

# РЕЗОЛЮЦІЯ ЕКСПЕРТНОЇ РАДИ

## «ОПТИМІЗАЦІЯ СЛУЖБИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї В УКРАЇНІ В РЕАЛІЗАЦІЇ СУЧАСНОЇ СТРАТЕГІЇ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ»

(24 лютого 2017 року, Київ)

### РОЗВИТОК СЛУЖБИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї: СВІТОВІ ТЕНДЕНЦІЇ ТА НАЦІОНАЛЬНІ ЗДОБУТКИ

Здоров'я – важливий безцінний ресурс суспільства, це не лише відсутність хвороби, а й стан повного фізичного, духовного та соціального благополуччя. Одна з цілей Європейської програми ВООЗ «Здоров'я – 2020» полягає у збереженні і зміцненні здоров'я населення, продовженні періоду активного довголіття, тривалості життя та добробуту людей. Проблеми репродуктивного здоров'я відображені в цілях сталого розвитку ООН (2016–2030 рр.), серед яких – забезпечення загального доступу до послуг з охорони сексуального та репродуктивного здоров'я, включаючи послуги з планування сім'ї, інформування та просвіту, й урахування питань охорони репродуктивного здоров'я в національних стратегіях і програмах.

У світі сьогодні велика увага приділяється проблемі якості життя з огляду перш за все на старіння населення. Саме на якості життя буде сфокусований подальший розвиток охорони здоров'я. Дослідження якості життя є високоінформативним інструментом, який визначає ефективність системи надання медичної допомоги і дозволяє дати об'єктивну оцінку якості медичної допомоги на рівні головного її споживача – пацієнта. Основною метою системи та окремих закладів охорони репродуктивного здоров'я є впровадження стратегії ведення жінки від її внутрішньоутробного розвитку до старості та забезпечення якості життя в пубертатному, репродуктивному та постменопаузальному періодах.

Саме на досягнення цієї мети в Україні спрямована робота служби планування сім'ї (СПС), яка представлена Державним центром планування сім'ї та репродуктивного здоров'я, 25-ма обласними центрами планування сім'ї та 107-ма відділеннями і кабінетами в поліклінічно-амбулаторних закладах охорони здоров'я. Державний центр планування сім'ї та репродуктивного здоров'я створений на базі ДУ «Інститут педіатрії акушерства і гінекології НАМН України». Центр проводить методичну, аналітичну та лікувальну роботу (консультування з питань планування сім'ї жінок із екстрагенітальною патологією та ВІЛ), надає навчально-інформаційну, консультативну підтримку

регіональним центрам планування сім'ї на всіх адміністративних територіях України. В останні роки діяльність СПС в Україні, яка спрямована на попередження небажаної вагітності та ефективну передгравідарну підготовку, дозволила суттєво знизити показники кількості абортів.

Попри досягнуті успіхи в даному напрямку, рівень материнської та малюкової смертності перевищує відповідні показники в країнах Європи, а використання сучасних методів контрацепції в Україні залишається низьким, про що свідчать статистичні дані щодо частоти абортів, яка склала 255 абортів на 1000 народжених живими у 2015 році, незважаючи на те, що згідно з даними ВООЗ, зниження частоти абортів може допомогти зменшити ризик материнської смертності. Це можна пояснити як недостатньою обізнаністю жінок, так і недостатньою підготовкою медичного персоналу, зокрема сімейних лікарів як першої ланки надання медичної допомоги та лікарів акушерів-гінекологів, і їхнім розумінням місця і ролі використання сучасних контрацептивних методів та ефективної передгравідарної підготовки в зниженні вищевказаних показників. З огляду на це актуальним завданням залишається проведення інформаційно-просвітницької діяльності та подальша реалізація стратегії з використання надійних засобів і методів контрацепції, а також впровадження ефективної передгравідарної підготовки як дієвого елементу планування сім'ї.

### ЗАВДАННЯ СПС В УКРАЇНІ З УРАХУВАННЯМ СВІТОВИХ ТЕНДЕНЦІЙ

З урахуванням сучасних світових тенденцій ключовою метою служби планування сім'ї в Україні є покращення якості життя та продовження активного довголіття жінки, досягнення чого сприятиме реалізація трьох пріоритетних завдань:

- подальша реалізація стратегії з використання надійної контрацепції та впровадження ефективної передгравідарної підготовки з метою профілактики абортів, зниження материнської та малюкової смертності;
- зниження рівня захворюваності жінок на серцево-судинні та онкологічні захворювання (рак молочної залози, рак тіла та шийки матки) шляхом розробки і впровадження відповідних



Модератори:

#### Ю.Г. АНТИПКІН

д. мед. н., професор, академік НАМН України, директор ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», президент Асоціації педіатрів України, заступник голови Наукової Ради з клінічної медицини при Президії НАМН України, головний спеціаліст з педіатрії в системі НАМН України

#### В.В. КАМІНСЬКИЙ

д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Акушерство і гінекологія», завідувач кафедру акушерства, гінекології та репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

#### Т.Ф. ТАТАРЧУК

д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дитяча гінекологія», заступник директора з наукової роботи, завідувачка відділенням ендокринної гінекології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України»

Контакти:

Татарчук Тетяна Феофанівна  
ДУ «ІПАГ НАМН України»,  
відділення ендокринної гінекології  
04050, Київ, П. Майбороди, 8  
тел.: +38 (044) 483 80 87;  
+38 (044) 272 10 72  
e-mail: ipag.gyn@femina-health.org

## Склад експертної ради:

**Н.М. Боднарчук**  
начальник відділу з організації першої медичної допомоги та санаторного лікування Департаменту охорони здоров'я КМДА

**О.В. Булавенко**  
д. мед. н., професор, завідувачка кафедрою акушерства та гінекології №2 Вінницького НМУ ім. М.І. Пирогова

**О.В. Бурлака**  
д. мед. н., старший науковий співробітник відділення ендокринної гінекології ДУ «ІПАГ НАМН України»

**О.Д. Дубенко**  
д. мед. н., старший науковий співробітник відділення реабілітації репродуктивної функції ДУ «ІПАГ НАМН України»

**З.М. Дубоссарська**  
д. мед. н., професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПО ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

**Ю.О. Дубоссарська**  
д. мед. н., професор, завідувачка кафедрою акушерства, гінекології та перинатології ФПО ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

**А.Є. Дубчак**  
д. мед. н., професор, головний науковий співробітник відділення реабілітації репродуктивної функції ДУ «ІПАГ НАМН України»

**Н.Я. Жилка**  
д. мед. н., професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології НМАПО ім. П.Л.Шупика

**В.П. Квашенко**  
д. мед. н., професор, заступник головного лікаря з наукової роботи медичної компанії «Ізау»

**В.К. Кондратюк**  
д. мед. н., головний науковий співробітник відділення планування сім'ї ДУ «ІПАГ НАМН України»

**Н.В. Косей**  
д. мед. н., головний науковий співробітник відділення ендокринної гінекології ДУ «ІПАГ НАМН України»

**В.О. Потапов**  
д. мед. н., професор, завідувач кафедрою акушерства та гінекології ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

**О.О. Ревенько**  
д. мед. н., головний науковий співробітник відділення реабілітації репродуктивної функції ДУ «ІПАГ НАМН України»

**О.Г. Рєзніков**  
д. мед. н., професор, член-кореспондент НАН України, академік НАМН України, завідувач відділом ендокринології репродукції та адаптації Інституту ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України

**Н.К. Сіліна**  
к. мед. н., старший науковий співробітник відділення медичних та психосоціальних проблем здоров'я та сім'ї ДУ «ІПАГ НАМН України»

**О.В. Трохимович**  
д. мед. н., старший науковий співробітник відділення планування сім'ї ДУ «ІПАГ НАМН України»

**Н.А. Хаджинова**  
головний спеціаліст відділу організації акушерсько-гінекологічної допомоги Управління медичної допомоги матерям і дітям Медичного департаменту МОЗ України

скринінгових програм та інформаційно-профілактичних заходів;

• імплементація сучасного міжнародного досвіду щодо ефективності СПС, перегляд клінічного протоколу з питань планування сім'ї та його подальше впровадження на національному і регіональному рівнях (із залученням регіональних центрів планування сім'ї).

На сьогодні важливим завданням є інтеграція СПС в розвиток системи охорони репродуктивного здоров'я, спрямованої на покращення якості життя жінок всіх вікових груп. З огляду на це СПС повинна зосередитись не лише на проблемі профілактики небажаної та непланованої вагітності, захворювань, що передаються статевим шляхом, а й профілактики серцево-судинних та онкологічних захворювань (раку молочної залози, раку тіла та шийки матки) шляхом впровадження відповідних скринінгових і інформаційно-профілактичних програм та співпраці з онкомамологами та онкогінекологами. Кардіоваскулярна та онкологічні патології превалюють в структурі причин смертності жіночого населення. Крім того, у 2016 році Європейська асоціація кардіологів вперше включила гінекологічну патологію до факторів, що асоційовані з підвищеним ризиком розвитку серцево-судинних захворювань. Рак молочної залози, рак тіла і шийки матки – найбільш поширені онкопатології серед жіночого населення в Україні.

Важливим завданням СПС в Україні є імплементація сучасного міжнародного досвіду та його подальше впровадження на національному рівні (із залученням регіональних центрів планування сім'ї). Згідно з сучасними світовими тенденціями, якість життя жінки є основним критерієм належного консультування та вибору оптимального методу контрацепції в жінок різного віку, залежно від репродуктивних планів. При виборі методу контрацепції слід віддавати перевагу засобам, які мають певні профілактичні та терапевтичні ефекти, що дозволить покращити якість життя і здоров'я жінки в майбутньому.

## ПЕРЕГЛЯД КЛІНІЧНОГО ПРОТОКОЛУ З ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

Надання медичної допомоги у сфері планування сім'ї в Україні регламентується уніфікованим Клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Планування сім'ї», який затверджено наказом МОЗ України № 59 від 21 січня 2014 року. На сьогодні цей документ потребує оновлення, оскільки в 2014–2016 роках були оновлені основні міжнародні керівництва, на яких ба-

зується клінічний протокол, крім того, з'явилися нові міжнародні рекомендації в сфері планування сім'ї з доведеною ефективністю. З огляду на вищезазначене, необхідно внести наведені нижче зміни та додати нові розділи в оновлений протокол із планування сім'ї.

### Мікронутрієнтний статус і репродуктивне здоров'я жінки

Дефіцит мікронутрієнтів обумовлює підвищення ризику вроджених аномалій розвитку плода та акушерських ускладнень. Поза вагітністю дефіцит мікронутрієнтів знижує якість життя і погіршує самопочуття жінки. До основних вітамінів та мікроелементів, які необхідні для збереження репродуктивного здоров'я жінки і майбутнього потомства, відносять йод, залізо, вітамін D та фолат.

**Йод.** У йододефіцитних регіонах (до 100% території України) для профілактики ендемічного кретинізму і вроджених захворювань щитоподібної залози в дитини протягом 3 місяців до зачаття необхідне додаткове призначення препаратів йоду жінкам в дозі 150 мкг на добу. При настанні вагітності та в період грудного вигодовування кількість споживаного жінкою йоду має бути збільшена до 250 мкг на добу.

**Залізо.** Рішення про дотацію заліза має базуватися на даних лабораторної оцінки показників крові (феритин, гемоглобін). Рекомендована добова доза елементарного заліза для жінок репродуктивного віку складає 30–60 мг (ВООЗ, 2016). Жінкам із дефіцитом заліза та тяжкою анемією слід призначати препарати заліза у вищій дозі. Медикаментозне лікування залізодефіцитної анемії проводиться оральними формами препаратів заліза (таблетки, рідкі форми). В разі гострої аномальної кровотечі можуть бути застосовані препарати внутрішньовенного заліза.

**Вітамін D.** Вітамін D не лише відіграє важливу роль у формуванні кісткової системи, а й бере участь в регуляції мінерального обміну, проліферації та диференціації клітин, синтезі ліпідів, білків, ензимів, гормонів, роботі органів і систем, забезпеченні захисної та репродуктивної функцій. Рекомендована добова доза вітаміну D для жінок репродуктивного віку складає 600 МО. Рішення про призначення вищих доз вітаміну D необхідно приймати на підставі визначення концентрації 25-гідроксिवітаміну D (25OHD) в крові.

**Фолат.** Поза вагітністю дефіцит фолатів формує малі симптомокомплекси, які значно знижують якість життя і погіршують самопочуття жінки. При дефіциті фолату зростає ймовірність розвитку дефектів нервової трубки (ДНТ) у плода та серйозних ускладнень гес-

тації. За даними ресурсу EUROCAT (European surveillance of congenital anomalies), частота розвитку ДНТ у плода в Україні залишається високою і складає 21,57 випадків на 10 000 пологів (дані за 2014 рік). Більше того, за цим показником Україна продовжує лідувати серед країн Європи та Америки. Висока частота ДНТ в Україні може бути пов'язана з відсутністю програм із фортифікації продуктів харчування, недостатнім вживанням фолату з продуктами харчування чи порушенням його засвоєння (52–60% осіб в популяції, згідно з даними досліджень, мають порушення фолатного циклу внаслідок поліморфізмів гену метилентетрагідролатредуктази (MTHFR)).

У відповідності до результатів досліджень, близько 40% вагітностей є незапланованими, при цьому, за даними канадських вчених, лише 28,2% жінок в популяції вживають добавки фолієвої кислоти. Слід враховувати, що дефіцит фолатів та порушення фолатного циклу внаслідок поліморфізмів гену MTHFR призводять до накопичення гомоцистеїну в клітинах та підвищення загального рівня гомоцистеїну в плазмі. Гіпергомоцистеїнемія є незалежним фактором ризику серцево-судинних захворювань. З огляду на це, всіх жінок репродуктивного віку слід інформувати про користь фолату (фолієвої кислоти) під час візитів до лікаря незалежно від того, чи планують вони вагітність. Всім жінкам репродуктивного віку рекомендовано вживати 400 мкг фолату (фолієвої кислоти) на добу, навіть якщо вони не планують вагітність, оскільки багато вагітностей є незапланованими.

Комбіновані оральні контрацептиви (КОК) з активною формою фолату, що легко засвоюється навіть у разі ферментопатії, є надійним методом контрацепції з додатковою перевагою – забезпеченням фолатного статусу в жінок репродуктивного віку. Застосування КОК з фолатом у жінок репродуктивного віку дозволяє знизити ризик вад розвитку плода в разі незапланованого зачаття (при порушенні режиму прийому) або при планованій вагітності відразу після припинення використання гормональних контрацептивів. У користувачок таблетованих гормональних контрацептивів висока комплаєнтність (96,6–95,7% жінок приймають КОК постійно, не пропускаючи таблетки), завдяки чому одночасна корекція вмісту фолату в крові відбувається поступово і без значних перерв. Навіть за відсутності вагітності прийом КОК з фолатом дозволяє забезпечити організм жінки добовою дозою фолату, необхідною для підтримання її здоров'я.

### **Контрацепція для жінок в післяпологовому періоді**

В цілому гормональна контрацепція в 1,9 разів краще забезпечує оптимальний інтергенетичний інтервал, ніж бар'єрні методи. Методи тривалої гормональної контрацепції (в т. ч. внутрішньоматкова система з левоноргестрелом, ЛНГ-ВМС), ефективність яких не залежить від організованості жінки, покращує цей показник у 3,9 разів. Станом на 06.02.2017 в Україні зареєстровано дві внутрішньоматкові системи, що містять прогестин левоноргестрел: ЛНГ-ВМС 52 мг вивільняє 20 мкг ЛНГ на добу; ЛНГ-ВМС 13,5 мг вивільняє 6 мкг ЛНГ на добу (середнє значення за 3 роки). ЛНГ-ВМС виділяє ЛНГ безпосередньо у порожнину матки, вводиться лікарем у матку на 3 (ЛНГ-ВМС 13,5 мг) або 5 років (ЛНГ-ВМС 52 мг).

ЛНГ-ВМС (13,5 мг) – надійний та зручний метод контрацепції в післяпологовому періоді, оскільки вона встановлюється на 3 роки, забезпечуючи тим самим рекомендований міжпологовий інтервал, не потребує дотримання режиму прийому, що особливо важливо для молоді мами з великою кількістю турбот. ЛНГ-ВМС (13,5 мг) може застосовуватися під час годування грудьми після субінволюції матки (6 тижнів після пологів), оскільки вона не впливає на лактацію. Окрім контрацептивного ефекту, ЛНГ-ВМС (13,5 мг) позитивно впливає на рівень гемоглобіну, це важливо з огляду на те, що у багатьох жінок після пологів відзначається його зниження.

ЛНГ-ВМС (52 мг) – ефективний контрацептивний засіб для жінок, які окрім контрацепції потребують менеджменту аномальних маткових кровотеч (АМК).

### **Методи контрацепції для жінок в перименопаузі**

Призначення контрацепції в жінок старшого репродуктивного віку є актуальним питанням з огляду на зміни вікової структури жінок в Україні. На сьогодні жінки, старші за 50 років, складають 47% від загальної кількості жінок порівняно з 38% у 2006 році. Часто помилково вважається, що жінки в перименопаузі не потребують контрацепції. Дійсно, з віком знижується фертильність, якість і кількість ооцитів, однак більшість жінок цієї вікової групи перебувають у шлюбі або мають партнера, ведуть статеве життя. У жінок, старших за 45 років, вагітність може настати навіть на тлі відсутності менструації. Часто вагітність в перименопаузі є небажаною з огляду на зростання частоти хромосомних аберацій, ймовірності ускладнень та збільшення ризику перинатальної і материнської смертності. Аборти в жінок у перименопаузі характеризуються частим загостренням гінекологічної і екстрагенітальної патології, більш тяжким подальшим перебігом клімактеричного синдрому. Тому при виборі контрацептивного засобу метою є не лише запобігання небажаній вагітності, а й збереження здоров'я жінки та покращення якості її життя. Відповідно до критеріїв ВООЗ, вік жінки як єдиний фактор не може бути протипоказанням для використання доступних контрацептивних методів.

Згідно з Національним консенсусом щодо ведення пацієнток у клімактерії, жінкам слід продовжувати застосовувати контрацепцію протягом 1 року після останньої менструації, якщо вік складає більше 50 років, та протягом 2 років після останньої менструації у віці до 50 років.

У жінок у віці 45–47 років часто виникають тяжкі АМК, що значно погіршують якість життя, тому найбільш оптимальним є призначення комбінації естрадіолу валерат/дієногест, показаної для лікування АМК, які в жінок у перименопаузі часто виникають через ановуляцію. Динамічний режим дозування КОК з естрадіолу валератом асоційований із відносно стабільними рівнями естрогенів протягом всього циклу, що дозволяє позитивно впливати на вазомоторні симптоми та лабільність настрою; забезпечує організм жінки натуральним естрогеном; характеризується мінімальним впливом на метаболічні та гемостатичні параметри. Результати клінічних досліджень дозволяють припустити, що скорочення безгормонального інтервалу до 2

днів, як в комбінації естрадіолу валерат/дієногест, у порівнянні зі стандартною 7-денною перервою в більшості КОК, здатне істотно зменшити клімактеричні симптоми та симптоми, пов'язані з відміною гормонів.

В жінок у перименопаузі з АМК та/або дисменореєю, серцево-судинними захворюваннями, які обрали внутрішньоматкову контрацепцію, слід віддавати перевагу ЛНГ-ВМС (52 мг) в порівнянні з іншими внутрішньоматковими контрацептивами. ЛНГ-ВМС (52 мг) на 97% знижує об'єм менструальної крововтрати, сприяє підвищенню рівня гемоглобіну та феритину, тим самим покращуючи якість життя жінок із АМК. Жінки у віці 45 років і старші, які використовують ЛНГ-ВМС з контрацептивною метою, можуть використовувати систему протягом 5 років або, якщо в них спостерігається аменорея, до встановлення діагнозу менопаузи. Прийнятим алгоритмом є застосування ЛНГ-ВМС з контрацептивною метою з подальшим переходом до замісної гормональної терапії в комбінації з естрогеном.

Застосування ЛНГ-ВМС (52 мг) дозволяє знизити ризик гістеректомії, профілакує гіперплазію ендометрія, рак ендометрія та яєчників, зменшує прояви дисменореї (в т. ч. асоційованої з генітальним ендометріозом). ЛНГ-ВМС може застосовуватись у жінок із екстрагенітальною патологією (серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, ожиріння).

### **Консультавання та підбір методів контрацепції для ВІЛ-позитивних жінок**

В межах удосконалення організаційних та клінічних технологій щодо забезпечення ефективних послуг планування сім'ї в Україні чільне місце має бути приділене послугам із планування сім'ї ВІЛ-інфікованих пацієнтів з огляду на те, що на сучасному етапі основним чинником перинатальної ВІЛ-інфекції є небажана або непланована вагітність, що спричинює випадки передачі ВІЛ від матері до дитини та соціальне сирітство в країні (у 48,0% ВІЛ-інфікованих матерів, що народили ВІЛ-інфікованих дітей, вагітність була непланованою, в Україні 50% дискордантних сімей, 27,0% ВІЛ-інфікованих жінок після пологів мають не ВІЛ-інфікованого статевого партнера, у 40,0% ВІЛ-інфікованих жінок не задоволена потреба в методах планування сім'ї, серед ВІЛ-інфікованих дітей частка соціальних сиріт складає 35,6%). Означене потребує розробки дієвих заходів з попередження непланованої вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок.

### **Консультавання та підбір методів контрацепції для жінок-військових**

У зв'язку з широкою інтеграцією жінок в оборонну сферу їх кількість в сучасній українській армії постійно збільшується і нині складає понад 50 тисяч осіб. Сьогодні українські жінки-військові – це унікальна демографічна група, частина сучасного українського жіноцтва, що має максимальні ризики для свого здоров'я і здоров'я своїх майбутніх дітей.

Для ефективного виконання службових обов'язків, особливо в умовах проведення воєнних дій, жінки-військові порівняно з цивільними більш значною мірою потребують використання сучасних методів і режимів контрацепції. Крім запобігання незапланованій вагітності, ці потреби обумовлені також необхідністю пригнічення менструальної

симптоматики і супресії самих менструацій. Зацікавленість у тимчасовій аменореї з одного боку викликана бажанням жінок-військових мінімізувати гендерні фізичні розбіжності під час несення служби переважно у чоловічому середовищі; з іншого – проблемами санітарної гігієни, що набувають більшої актуальності під час військового розгортання.

Рекомендовано проводити профілактичне консультування жінок на етапі прийому на службу в Збройні сили України з метою своєчасного виявлення гінекологічних захворювань та призначення оптимальної контрацепції (з метою пригнічення менструацій та пов'язаних з ними симптомів) – КОК в безперервному режимі або ЛНГ-ВМС.

Використання КОК в безперервному режимі не тільки поліпшить якість життя жінок-військових, але й знизить ризик дисгормональних порушень репродуктивної системи. Відсутність значних гормональних і метаболічних коливань на тлі медикаментозного пригнічення овуляції допоможе зберегти адаптивну здатність жінок під час служби, знижуючи ризик посттравматичних стресових розладів, які в жінок цієї соціально-професійної групи виникають більш ніж у 2 рази частіше порівняно з чоловіками.

При застосуванні ЛНГ-ВМС у жінок немає потреби в дотриманні режиму прийому, зникає необхідність носити з собою достатній запас презервативів чи КОК під час дислокації та розгортання бойових дій. Зменшення об'єму менструальної крововтрати при застосуванні ЛНГ-ВМС є ще однією перевагою для жінок-військових, які обрали внутрішньоматкову контрацепцію для запобігання вагітності.

З огляду на вищезазначене, необхідно оновити уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Планування сім'ї», оскільки осучаснення підходить до розвитку СПС в Україні з урахуванням ефективного міжнародного досвіду та особливостей вітчизняної системи охорони здоров'я буде сприяти покращенню здоров'я жінок та народжених ними дітей, зміцненню сімейних цінностей, а відтак – поліпшенню демографічної ситуації в країні.