речовини гормональної природи, які впливають на плідність жінки таким чином, що призводять або до неспроможності зачаття, або до неспроможності виношування вагітності. На фармацевтичному ринку є кілька видів оральних контрацептивів, які можна загалом поділити на дві групи: комбіновані (естрогено-гестагенні) і лише гестагенні, або так звані “міні-таблетки”.

Природна плідність жінки потребує синхронізованої функції низки складних механізмів. Втручаючись у природні механізми плідності жінки, гормональні таблетки діють двояко:

- 1) спричинюючи неможливість зачаття дитини внаслідок тимчасової стерильності жінки або ушкодження сперматозоїдів у її статевих шляхах;
- 2) призводячи до неспроможності виношування вагітності, тобто провокуючи викидні на ранніх термінах вагітності.

Реалізація цих ефектів відбувається у декілька способів:

**1. Пригнічення овуляції.** Гормональним контрацептивам в деяких випадках вдається “обманути” гіпофіз жінки щодо істинної концентрації в її крові природних статевих гормонів. Робота гіпофіза десинхронізується таким чином, що він перестає продукувати необхідні для розриву

<sup>1</sup> Report. Cambridge Evening News, 7.02.1973.

<sup>2</sup> Malcolm Potts, Fertility Rights, The Guardian, 25.04.1979.

<sup>3</sup> Sex Education for Bureaucrats, The Scotsman, 29.06.1981.

фолікула гормони. Отже, якщо цей механізм є успішним, овуляції не відбувається, а тому неможливе й зачаття дитини. Цей ефект характерний для комбінованих естрогено-гестагенних контрацептивів, натомість лише прогестагенні контрацептиви ("міні-таблетки" чи посткоїтальні контрацептиви, наприклад, постінор) загалом неспроможні досягнути пригнічення овуляції.

**2. Запобігання імплантації.** Одним з важливих аспектів плідності є нормальна відбудова і дозрівання слизової оболонки матки (ендометрію). Саме у цій тканині закріплюється дитина наприкінці першого тижня після її зачаття. Від повноцінності ендометрію залежить можливість утворення плаценти, а отже, успішність доношування вагітності. Гормональні контрацептиви, насамперед "міні-таблетки" і трифазні контрацептиви із низьким вмістом гормонів, призводять до витончення ендометрію і неспроможності імплантації ембріона, інакше кажучи, до викидня у перші тижні вагітності.

**3. Утруднення просування сперматозоїдів.** За якийсь час перед овуляцією у шийці матки жінки починає утворюватися слиз, який живить сперматозоїди та сприяє їх проникненню у верхні відділи статевих шляхів до яйцеклітини. Під впливом прогестагенів, які входять до складу гормональних контрацептивів, цервікальний слиз згущується і утруднює просування сперматозоїдів. Варто тут згадати, що цей механізм дії гормональних контрацептивів скоріше гіпотетичний, оскільки ефективність його в експериментах на тваринах (кролях) підтвердити не вдалося.

**4. Порушення функції маткових труб.** Під впливом прогестагенів порушується скорочення маткових труб, яке забезпечує вчасне просування плідного яйця в порожнину матки. Це призводить до неможливості нормальної імплантації та загибелі ембріона, а деколи — до позаматкової вагітності.

**5. Припинення прогресування вагітності.** У перші тижні після зачаття ембріон утримується в матці за рахунок жовтого тіла, яке виробляє прогестерон. Під впливом штучних гормонів, які є в контрацептивах, функція жовтого тіла пригнічується. Як наслідок, невдовзі після зачаття дитини відбувається відшарування ендометрію і викидень.

**Ефективність.** Теоретично ефективність оральних контрацептивів повинна бути понад 99%, проте насправді цей показник суттєво нижчий. За даними S. Harlap et al., у перший рік користування гормональними контрацептивами непланована вагітність настає в 1,9-18,1% жінок<sup>4</sup>. Це пояснюється низкою чинників. Зокрема, вплив інших медикаментів, які приймає жінка, може призвести до зниження концентрації синтетичних гормонів до такого рівня, який не забезпечує супресії овуляції (це стосується, зокрема, антиепілептичних препаратів). Крім того, індивідуальні особливості ферментних систем організму такі, що передбачити концентрацію синтетичних гормонів у кожній конкретній жінки загалом неможливо. Зокрема, відомо, що внаслідок індивідуальних особливостей метаболізму у печінці етинілестрадіолу (естрогенного компоненту більшості оральних контрацептивів, який власне забезпечує супресію овуляції) концентрація його у крові у окремих жінок може відрізнятися у 10 разів<sup>5</sup>. Це особливо важливо для комбінованих оральних контрацептивів останніх поколінь, які водночас із мінімальною частотою побічних ефектів мають найнижчу ефективність. Ще один важливий чинник — недотримання правил застосування, що особливо притаманне молодим жінкам віком 15-24 роки. Для того, щоб оральні контрацептиви були ефективними, потрібно приймати таблетку щодня в один і той же час. Якщо жінка приймає препарат з відхиленням хоча б на 3 години, то контрацептивна дія суттєво знижується (особливо при застосуванні контрацептивів із низьким вмістом гормонів та "міні-таблеток") До того ж, 50% жінок, що починають приймати гормональні контрацептиви, відмовляються від них у перший рік, а найчастіше — у перші 6 місяців користування через погане самопочуття або появу інших побічних ефектів чи протипоказів. Варто зауважити, що гормональна контрацепція є найефективнішою у

<sup>4</sup> (Harlap S., Kost K., Forrest JD (Sept 1990). Preventing Pregnancy, Protecting Health. New York: The Alan Guttmacher Institute, 36-37.

<sup>5</sup> Резников А.Г., Средства гормональной контрацепции и заместительной гормонотерапии у женщин // Вісник Асоціації акушерів-гінекологів України, 2002. — № 5-6. — С. 70-74.

перший рік застосування, оскільки з часом організм “навчається” протистояти штучним гормонам, і циклічна функція системи “гіпоталамус-гіпофіз-яйники” відновлюється.

Відомо, що на фоні приймання гормональних контрацептивів досить часто трапляється овуляція. Цей феномен відомий як овуляція прориву (break-through ovulation). Частота її найвища при застосуванні однокомпонентних прогестагенових контрацептивів. Якщо відбувається зачаття, то ембріон найчастіше гине або до імплантації (внаслідок неадекватного транспорту по матковій трубі), або на її ранній стадії через недорозвинутість ендометрію.

**"Є переконливі докази того, що дослідники, пов'язані з фармацевтичними компаніями, з більшою імовірністю доповідають позитивні результати про вивчення продуктів цих компаній, ніж дослідники без таких зв'язків...Річ у тому, що тісна та винагороджена співпраця з компанією, як звичайно, формує добре ставлення з боку дослідника та сподівання, що ці щедроти продовжуватимуться. Таке ставлення може непомітно впливати на наукові міркування такими шляхами, що їх важко розпізнати..."**

(M. Angell. The New England Journal of Medicine, May 18, 2000; Vol. 342: N 20)

Для ефективного гальмування овуляції “таблетка” повинна містити дозу естрогенів, еквівалентну 400 мкг етинілестрадіолу. Такої дози немає в жодному з препаратів, оскільки це призводило б до неприпустимої частоти побічних ефектів. Доза 20-40 мкг часто неспроможна не допустити до овуляції, отже, в тих випадках, коли “таблетка” все ж “спрацьовує”, вона діє за ранньоабортним механізмом.

За даними фірм-продуцентів оральних контрацептивів, “типова частота невдач” цього методу становить в середньому 3%. Цей показник визначають як кількість непланованих вагітностей на рік “у типових пар, які розпочали приймати контрацептив (не обов'язково вперше) і які приймають його постійно із дотриманням усіх правил впродовж року, якщо не відмовляються від контрацептиву за цей час через якусь із причин”.<sup>6</sup> Очевидно, що ця цифра явно завищена. L. Potter вважає, що при ретельнішому підрахунку “показник невдач” оральних контрацептивів становить щонайменше 7% (тут йдеться про “ідеальне” застосування методу)<sup>7</sup>, оскільки так цифра якнайбільше збігається з даними її власних досліджень. Крім того, сучасні контрацептиви із низьким вмістом гормонів мають суттєво вищу частоту овуляції прориву, а вагітність на їх фоні є загалом звичайним явищем. За свідченням д-р Кароль Еверет, яка впродовж багатьох років працювала в абортній індустрії у США, пропагування низькодозових оральних контрацептивів в рамках програми сексуальної освіти для старшокласників (наслідками якої є нерозбірливе статеве співжиття із багатьма партнерами) призводить до того, що дівчина, яка користується цими контрацептивами, має від 3 до 5 абортів у віці від 13 до 18 років<sup>8</sup>.

**Внутрішньоматкові контрацептиви (“спіралі”)** Механізм дії внутрішньоматкових контрацептивів абортний: вони спричиняють запальний процес ендометрію, який призводить до неможливості імплантації бластоцисти після її потраплення у матку. Деякі види “спіралей” містять мідь або прогестероноподібні речовини, які підсилюють пошкодження слизівки матки.

Відсоток невдач методу досягає 9%, причому вагітність, яка настає на фоні внутрішньоматкової контрацепції, набагато частіше позаматкова. Цей показник не враховує тих жінок, які були змушені відмовитися від “спіралі” впродовж першого року її застосування через появу побічних ефектів, і тих, у кого відбулася експульсія (виштовхування) “спіралі” з матки. Із врахуванням цих факторів, показник невдач внутрішньоматкової контрацепції досягає 15%.

<sup>6</sup> Physician's Desk Reference: 1997.

<sup>7</sup> Potter LA. How effective are contraceptives? The determination and measurement of pregnancy rates. Obstet Gynecol. 1996; 88: 13-23.

<sup>8</sup> Gulotta Joe, Pro-Life Christians. Rockford, Ill.: Tan Books, 1992.

Із побічних ефектів “спіралі” найчастішими є позаматкова вагітність, запальні процеси внутрішніх статевих органів, ендометріоз, передракові зміни ендометрію. У перші тижні після введення “спіралі” жінку турбує біль у попереку і внизу живота. Деколи під час введення або видалення контрацептиву настає непритомність. Менструальні кровотечі підсилюються і видовжуються, що призводить до анемії. Інфекційні захворювання внутрішніх статевих органів, які виникають у 100% користувачок “спіралі”, можуть призвести до вторинної неплідності. Описано випадки “вростання” контрацептиву у стінку матки та проникнення його в черевну порожнину із травмою внутрішніх органів (сечового міхура, кишок, нервових сплетінь та судинних пучків, що інколи супроводжувалося фатальною внутрішньоочеревною кровотечею). Якщо за наявності “спіралі” настає маткова вагітність, вона супроводжується ризиком внутрішньоутробного інфікування дитини та септичного стану у матері, викидня або передчасних пологів. Позаматкова вагітність настає у 3,4% користувачок внутрішньоматкових контрацептивів, що на 700% більше, ніж у жінок, які цим контрацептивом не користуються.

У 70-80-ті роки популярність внутрішньоматкової контрацепції у США та країнах Західної Європи суттєво зменшилася, оскільки відбулася низка судових процесів проти фірм-виробників, зумовлених появою ускладнень внаслідок застосування “спіралей”. Через те фірми, які виробляють ці контрацептиви, намагаються завоювати споживачів у країнах Східної Європи.

Привертає увагу той факт, що в жодній листівці з інформацією для споживача не згадується про ранньоабортивний ефект внутрішньоматкових контрацептивів. Механізм дії “спіралі” або просто замовчують (напр., виріб Copper T фірми Schering AG або Мультилоуд КУ 375 фірми Organon), або вказують, що цей контрацептив “запобігає проникненню сперматозоїдів у матку” (в чому запевняє листівка університету Джона Гопкінса).

#### **Як часто настає овуляція при застосуванні контрацептивів?**

Оральні контрацептиви 50% циклів

Норплант 50-65% циклів

Депо-провера 40-60% циклів

Внутрішньоматкові контрацептиви 100% циклів

#### **Бар’єрні методи контрацепції**

**Презерватив.** Теоретично, при регулярному застосуванні високоякісних презервативів ефективність методу повинна досягати 97%. Проте, зважаючи на можливість витікання сперми за межі презервативу, його сповзання та розрив, ефективність бар’єрної контрацепції реально не перевищує 80%. У дослідженні, яке проводила Манчестерська клініка планування сім’ї, виявили, що у 52% користувачів презервативів за останні 3 місяці був хоча б один випадок, коли презерватив сповзав або рвався<sup>9</sup>.

Із усіх пар, які починають користуватися презервативами, 56% залишаються вірними методу впродовж 6 місяців, і лише 22% — упродовж року. Це вказує на несприйняття методу користувачами, які вважають його неестетичним або таким, що їх не задовільняє.

Застосування презервативу перериває спонтанність подружньої близькості, може призвести до втрати ерекції і, як наслідок, — фрустрації. Відсутність безпосереднього контакту статевих органів призводить до притуплення відчуттів, а недостатня кількість мастила спричинює подразнення піхви. Застосування змащуючих засобів переважно спричинює ефект, протилежний сподіваному, оскільки ці речовини пошкоджують ніжний епітелій піхви та призводять до інфекцій і тривалих запальних станів із неможливістю нормального співжиття.

<sup>9</sup> J.Kelly, CMAJ Bulletin N 18, November 1992.

**Діафрагми.** Діафрагма, яку вкладає жінка у піхву безпосередньо перед статевим актом (обов'язковим є попереднє навчання під керівництвом лікаря!) створює механічний бар'єр між шийкою матки і сперматозоїдами. Додавання сперміцидних засобів підсилює контрацептивний ефект діафрагми. Теоретично, ефективність методу у другому випадку повинна досягати 95%, проте насправді вона не перевищує 80%. Той факт, що із усіх пар, які вирішують користуватися цим методом, лише 35% не змінюють свого рішення впродовж 6 місяців, свідчить про його неприйнятність.

Одночасне застосування механічного бар'єру (презервативу, діафрагми) зі сперміцидними засобами суттєво їх ефективності не підвищує. За даними авторитетних джерел<sup>10</sup>, показник невдач для сучасних бар'єрних контрацептивів (в тому числі і хімічних), які продукуються на промисловій основі, становить в середньому 14 вагітностей на рік застосування методу (треба зауважити, що це дані дослідження ефективності виробу, які представляє продуцент, а отже, хоч трохи завищені). Варто пам'ятати, що хімічна речовина ноноксилон 9, яка входить у склад багатьох сучасних сперміцидів, є тератогенною і може спричинити важкі наслідки для дитини, якщо метод "підведе".

Спроби поєднувати бар'єрні методи контрацепції із розпізнаванням природного ритму плідності виявилися невдалими, оскільки подразнення та запалення піхви, спричинені презервативом або діафрагмою, а також сперміцидні та змашуючі засоби суттєво ускладнюють спостереження за слизом, який виділяється шийкою матки, що призводить до низької ефективності самоспостереження.

**Стерилізація.** Жіноча стерилізація — це хірургічна операція, яка полягає у перев'язуванні, клемуванні або коагуляції маткових труб, що призводить до їх непрохідності та практично до незворотної неплідності. Щороку на стерилізацію погоджуються тисячі жінок, які мотивують своє рішення страхом перед побічними ефектами гормональної та внутрішньоматкової контрацепції, усвідомленням неефективності бар'єрних методів, боязню непланованої вагітності та неспроможністю опанувати статевий потяг. Переважно на операцію зважуються у розпачі, а потім шкодують про своє рішення.

Непланована вагітність після стерилізації настає у 1% жінок. Причинами невдач методу є помилка хірурга, недоліки матеріалів та обладнання або спрацювання природного процесу зростання та відновлення прохідності фаллопієвих труб.

Стерилізація, як і кожне хірургічне втручання, супроводжується ризиком ускладнень (кровотечі, інфекції, випадкового травмування органів черевної порожнини, анестезіологічних). За даними літератури, серйозні ускладнення під час операції бувають у 800-2000 із 100 000 пацієнток.<sup>11</sup> Віддалені ускладнення стерилізації — це так званий постлігаційний синдром, який трапляється у 22-37% пацієнток, що перенесли цю операцію, він проявляється болючими, тривалими менструаціями із вторинною анемією, дисфункційними матковими кровотечами, болем під час статевого акту та хронічним болем внизу живота. Розлади менструальної функції у таких жінок частково пояснюються кістозною дегенерацією яйників внаслідок порушення їх кровопостачання з маткової артерії, яке припиняється після операції. Внаслідок важких маткових кровотеч у 18,7% випадків після стерилізації доводиться робити гістеректомію (хірургічне видалення матки), а ймовірність необхідності цієї операції у жінок, які перенесли стерилізацію у віці 20-29 років, зростає у 3,4 рази.<sup>12</sup> Ризик раку шийки матки зростає більше ніж утричі, водночас із зростанням ризику раку яйників та ендометрію.

Ризик позаматкової вагітності після стерилізації зростає, оскільки при неповному спонтанному відновленні прохідності маткових труб можливе зачаття із імплантацією бластоцисти у матковій трубі. Після реконструктивних операцій на маткових трубах з метою повернення плідності ризик позаматкової вагітності становить від 4 до 67%. Можливість хірургічного відновлення

<sup>10</sup> Consultant, November 1999, p. 3127.

<sup>11</sup> S.Harlap et al. Preventing Pregnancy, Protecting Health: a New Look at Birth Control Choices in the United States. New York: Alan Guttmacher Institute, 1991, p. 92.

<sup>12</sup> A. Stergachis et al. Tubal Sterilization and Long-term Risk of Hysterectomy. JAMA, Dec.12, 1990

прохідності маткових труб дуже обмежена, оскільки у 70% проведення операції вважають безперспективним через суттєве порушення анатомії статевих органів.

Віддаленим наслідком стерилізації є поява або поважчання перебігу передменструального синдрому, що виникає внаслідок недостатності утворення гормону жовтого тіла у другу фазу менструального циклу, спричинений порушенням кровопостачання яйників після операції на маткових трубах. Цей стан проявляється періодичним поганим самопочуттям, болем голови, підвищенням артеріального тиску, набряклістю кінцівок, депресією, неврівноваженістю, дратівливістю, емоційною нестабільністю, зниженням працездатності, що несприятливо відбивається на психологічній атмосфері в сім'ї і може призвести до розлучень. Жінки, які перенесли стерилізацію, мають тенденцію до раннього клімаксу (у віці до 40 років).

Єдиними стовідсотковими методами запобігання вагітності є чоловіча кастрація (видалення яєчок) та жіноча кастрація (видалення яйників). Жоден інший з методів не є абсолютним. У літературі повідомляють про казуїстичні випадки вагітності, яка розвивалася в черевній порожнині після гістеректомії (хірургічного видалення матки), якщо в жінки було збережено яйники.

### **“Ваш спокій та впевненість у завтрашньому дні”**

З плакату, темою якого є сучасні гормональні контрацептиви, усміхається щаслива молода жінка з маленькою дитиною на руках. Проте не варто брати те, що бачать очі, за чисту монету: це лише реклама.

У 1977 році у британському медичному часописі “Lancet” з'явилася публікація про одне з перших великих досліджень наслідків гормональної контрацепції.<sup>13</sup> У цьому великому проспективному дослідженні виявили, що частота серцево-судинних захворювань у користувачок оральних контрацептивів у 5 разів вища порівняно з жінками, які ніколи цих контрацептивів не приймали. Смертність у групі жінок, які користувалися цими контрацептивами постійно впродовж 5 років, була у 10 разів вищою, ніж у контрольній групі, а загальна смертність у групі жінок, які хоч колись приймали гормональні контрацептиви, була вищою на 40%. **Загалом, смертність у групі користувачок контрацептивів була суттєво вищою, ніж материнська смертність у контрольній групі, і вдвічі перевищувала смертність від нещасних випадків.** Смертність зростала з віком, тривалістю застосування контрацептивів і була вищою у жінок-курців.

У згаданому дослідженні вивчали побічні ефекти оральних контрацептивів перших поколінь із високим вмістом синтетичних статевих гормонів. Із зниженням їх дози у контрацептивах молодших поколінь частота небезпечних для життя наслідків суттєво знизилася, проте повністю запобігти їм не вдається. За набагато новішими даними<sup>14</sup>, смертність від гормональних контрацептивів становить 7,9 на 1000 жінок віком від 15 до 45 років. Загалом у всьому світі гормональними контрацептивами користуються близько 60 млн, жінок, отже, щороку з них помирає близько 4740.

### **Основні побічні ефекти гормональних контрацептивів**

Серцево-судинні ускладнення. Гіперкоагуляція, спричинена оральними контрацептивами, призводить до утворення тромбів, які розносяться по кровоносному руслу та “застряють” у різних системах і органах. Залежно від локалізації тромбозу, виникають інфаркт міокарду, ішемічний інсульт або крововилив у мозок, тромбоемболія легеневої артерії, інфаркт нирки або кишки. При тромбозі артерій сітківки виникає тимчасова або постійна сліпота, а при ураженні дрібних судин кінцівок — заніміння рук та ніг на холоді із зниженням чутливості (синдром Рейно). Ризик тромбозів

<sup>13</sup> Royal College of General Practitioners, Oral Contraceptive Study (C.R.Kay, Royal College of General Practitioners, Manchester Research Unit, Manchester, England) Lancet 2:727-731, October 8, 1977.

<sup>14</sup> S.Harlap et al. Preventing Pregnancy, Protecting Health: a New Look at Birth Control Choices in the United States. New York: Alan Guttmacher Institute, 1991, p. 98-99.



при користуванні гормональними контрацептивами зростає у 3-11 разів, особливо у жінок віком 35 років і більше.

Ризик фатального інфаркту міокарду в користувачок сучасних контрацептивів із низькими дозами гормонів удвічі вищий, а ризик фатального інсульту — в 1,4 раза вищий, ніж у жінок, які гормональною контрацепцією не користувалися. Ці показники набагато нижчі, ніж для контрацептивів попередніх поколінь із високим вмістом гормонів, проте все ж суттєві. Для жінок-курців, які користуються оральними контрацептивами із низьким вмістом гормонів, ризик фатального серцевого нападу зростає у 12 разів, а фатального інсульту — в 3,1 раза.

Артеріальна гіпертензія — це ще один типовий побічний ефект гормональної контрацепції. У всіх жінок, які користуються оральними контрацептивами впродовж 3 років, систолічний артеріальний тиск зростає приблизно на 20 мм рт. ст. У деяких випадках гіпертензія переходить у зловиясну форму з високим ризиком інсульту та ниркової недостатності. Передбачити, у якої жінки проявиться цей ефект, неможливо, проте відомо, що ризик гіпертензії зростає у віці після 35 років і у жінок-курців.

### **Онкологічні захворювання**

**Рак молочної залози.** Взаємозв'язок цієї хвороби з гормональною контрацепцією вважають доведеним. Від початку приймання контрацептиву до проявів хвороби минає приблизно 15-20 років. За останні десятиліття частота раку молочної залози суттєво зросла. Пояснюється це тим, що жінки, яким у підлітковому віці призначали гормональні контрацептиви (що було поширеною практикою у 60-70-х роках) досягли 30-40-річного віку, коли зміг проявитися побічний ефект цих препаратів. За даними шведського дослідження, частота раку молочної залози у жінок, які приймали оральні контрацептиви у 60-ті роки у дуже молодому віці, у 5 разів вища, ніж у тих жінок, які ніколи гормональних контрацептивів не приймали.

Ризик раку молочної залози найвищий у тих жінок, які користувалися гормональними контрацептивами в підлітковому і молодому дорослому віці, особливо до народження першої дитини та в осіб, які не народжували дітей, а також при тривалому прийманні контрацептиву (5 років і більше).

**Рак шийки матки.** Дисплазія і рак шийки матки трапляються суттєво частіше у жінок, які користуються гормональними контрацептивами. Через те, що є й інші фактори ризику раку шийки матки (ранній вік перших статевих стосунків, кількість статевих партнерів, зараження вірусом папіломи людини та ін.), взаємозв'язок цього захворювання з гормональною контрацепцією буває завуальованим. Вважають, проте, що оральні контрацептиви підвищують ризик раку шийки матки принаймні опосередковано, оскільки жінки, які їх приймають, частіше починають статеве співжиття у ранньому віці й мають багатьох статевих партнерів.

**Рак яйників і ендометрія.** Частота раку яйників і ендометрію у жінок, які приймали або приймають оральні контрацептиви, є дещо нижчою, ніж у жінок, які гормональною контрацепцією не користуються. Саме це мають на увазі, коли говорять про “неконтрацептивні властивості” оральних контрацептивів. Ці дані, проте, стосуються оральних контрацептивів із високим вмістом гормонів, які застосовувалися у 60-70-ті роки. Про те, чи мають аналогічний ефект низькодозові контрацептиви, поки що невідомо. Крім того, природне вигодовування дитини створює не менший протекторний ефект щодо цих двох пухлин з тією перевагою, що не супроводжуються множинними побічними наслідками приймання синтетичних статевих гормонів.

Дані щодо частоти взаємозв'язку раку ендометрію (тіла матки) і гормональної контрацепції суперечливі, оскільки є повідомлення, що прийом деяких оральних контрацептивів (зокрема трифазних препаратів типу “Триквілар”) чітко корелює зі зростанням частоти цієї пухлини.

**Пухлини печінки.** Частота доброякісних і зловиясних пухлин печінки у молодих жінок (віком 15-40 років) із поширенням гормональних контрацептивів суттєво зросла. До широкого застосування синтетичних статевих гормонів такі пухлини траплялися, як звичайно, у старшому віці. За даними Комісії із дослідження раку при Американській асоціації хірургів, частота пухлин печінки у жінок

віком 26-30 років має чіткий зв'язок із прийманням ними гормональних контрацептивів. Доброякісні гепатоми, частота виникнення яких на фоні гормональної контрацепції суттєво зростає (тим більше, чим старший вік жінки на час приймання контрацептивів), загрожують внутрішньочеревними кровотечами з можливим фатальним вислідом та злоякісним переродженням.

Із гормональною контрацепцією пов'язані й інші захворювання печінки та жовчовивідних шляхів, які трапляються у 10-40% жінок: жовчнокам'яна хвороба та медикаментозний гепатоз, який супроводжується жовтяницею та печінковою недостатністю. Частота операцій з приводу жовчнокам'яної хвороби у користувачок оральних контрацептивів більша удвічі.

**Інші злоякісні пухлини.** Гормональна контрацепція супроводжується зростанням ризику злоякісних пухлин шкірних покривів (зокрема, меланобластоми). Крім того, під дією штучних статевих гормонів може випадати волосся, шкіра стає особливо чутливою до сонячного світла, на ній утворюються стійкі пігментні плями, подібно як при вагітності.

### **Гінекологічні захворювання**

Гормональні контрацептиви призводять до зміни внутрішнього середовища піхви із такими наслідками, як кольпіт та бактеріальний вагіноз. Ці захворювання проявляються хворобливими відчуттями в ділянці статевих органів та виділеннями, деколи з неприємним запахом. Частим захворюванням є кандидоз піхви ("молочниця"), який має у цих випадках хронічний перебіг та погано піддається лікуванню.<sup>15</sup>

Застосування гормональних контрацептивів супроводжується вищою частотою хвороб, які передаються статевим шляхом, зокрема, хламідіозу і СНІДу.

Під час застосування оральних контрацептивів може з'являтися так звана "кровотеча прориву" у непередбачений час (поза псевдоменструацією, спричиненою перервою у прийманні гормонів). Як звичайно, оральні контрацептиви призначають для "регуляції менструальної функції" при нестабільній тривалості циклу або при наявності овуляторних кровотеч, проте переважно поліпшення після припинення такого лікування не буває, оскільки ці препарати не впливають на причину розладів, а лише маскують їх прояви.

Контрацептиви, які складаються лише з прогестагенів ("міні-таблетки", норплант, депо-провера) спричинюють нерегулярні кровотечі та кровомазання із статевих шляхів, через що суттєва частка жінок відмовляється від них вже в перші місяці користування.

### **Інші захворювання**

У 5-7% користувачок гормональних контрацептивів виникає виражена депресія, яка проявляється пригніченням, тривожністю та зниженням статевого потягу. Відчуття, що вона стає "сексуальним об'єктом", нудота після приймання "таблетки", незадоволення своєю зовнішністю внаслідок збільшення маси тіла та погіршення стану шкіри, а також погане самопочуття (зокрема, біль голови) призводять до того, що жінка стає неспроможною адекватно реагувати на різноманітні ситуації у сім'ї. Усе це може призвести до нестерпної психологічної атмосфери у родині та закінчитися розлученням.

Гормональна контрацепція призводить до набряку рогівки очей з неможливістю носіння контактних лінз. Зниження імунітету під впливом синтетичних стероїдних гормонів спричинює частіші вірусні інфекції дихальних шляхів, бронхітів та запалення приносних пазух.

У літературі з'являються повідомлення про все нові захворювання, пов'язані із прийманням гормональних контрацептивів. Як приклад, можна згадати синдром болю в попереку та гематурії (loin pain-hematuria syndrome)<sup>16</sup>, який проявляється одно- або двобічним болем у попереку та появою крові у сечі.

<sup>15</sup> M. E. Egan, M. S. Lipsky. Diagnosis of Vaginitis. American Family Physician, September 1, 2000.

<sup>16</sup> W. D. Yu, M. L. Levin. Hematuria: UTI or Something More Serious? Consultant, 1999 (February): 319-334.

### **Гормональні контрацептиви і молодь**

Гормональні контрацептиви при застосуванні в підлітковому і молодому дорослому віці мають низку додаткових побічних ефектів.

Підлітки і дуже молоді жінки через психологічну незрілість і відсутність достатньої мотивації, зрозуміло, часто неспроможні пунктуально дотримуватися рекомендацій щодо приймання оральних контрацептивів, що суттєво знижує їх ефективність. Як наслідок, настає “небажана” вагітність, яка у більшості випадків закінчується абортom із притаманними йому ускладненнями і наслідками.

Застосування гормональних контрацептивів у підлітковому віці спричинює прискорення закривання хрящових зон росту у кістках, а отже, до низькорослості і зміни пропорцій скелету.

Для повноцінного розвитку мозку у підлітковому віці є важливою адекватна концентрація природних статевих гормонів, зокрема, естрогенів. Гормональні контрацептиви, призводячи до зниження концентрації природних гормонів, спричинюють розлади дозрівання мозкових структур, який стає помітним через 20 і більше років після їх приймання. Цей ефект описав Жером Лежен — всесвітньовідомий вчений, який відкрив типовий генетичний дефект при синдромі Дауна.

Синтетичні статеві гормони, які входять у склад контрацептивів, спричинюють передчасне старіння молочних залоз. У молочних залозах дівчат-підлітків з’являються об’ємні утвори, які можуть спричинити канцерофобію (боязнь захворіти на рак), а макро- і мікроанатомічна структура цих органів стає такою, як у жінок у постменопаузі.

Ризик раку молочної залози тим вищий, чим молодшим був вік, у якому жінка почала приймати гормональні контрацептиви. Перебіг захворювання в таких випадках найбільш злоякісний і супроводжується найнижчими показниками виживання.

Аменорея у молодих жінок після відмови від контрацептиву триває довше, а інколи у них виникає стійка неплідність.

Крім того, застосування гормональних контрацептивів до настання першої вагітності супроводжується зростанням ризику різноманітних акушерських ускладнень.

### **Гормональна контрацепція і потомство**

Перша овуляція після припинення прийому гормональних контрацептивів настає у 50% жінок через кілька місяців, натомість у решті 50% затримується на довший час, навіть до 30 місяців (2,5 року!) після відмови від синтетичних статевих гормонів. Приблизно у половини жінок, які відмовляються від оральних контрацептивів, структура менструального циклу відновлюється у перші ж місяці, проте у решті наслідки контрацепції відчутні до року і довше: за наявності овуляції у таких жінок вкорочена фаза жовтого тіла (менше 10 днів), що свідчить про недостатню продукцію прогестерону і високу ймовірність викидня, якщо вагітність настає в такому циклі.

Американська асоціація ліків і харчових продуктів застерігає від приймання оральних контрацептивів у ранніх термінах вагітності, оскільки це супроводжується суттєвим ризиком для дитини. Якщо жінка приймає контрацептиви, не знаючи, що відбулося зачаття, то у її дитини є підвищений ризик виникнення вад розвитку, зокрема, серця і кінцівок. Якщо мати, що виношує дівчинку, продовжує під час вагітності приймати комбіновані контрацептиви, що містять синтетичні естрогени, то у дитини є ризик появи раку піхви і шийки матки в дитинстві або молодому дорослому віці (частота цієї патології становить 1:1000 випадків приймання естрогенів). У плодів чоловічої статі під впливом естрогенів формуються вади розвитку сечових шляхів і статевих органів з перспективою патології сперматогенезу в дорослому віці.

Численні авторитетні джерела рекомендують жінкам, які хочуть незабаром народити дитину, відмовитися від гормональної контрацепції щонайменше за 4 місяці до планованого зачаття і перейти на інший метод запобігання вагітності. У жінок, які вагітніють у перші місяці після відмови від контрацептивів, частота викиднів є вищою, ніж в середньому в популяції, а в плодів набагато частіше, ніж звичайно, виявляють вроджені вади розвитку, зокрема, генетичні аномалії, несумісні з

життям (напр., поліплоїдію). Суттєвий дефіцит вітамінів групи В, зокрема, фолієвої кислоти в організмі жінки, який виникає під впливом синтетичних статевих гормонів, зумовлює високий ризик вад розвитку нервової трубки, які несумісні з життям або призводять до інвалідності дитини (аненцефалія, спинномозкові кили та ін.). Сказане тут загалом не стосується випадків, коли така вагітність прогресує: якщо не стався самовільний викидень, то найімовірніше, що дитина є здоровою.

Вагітність, яка настає після гормональних контрацептивів, супроводжується більшим ризиком підвищення артеріального тиску (пізній гестоз, преєклампсія), особливо якщо контрацептивами користуються до настання першої вагітності. Ця патологія небезпечна як для матері, так і для дитини, і супроводжується високою частотою акушерських ускладнень і операцій.

Гормони, які входять до складу контрацептивів, легко проникають у молоко матері-годувальниці. Їх естрогенний компонент звичайно пригнічує лактацію і призводить до швидкого переходу на штучне вигодовування (звичайно комбіновані оральні контрацептиви для матерів-годувальниць не рекомендують). Вплив синтетичних гормонів на немовлят різноспрямований і залежить від дози. Зокрема, прогестагени андрогенного типу, які входять до складу “міні-таблеток” (найпопулярнішого гормонального контрацептиву для матерів-годувальниць), можуть мати маскулінізуючий ефект на дитину жіночої статі, а метаболіти цих гормонів ускладнюють перебіг жовтяниці новонароджених.

### **Що небезпечніше: гормональна контрацепція чи вагітність?**

Необхідність широкого впровадження контрацепції аргументують, зокрема, тим, що ризик ускладнень контрацепції суттєво менший порівняно з ризиком вагітності. Чи дійсно це так?

По-перше, неможливо порівнювати “помаранчі з помідорами”: особисті, сімейні, суспільні і моральні аспекти народження дитини і “запобігання вагітності” абсолютно різні.

По-друге, групи жінок, на основі яких проводять ці порівняння, нерепрезентативні. У показник материнської смертності входять усі випадки загибелі вагітних жінок, незалежно від причини, які трапилися від настання вагітності до кількох місяців (деколи навіть до року) після пологів. Це може бути смерть внаслідок загального захворювання (напр., вади серця), акушерської патології (яка найчастіше буває серед жінок із бідних верств суспільства, які не отримують належної медичної допомоги), абортів (за деякими дослідженнями, на цю причину припадає до 25-50% випадків загибелі вагітних жінок) та нещасного випадку, наприклад, через кілька тижнів після народження дитини. Натомість групи, на яких проводять оцінку безпечності контрацепції, складаються винятково із здорових жінок, у яких немає протипоказів до застосування контрацептивів. Ці жінки знаходяться під ретельним медичним контролем, що передбачає можливість раннього виявлення захворювань та своєчасного їх лікування.

Дослідження, у яких коректно сформовані обидві групи спостереження (напр., згадане раніше британське дослідження) доводять, що **за всіх решти однакових обставин небезпечнішою є саме гормональна контрацепція, а не вагітність.**

### **“Ніколи не дам жінці жодного засобу для зганняння плоду...” (із клятви Гіпократата)**

Як не глянь, контрацепція — справа не медична і не соціальна, а радше комерційна.

Донедавна фірми-виробники про людське око намагалися поширювати свою продукцію через акушерів-гінекологів, мотивуючи це необхідністю “індивідуального підбору контрацептиву”. Натомість тепер все частіше вони звертаються безпосередньо до споживача, усуваючи лікаря в цій справі настільки безцеремонно, що це починає дратувати. Найпоказовішою тут є тактика нідерландської фірми “Organon”, про що недавно писали у “Віснику асоціації акушерів-гінекологів України” (N 3(13) 2001, с. 64-74): “Если мы позволим таким фирмам, как “Органон”, вторгаться в сферу нашей деятельности (**вместо нас решать, какой способ контрацепции выбирать и что назначать**), то в скором времени будем сидеть в своих кабинетах, занимаясь рассматриванием рекламных плакатов и стендов, а в свободное от созерцания время — смахивать с них пыль” (цитата

мовою оригіналу). Шила в мішку не втаїш: тактика згаданої фірми переконливо свідчить, що лікар у справі контрацепції став непотрібною ланкою. Скориставшись авторитетом медицини на початку своєї діяльності, виробники контрацептивів завоювали ринок збуту, а згодом позбулися тепер вже не потрібного союзника.

На мою думку, медик, призначаючи контрацептиви, діє не професійно і неетично, тому що: 1) застосовує свої знання і вміння в немедичних цілях; 2) не має певності, що в кожному конкретному випадку його призначення буде успішним (оскільки ненадійність контрацептивів досить висока; 3) не може гарантувати відсутність побічних ефектів, які можуть призвести до набагато гіршої ситуації, ніж та, яка б склалася без призначення контрацептиву; 4) не може гарантувати, що його призначення буде безпечним для потомства пацієнтки (до речі, про абортивну дію деяких контрацептивів воліють промовчати). Додам тільки, що як і у випадку абортів, роль лікаря у справі з контрацепцією зводять до виконання чужого замовлення, до якого він абсолютно непричетний, а саме – до постачання клієнток фірмам-виробникам.

Д-р Рудольф Егман, автор книжки “Наслідки контрацепції”, бачить вихід “не в пошуку все ефективніших і безпечніших засобів контрацепції, навіть якщо б то були дійсно протизаплідні, а не абортивні засоби, а в обмеженні сексуальної свободи... Важливо навчати молодих людей, що сенсом і метою статевої близькості є передавання життя”. Такої ж думки дотримуються набагато ліберальніші у поглядах автори одного з досліджень наслідків застосування контрацепції: “Багато партнерів, позаподружні стосунки не служать доброму, моногамному подружжю. Розбиті родини роблять з наших дітей сиріт... Ми, лікарі, як перші, до кого звертається жінка, маємо обов’язок хоча б спробувати пробитися до її свідомості. Страхітлива загроза СНІДу є добрим претекстом до теми, а далі можна спокійно дискутувати”<sup>17</sup>.

Мусимо послідовно і наполегливо переконувати людей у тому, що проблему вирішує не контрацепція, а природне планування сім’ї.<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> Beral V. et al. Oral Contraceptive Use and the Malignancies of the Genital Tract: Results from the Royal College of General Practitioners’ Oral Contraception Study. — *Ob/Gyn Survey*, 1989, 44, 465.

<sup>18</sup> Дані без спеціального зазначення джерел взято із [www.ccli.org](http://www.ccli.org).