

Бібліотека медичного капелана



БІОЕТИКА

ПОСІБНИК

Комісія Української Греко-Католицької Церкви
у справах душпастирства охорони здоров'я

Біоетика

Посібник

Львів • 2016
Видавництво «Друкарські куншти»

УДК 27-468.6
ББК 86.37-12
К 63

Комісія УГКЦ у справах душпастирства охорони здоров'я. Біоетика: Посібник. — Львів: Друкарські куншти. 2016. — 288 с.

Посібник із Біоетики є п'ятим виданням із серії «Бібліотека медичного капелана». Теми посібника є цінним матеріалом для застосування медичними капеланами в лікувальних установах, душпастирями в парафіяльній діяльності та у медичних університетах, для використання медичним персоналом у лікувальних установах з метою утвердження персоналістичної моделі біоетики в українському суспільстві. Посібник охоплює широке поле морально-етичних проблем у галузі медицини та стосується сфери діяльності людини.

Видання здійснене за підтримки

ДІСЦЕЗІЇ ЛІМБУРГУ

та

благодійній організації

«ЦЕРКВА В ПОТРЕБІ»

ПОДРУЖНЯ ПЛІДНІСТЬ. МЕТОДИ РОЗПІЗНАВАННЯ ПЛІДНОСТІ. ЗАЧАТТЯ ТА ЕМБРІОНАЛЬНИЙ РОЗВИТОК ДИТИНИ

«І благословив їх Бог і сказав їм: “Будьте плідні й множтеся і наповняйте землю та підпорядкуйте її собі...”» (Бут. 1. 28). Господь, даючи свою першу заповідь сотвореній на Його образ і подобу людині, вказав спосіб її існування на землі, через який здійснюється Його Задум – плекання, ділення та примноження любові. Нерозривна єдність їх зв'язку є запорукою розвитку і перспективи життя цілого людства. Спільність чоловіка і жінки творять єдину цілісність, подібно як частини одного організму, які не життєздатні поокремо. «Так то полишає чоловік свого батька й матір і пристає до своєї жінки, і стануть вони одним тілом» (Бут. 2, 24).

Союз між чоловіком і жінкою творить фундамент для зародження та становлення спільноти любові, якою є сім'я та родина. Першою та основоположною структурою «людської екології» є сім'я, у лоні якої людина отримує перші уявлення, що формують розуміння істини та добра, пізнає, що таке любити і бути любленим, тим самим, зокрема, що таке бути особою. Спільність подружніх зв'язків поміж хрещеними освячена Св. Тайною Подружжя. Про сім'ю християн йдеться тоді, коли вона започаткована на подружжі, де обоє, чоловік і дружина, взаємно дарують себе один одному, створюючи середовище, в якому може народитись дитина та розвивати свої задатки, усвідомити свою гідність, підготуватись до своєї неповторної, особистої долі¹.

Подружжя вже від початку було встановлене Богом, а не людиною, і в своїй суті є священним та нерозривним, де ця нерозривність відповідає суті любові між чоловіком та дру-

¹ Поп. Goivanni Paolo II, *Lettera enciclica «Centesimus annus»*, 1 maggio 1991, in *Le encicliche sociali. Dalla Rerum Novarum alla Centesimus annus*. Edizioni Paoline, Roma, 1991, n. 39.

жиною². Подружня єдність, яка сповнюється взаємним даруванням та доповненням між подругами, здійснює своє поклонання як в тілесному, так і духовному вимірі. «Через подружнє єднання здійснюється подвійна мета шлюбу: добро самого подружжя і передавання життя. Не можна розділяти цих двох значень або вартостей подружжя, не спотворивши духовного життя пари та не наражаючи на небезпеку добра подружжя та майбутнього родини. Таким чином до подружньої любові чоловіка і дружини ставиться подвійна вимога – вірності і плідності»³.

Прокреативна відповідальність

Обоє подругів беруть участь у продовженні роду (*прокреація*), що долучає їх до співпраці з Богом. «Бог Творець встановив подружжя розумно і передбачливо з тією метою, щоб здійснювати в людях свій задум любові. Тому подружжя через взаємне віддавання себе, виключно для них властиве, прямує до такої спільності, щоб удосконалюватися в ній взаємно і співпрацювати з Богом, народжуючи на світ і виховуючи нових людей»⁴. Спосіб, в який подруги стають співпрацівниками Творця в справі продовження людського роду, має зберігати всі якості *відповідальності*. «У місії подружжя передавати життя і бути вихователями тих, кому вони його дали, чоловік і дружина є співпрацівниками Божої любові і наче її виразниками. Отже, вони повинні виконувати свій обов'язок з усією людською і християнською відповідальністю»⁵.

Прокреативна відповідальність об'єднує в собі рівноцінну співучасть як чоловіка, так і дружини, що передбачає не лише планування зачаття та прийняття нового життя, але й наступне виховання нащадків в світлі християнських моральних принципів. Належною поставою відповідальності подругів є усвідомлене прийняття важливого *обов'язку* за

² Поп. Concilio Vaticano II, *Costituzione Pastorale Sulla Chiesa Nel Mondo Contemporaneo* «*Gaudium et spes*», in *Acta Apostolicae Sedis* 58, 1966, n. 48.

³ Катехизм Католицької Церкви, «Місіонер», Жовква, 2002, н. 2363.

⁴ Paolo VI, *Lettera enciclica «Humanae Vitae»*, in *Acta Apostolicae Sedis* 60, 1968, n. 8.

⁵ Concilio Vaticano II, *Costituzione Pastorale Sulla Chiesa Nel Mondo Contemporaneo* «*Gaudium et spes*», n. 50.

творення та виховання нового життя. Беручи до уваги фізичні, економічні, психологічні та соціальні умови, відповідальне батьківство повинно практикуватися як тими, хто зважено і великодушно вирішує мати більше дітей, так і тими, хто з огляду на серйозні підстави, шануючи моральні приписи, вирішує не мати наступних дітей впродовж певного визначеного або ж невизначеного часу. З цього випливає, що вони, сповняючи завдання передавання життя, не мають права діяти свавільно, так, неначе визначення морально допустимих шляхів залежало би від їхнього власного довільного розсуду. Вони, радше, зобов'язані зорієнтувати свою поведінку на Божий план творення, котрий, з одного боку, виражається в суті подружжя та його актів, а з іншого, його проголошує незмінне вчення Церкви⁶.

Не менш важливим від продовження роду елементом прокреативної відповідальності є обов'язок усестороннього виховання дітей. Батьки, тому що дали дітям життя, мають тяжкий обов'язок виховати своїх дітей; тож мусять бути за перших і головних виховників. А цей обов'язок є такої великої ваги, що де його занедбано, ледве можна його будь-чим заступити⁷.

Дуже часто суть відповідальності прокреативної цілі подружжя трактується викривлено і обмежено. Досить поширена думка про те, що відповідальна позиція щодо обов'язку народження дітей означає взагалі не народжувати або народжувати мало, для чого достатньо вміти користуватись контрацептивами чи абортивними засобами. У результаті такого ставлення до прокреації, незаплановане зачаття стає нещасним випадком, а вагітність – патологічним, хворобливим, загрозливим станом. Очевидно, що суть прокреативної відповідальності в жодному разі не дорівнює контрацептивній ментальності. Подружні зв'язки між чоловіком і дружиною можуть започатковуватися на різних об'єднуючих факторах, але саме принцип шлюбу в своїй суті містить значення прокреації. Відповідно до свого природного характеру інститут

⁶ Пор. Paolo VI, *Lettera enciclica «Humanae Vitae»*, n. 10.

⁷ Пор. Concilio Vaticano II, *Dichiarazione Sull'educazione Cristiana «Gravissimum Educationis»*, in *Acta Apostolicae Sedis* 58, 1966, n. 3.

шлюбу і подружжя любов призначені для народження та виховання нащадків, якими вони увінчуються⁸.

Подружжя є поєднанням душ і тіл з метою покликання до існування нового людського життя, це акт, у якому об'єднані одночасно вимір прокреації та єднання подругів. Зріла любов подругів, що звела їх у подружжі, завжди проектується на плідність, адже справжня любов ніколи не може обмежуватись і не зростати. Єдність і любов, що зв'язує чоловіка і жінку в подружжі, бере участь у творчій всемогутності Бога, який закликає подружжя до співпраці у справі сотворення людей. Створюючи людину, Бог-Творець любить її і прагне, щоб батьки, даючи життя дитині, були повністю поєднані любов'ю. Народження дитини – це співтворіння і дарування нового життя.

Справжня дозріла людська любов необмежена в часі, триває і передається, є відкритою і плідною, і саме в такий спосіб вона звершується. Подруги прагнуть бути разом, і не хочуть, щоб їхня любов загинула, коли бажають мати дитину – плід їхньої любові. «Дитина не приходить із зовні, щоб долучитися до взаємної любові подружжя; вона з'являється в самому серці цього взаємного дару, плодом і здійсненням якого вона є»⁹.

Найбільш виразним прикладом подружньої любові є подружній акт, що поєднує в собі як єднальний, так і прокреативний вимір. Через свою внутрішню поєднаність двох вимірів, шлюбний акт веде за собою велику відповідальність: відповідальність вибору, пов'язаного зі знанням наслідків; відповідальність, що передбачає згоду взяти на себе тягар наслідків цього вибору. Це відповідальність, усю вагу якої подружжя відчує лише тоді, коли усвідомить, що подружній акт – не міжособистий, а глибоко персональний акт. Акт, у якому кожен подруг виражає себе в усій своїй об'єктивній, психологічній, тілесній та прокреаційній реальності, незважаючи на

⁸ Concilio Vaticano II, *Costituzione Pastorale Sulla Chiesa Nel Mondo Contemporaneo* «*Gaudium et spes*», п. 48.

⁹ Катехизм Католицької Церкви, н. 2366.

те, що прокреація може потім реалізуватися в кожному вияві подружнього кохання¹⁰.

Побутує думка, навіть серед тих, що вважають себе віруючими, що подружжя є просто дозволом на сексуальну активність, хоч одночасно зовсім не беруть до уваги народження дітей, тобто не бажають створювати родину. Подібне розуміння подружжя є прикладом незрілої любові подругів між собою. «Справжнє кохання прямує до подружжя, а не просто до сексуального співжиття, котре є лише короткотривалим поєднанням»¹¹. Чоловік та дружина виступають як образ Божий, коли, народжуючи дітей, стають діяльними сопричасниками творчої сили і батьківства Бога (Еф. 3, 14–15; Мт. 23, 9). Таким чином, плідність є одночасно завданням, звершенням та покликанням подружжя, які вимагають особливої відповідальності. «Відповідальне батьківство і материнство особливо і безпосередньо стосується моменту, коли чоловік і жінка, єднаючись в одну плоть, можуть стати батьками. Це особливо цінний момент у їхніх міжособових стосунках і їхньому служінні життю: вони можуть стати батьками – батьком і матір'ю – даючи життя новій людині. Два виміри подружнього союзу, об'єднувальний і дітородний, не можуть бути штучно розділені без шкоди для найглибшої істини самого подружнього акту»¹².

На жаль, у сучасному світі щораз більше поширюється якраз таке розділення, тому що подружні пари намагаються від подружнього акту отримати тільки приємність і задоволення, уникаючи різними способами зачаття. Однак подруги не усвідомлюють собі, що, відкидаючи народження дітей, вони тим самим відкидають Бога, який дав їм цей дар плідності. Тоді подружні стосунки стають забавкою, осередком насолоди, що часто призводить до недотримання подруж-

¹⁰ Пор. Ді П'єтро М. Л., «Виховання сексуальності та відповідальна прокреація», в *Бюетика. Підручник для медичних вищих навчальних закладів*, за ред. Е. Згречча, А. Дж. Спаньоло, М. Л. ді П'єтро, перекл. з італ. В. Й. Шовкун, Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», Львів, 2007. – С. 350.

¹¹ Пултівська В., *Приготування до подружнього життя*, Свічадо, Львів, 2004. – С. 48.

¹² Giovanni Paolo II, *Lettera alle Famiglie «Gratissimam Sanam»*, 2 febbraio 1994, in *Acta Apostolicae Sedis* 86, n. 12.

ньої вірності, розлучень, принагідних подружж, проституції і взагалі до неупорядкованого статевого життя¹³.

Реалізація подружньої любові здійснюється за рахунок сексуальності чоловіка і дружини – приналежності їх до різних статей. «Сексуальність призначена для подружньої любові чоловіка і жінки. У подружжі тілесна близькість стає знаком і запорукою духовної спільності»¹⁴. Статеве єднання має виражати і забезпечувати обидва виміри подружніх зав'язків – взаємне добро подругів і дітонородження. Таким чином, функціональне завдання статевої (репродуктивної) системи одночасно повинно поєднувати та забезпечувати як емоційно-чуттєве задоволення, так і відкритість на нове життя. «Бо Творець Сам (...) учинив, що в цій функції [дітонородження] чоловік і дружина відчують радість і задоволення тіла і душі. Отже, чоловік і дружина не чинять нічого поганого, шукаючи цього задоволення і втішаючись ним. Вони приймають те, що Творець їм призначив»¹⁵. Нема нічого поганого і негідного в пошуку радості і задоволення через єднання в подружньому акті чоловіка і його дружини. «Акти, через які чоловік і дружина з'єднуються одне з одним інтимно й чисто, є чесні і гідні. Вчинені справді по-людському, вони є знаком і виявом взаємообдарування, через яке чоловік і дружина збагачують одне одного радістю і вдячністю»¹⁶.

Першою формою відповідальності є визнання значення подружнього акту та його внутрішньої прокреативної, а не лише об'єднувальної мети. І лише тоді, коли зважаючи зачати дитину чи віддалити момент її зачаття, або й уникнути його, подружжя зможе прийняти зріле рішення, чи займатися їм подружньою любов'ю в час, коли зачаття можливе або неможливе. Натомість, маніпулювання подружнім актом у такий спосіб, який виражає лише його психологічно-емоційний вимір і не виражає прокреативного виміру, або виявляє лише

¹³ Пор. Шевців І., «Збірник», «Здорові українські родини – підстава нашого майбутнього», Свічадо, Львів, 1996. – С. 191.

¹⁴ Катехизм Католицької Церкви, н. 2360.

¹⁵ Pio XII, *Discorso Alle Partecipanti Al Congresso Della Unione Cattolica Italiana Ostetriche*, 20 ottobre 1951, in *Acta Apostolicae Sedis* 43. – P. 851-852.

¹⁶ Concilio Vaticano II, *Costituzione Pastorale Sulla Chiesa Nel Mondo Contemporaneo «Gaudium et spes»*, н. 49.

біологічно-фізіологічний факт і не виявляє одночасно емоційного й духовного єднання, позбавлене відповідальності. «Сексуальність, завдяки якій чоловік і жінка взаємно віддаються особливим притаманним лише подружжю актам, не є чимось чисто біологічним, а торкається людини як такої в її сокровенній суті. Сексуальність здійснюється правдиво людським способом тільки тоді, якщо становить невіддільну частину любові, якою чоловік і жінка цілковито себе зв'язують, аж до смерті»¹⁷. Необхідно, щоб всякий подружній акт сам собою був одночасно як виразом об'єднувальної любові подругів, так і відкритим для передавання людського життя¹⁸.

Визнання значення шлюбного акту та прокреації дає розуміння того, що перед подругами постають й інші форми відповідальності: відповідальність одного перед одним, що вимагає визнавати в кожному особу й поважати одне одного; відповідальність обох перед подружнім актом і перед власною плідністю, звідки випливають пошуки порозуміння, яке ґрунтується на взаємному знанні життєвих ритмів і біологічних вимог, спільного й гармонізованого вибору, відмов, які ухвалюються та здійснюються разом; відповідальність перед уже народженими дітьми й тими, які ще народяться, із урахуванням своїх життєвих умов, матеріальних і духовних; відповідальність, яка визначає, чи мати велику сім'ю, чи, добре обміркувавши, тимчасово або навіть упродовж невизначено тривалого часу не народжувати наступних дітей; відповідальність перед суспільством і державою; відповідальність перед Богом¹⁹.

Особливий аспект відповідальності стосується регулювання народжуваності. Конституція про Церкву в сучасному світі навчає: «Нехай батьки будуть свідомі того, що вони мають завдання передавати людське життя та виховувати тих, кому вони передали це життя. (...) Вони повинні сповнювати це завдання з людською і християнською відповідальністю.

¹⁷ Giovanni Paolo II, *Esortazione Apostolica «Familiaris Consortio»*, in *Acta Apostolicae Sedis* 73, n. 11.

¹⁸ Пор. Paolo VI, *Lettera enciclica «Humanae Vitae»*, n. 11.

¹⁹ Пор. Ді П'єтро М. Л., «Виховання сексуальності та відповідальна прокреація». – С. 351.

Повні слухняної пошани до Бога, вони приймуть належне рішення (про кількість дітей, яких вони можуть привести на світ) після спільної наради й зусилля»²⁰. Батьки повинні приводити на світ стільки дітей, скільки дозволяють їхні фізичні, моральні та матеріальні засоби. Рівночасно вони повинні брати до уваги добро країни, в якій живуть, запитуючи себе, чи їхня батьківщина може надати в достатній кількості засобів на життя, щоби їхні діти могли нормально рости й розвиватися в здорових, повноцінних громадян і добрих християн.

Визнавши цінність особи, творіння, присутнього в іншому, подругам відкривається повнота буття, в якому вони стають співробітниками самого Творця, співучасниками його плодючої та об'єднувальної любові. Віруюча людина визнає дар трансцендентної любові та відповідальної прокреації, визнає, що дитина є дарунком Бога ще до того, як вона стане плодом подружнього кохання. За таких обставин одружена людина відчуває, що прокреаційний проект є «трансцендентною дедукцією», а не просто тимчасовою функцією, а тим більше не маніпуляторною операцією. І тому розуміє, що подружній акт – це не просто якась дія, а прокреація – не просто відтворення; це той акт, який не можна ані імітувати, ані спростити чи обмежити в його структурі²¹.

Прикладами кризи прокреативної відповідальності є застосування контрацепції, здійснення абортів, позаподружні вагітності, деякі штучні репродуктивні технології, що є маніпуляціями з невинним зачатим життям.

Фізіологія подружньої плідності

Створивши людину чоловіком і жінкою Господь Бог дав їм тим самим особливий привілей. Через статевість Він дав людям незбагненний дар: поділився з ними, як з привілейованими істотами, творчою могутністю. Бог зробив людей співучасниками у справі творення, передавши їм свою творчу силу, свою могутність продовжувати життя. «Бог, який є

²⁰ Concilio Vaticano II, *Costituzione Pastorale Sulla Chiesa Nel Mondo Contemporaneo* «*Gaudium et spes*», п. 50

²¹ Пор. Ді П'єтро М. Л., «Виховання сексуальності та відповідальна прокреація». – С. 351.

любов'ю і життям, закарбував у чоловікові і жінці покликання в особливий спосіб брати участь у Його таємниці особового спілкування і його праці як Творця і Отця»²².

Своїм Божим промыслом Вседержитель дар плідності між чоловіком і жінкою розподілив по-різному: дорослий здоровий чоловік завжди є плідним, його статеві клітини будь-коли можуть запліднити жіночу яйцеклітину; жінка не може будь-коли завагітніти, а лише у визначений Творцем період, який є обмежений в часі. Створення нової людської істоти – це творчий акт Божої волі, що відбувається за участю подругів.

Завдання продовження роду в організмі чоловіка і жінки забезпечує репродуктивна функція. Репродуктивна функція – єдина з усіх інших фізіологічних функцій, яка вимагає участі та взаємодії індивідів протилежної статі – чоловіка і жінки. Нормальну фізіологічну репродуктивну діяльність забезпечує статева система людського організму, яка є комплексом систем і органів, що забезпечують процес запліднення і зачаття, вагітності і народження. Статева система чоловіка і жінки відрізняється між собою, і як наслідок забезпечують відмінні функції, які в сукупності та взаємодоповненні утворюють репродуктивну функцію подружжя – продовження роду. Попри важливість обох типів статевих систем, визначальною в забезпеченні репродуктивної функції є саме жіноча статева система. Творець наділив жінок складними фізіологічними процесами, які не мають аналогів у чоловіків – оваріально-менструальний цикл, вагітність, вигодовування дитини, що забезпечують основне біологічне призначення жіночого організму – здатність до дітонародження, продовження роду.

Збереження репродуктивної функції подружжя на належному рівні прямо залежить від стану *репродуктивного здоров'я*. Окрім фактичного стану здоров'я чоловіка і жінки, великий вплив на репродуктивну функцію мають комплекс профілактично-лікувальних заходів, які мають на меті створення оптимальних умов (фізичних, психічних, соціально-

²² Congregazione Per La Dottrina Della Fede, *Istruzione sul rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione* – «*Donum vitae*», 22 febbraio 1987, in *Acta Apostolicae Sedis* 80. – P. 75.

економічних, середовищних) для зачаття, виношування й народження дитини. Про репродуктивне здоров'я слід дбати від самого дитинства, адже важливими факторами впливу на його розвиток буде правильне харчування, спосіб життя, відсутність шкідливих звичок, особиста гігієна, набуті або спадкові захворювання. Задля підтримки в належному стані репродуктивного здоров'я слід усвідомити шкідливість використання подружжям абортивно-контрацептивних засобів, які можуть стати причиною їхньої неплідності в майбутньому, навчитись не наражати себе на ризик зараження хворобами, що передаються статевим шляхом, утримуватись від нерозбірливих статевих зносин, а також з усією уважністю ставитися до власної спроможності брати на себе відповідальність за можливий прокреативний вибір. Репродуктивне здоров'я залежить також від варіантів вибору, які робить суспільство: створити сприятливе життєве середовище (забезпечити відсутність токсичних речовин у повітрі, воді та харчових продуктах, забезпечити добре харчування тощо) та добрі умови праці для вагітних жінок, що збереже здоров'я як матері, так і дитини.

Чоловіча репродуктивна функція фізіологічно включає в себе *гермінативну функцію* сім'яників – утворення та розвиток чоловічих статевих клітин (сперматозоїдів); *фізіологію статевого акту* – здатність забезпечити потрапляння чоловічих гамет в жіночий статевий тракт; *гормональну регуляцію* – достатня активність гормонів і їхній вплив на статеву систему. Натомість, жіноча репродуктивна функція охоплює *оваріально-менструальний цикл* – дозрівання та вихід з фолікула (овуляція) зрілої жіночої статевої клітини (яйцеклітини) і пов'язані з цим фізіологічні зміни у жіночих внутрішніх статевих органах; *гуморальна регуляція* – активність жіночих статевих гормонів; *вагітність та пологи* – процес виношування та народження дитини²³.

Від моменту настання статевої зрілості (16-18 років) до часу збереження усіх функцій репродуктивної системи плідність чоловіка є постійна. На відміну від чоловічої, жіноча

²³ Див. Орлов Р. С., *Нормальная физиология*, учебник 2-е изд., испр. и доп., ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2010. – С. 361-395.

плідність є циклічною і непостійною. Вона обмежена не лише репродуктивним періодом життя жінки – від статевої зрілості до *менопаузи* (припинення оваріально-менструальної функції), але й коротким часом життя яйцеклітини після овуляції (22-24 год.). Окрім цього, у нормі раз або двічі на рік у репродуктивно здорової жінки можуть траплятися *ановуляторні* цикли, коли не відбувається вивільнення зрілої яйцеклітини. Таким чином, плідність жінки є обмежена часом життя яйцеклітини упродовж одного оваріально-менструального циклу.

Репродуктивна функція чоловіків регулюється взаємодією гіпоталамусу, гіпофізу та сім'яників. Гіпоталамус виділяє тропні нейрогормони (гонадоліберин), які впливають на гіпофіз. Нейрогормони стимулюють виділення гіпофізом фолікулостимулюючого (ФСГ) та лютеїнізуючого (ЛГ) гормонів. ЛГ діє на сім'яники і стимулює виділення андрогенів – чоловічих статевих гормонів – серед яких найважливішим є тестостерон. Під дією ФСГ та тестостерону утворюються сперматозоїди. Високий рівень в плазмі крові тестостерону гальмує виділення нейрогормонів гіпоталамусом та гіпофізарних гормонів, і навпаки – низький рівень тестостерону – знімає гальмівний вплив на гіпоталамус. Порція зрілих сперматозоїдів, необхідна для запліднення яйцеклітини (мінімум 20 млн. в 1 мл.), дозріває за 3-4 дні (70-72 год.). Якщо подружнє співжиття відбувається частіше, особливо перед овуляцією, тоді в спермі переважатимуть незрілі сперматозоїди, що і може бути причиною неплідності подружжя²⁴.

Репродуктивна функція жінки, а зокрема її гуморальна регуляція, влаштована значно складніше, аніж у чоловіків. Окрім гіпоталамусу, гіпофізу та яйників (жіночі статеві залози) активну участь в регуляції репродуктивної функції беруть надгіпоталамічні структури головного мозку (кора головного мозку, мигдалеподібне тіло та лімбічна система). Вони сприймають імпульси із зовнішнього середовища за допомогою інтерорецепторів і передають їх через системи нейротрансмітерів у нейросекреторні ядра гіпоталамуса. Так, експериментальне подразнення мигдалеподібного тіла спричи-

²⁴ Див. *Плідність – дар і завдання*, навчальний посібник з методу розпізнавання плідності, упорядник О. Кука, «Колесо», Львів, 2007. – С. 35-37.

нює овуляцію. Внаслідок стресових станів, змін клімато-географічних зон, ритму праці виникають порушення овуляції та менструального циклу.

Під впливом імпульсів з надгіпоталамічних структур в гіпофізотропній зоні гіпоталамуса відбувається виділення гонадотропних рилізінг-гормонів (ГТ-РГ), які стимулюють секрецію гонадотропних гормонів гіпофіза: фолікулостимулюючого (ФСГ), лютеїнізуючого (ЛГ), лютеотропного (ЛТГ) та пролактину. Циклічний викид ФСГ приводить до розвитку в яйнику групи примордіальних фолікулів, які перетворюються у вторинні, а згодом один із них – домінантний – розвивається у третинний зрілий фолікул, з якого виходить під час овуляції зріла яйцеклітина. Фолікули, що ростуть в яйнику, продукують жіночі статеві гормони *естрогени*. Їх концентрація поступово зростає і приблизно за 24 години до овуляції настає пік їх концентрації. Збільшення кількості естрогенів стимулює секрецію в гіпофізі іншого гормону – лютеїнізуючого (ЛГ), концентрація якого стрімко зростає і досягає піку за 12-16 годин до овуляції. ЛГ ініціює розрив фолікула, а також процес його лютеїнізації – перетворення в жовте тіло (тимчасова ендокринна залоза, що синтезує *прогестерон*). Після утворення жовтого тіла, гіпофіз починає виділяти лютеотропний гормон, що підтримує його функціонування (фаза жовтого тіла). Підвищення рівня прогестерону пригнічує активність гіпофізу і концентрація ФСГ та ЛГ повертається до початкового рівня. Тривалість життя жовтого тіла 12-16 днів, і, якщо не відбулось запліднення та не почалась вагітність, інволює, перетворюючись на сполучнотканинне білувате тіло. Якщо ж вагітність почалась, жовте тіло активно функціонує упродовж першого триместру вагітності, через що його ще називають залозою вагітності, а гормон, який ним секретується – гормоном вагітності (прогестерон).

Після утворення білуватого сполучнотканинного тіла та зі зменшенням секреції яйникових гормонів (естрогени і прогестерон) закінчується менструальний цикл та починається наступний (кровотеча). Зниження концентрації яйникових гормонів стимулює знову виділення ФСГ гіпофізом.

Зміни в організмі жінки упродовж менструального циклу мають двофазний характер, що пов'язано з розвитком і дозріванням фолікула, овуляцією і формуванням жовтого тіла в яйниках: до овуляції – естрогенова, і після овуляції – прогестеронова фаза. Найвиразніші циклічні зміни відбуваються в ендометрії (слизова оболонка матки). Кожний нормальний менструальний цикл є підготовкою організму жінки до вагітності. Запліднення і вагітність настають, як правило, у середині менструального циклу (14-й день), після розриву третинного фолікула (овуляції) і виходу з яйника зрілої яйцеклітини, проте можливі коливання овуляції від 8-го до 20-го дня циклу (вплив надгіпоталамічних структур). Якщо в цей період запліднення не відбувається, незапліднена яйцеклітина гине, а функціональний шар ендометрія відторгується, і починається менструальна кровотеча (місячні). Тривалість менструального циклу становить проміжок часу від першого дня однієї менструації до першого дня наступної. У нормі вона коливається від 21 до 35 днів і у більшості жінок становить 28 днів (ідеальний менструальний цикл). Тривалість менструальної кровотечі коливається від 2 до 8 днів (в середньому 4-6 днів), що залежить від швидкості регенерації ендометрія і, як правило, є сталою в однієї і тієї самої жінки від циклу до циклу.

Від настання статевої зрілості, регулярні менструальні цикли тривають в подальшому безперервно упродовж 23-28 років репродуктивного періоду життя жінки. Відсутність менструацій (*фізіологічна аменорея*) спостерігається у жінок упродовж вагітності й грудного вигодовування. Після репродуктивного періоду життя – в житті жінки відбувається поступове згасання менструальної функції (*пременопауза*), яка повністю припиняється в період старіння (*менопауза*).

Менструальний цикл ще називають овуляторним, вказуючи на те, що в ньому відбувається овуляція. Однак є цикли ановуляторні, в яких не відбулося виділення зрілої яйцеклітини. Тривалість першої передовуляційної фази циклу (естрогенової або фолікулярної) – може змінюватись під дією різних чинників: хвороби, переїзду чи подорожі, зміни клімату, стресу, емоційного напруження тощо. Натомість три-

валість другої фази (прогестеронової) – післяовуляційної – є сталою – 14 ± 2 дні, що дорівнює тривалості функціонування жовтого тіла.

Під впливом естрогенів та прогестерону відбуваються циклічні зміни у внутрішніх статевих органах жінки відповідно до фаз менструального циклу. Внаслідок поступового збільшення концентрації естрогенів від початку менструального циклу відбувається розростання функціонального шару ендометрію та досягає найбільшої товщини (8-10 мм) на момент овуляції. Після овуляції, якщо не відбулось запліднення, під дією прогестерону, який гальмує вплив естрогенів на ендометрій, починається ішемічна фаза, під час якої порушується трофіка слизової оболонки матки та збільшуються дегенеративні зміни. У зв'язку з регресом жовтого тіла і відповідним різким зниженням концентрації гормонів виникають ішемія ендометрія, спазми артерій, стаз крові, утворення тромбів; підвищується проникність судин, з'являються крововиливи у строму, лейкоцитарна інфільтрація. Відбувається некробіоз тканини та десквамація ендометрія – *менструація*. Після відторгнення некротизованого функціонального шару ендометрія, розпочинається фаза регенерації та епітелізації усієї поверхні ендометрія.

Зміни гормонального фону впливають також на стан маткових труб, шийки матки й піхви. Зміни в шийці матки упродовж менструального циклу виникають переважно в її залозах у передовуляційній (фолікулярній) фазі. Секреторна активність залоз шийки матки досягає найбільшого рівня під час овуляції внаслідок естрогенної стимуляції. Якість слизу (рідкий та прозорий) шийки матки має велике значення для проникнення сперматозоїдів у канал шийки і порожнину матки. Він виконує ряд важливих функцій: транспортну – проводить сперматозоїди до верхніх відділів статевого тракту, капітарну – сприяє завершенню дозрівання сперматозоїдів, захисну – оберігає їх від кислого середовища піхви, селективну – пропускає здорові та затримує незрілі сперматозоїди. Під час овуляції слиз, захоплений пінцетом, розтягується до 8–10 см (симптом розтягнення слизу). При висушуванні слизу шийки матки на склі спостерігається його арбориза-

ція – рисунок папороті (симптом папороті), внаслідок високої концентрації йонів Na^+ . Із наближенням овуляції шийка матки м'якшає (на дотик як мочка вуха), підіймається в піхві, а її отвір збільшується та нагадує зіницю (симптом «зіниці»), його діаметр збільшується від 1 до 3 мм. Поява симптому «зіниці» свідчить про значну продукцію естрогенів яйниками. Після утворення жовтого тіла отвір шийки матки закривається, вона опускається, твердне (на дотик як кінчик носа), кількість слизу в каналі шийки матки помітно зменшується, він стає густим і непрозорим, утворюється так званий корок, внаслідок чого статеві шляхи стають непрохідними як для сперматозоїдів, так і для збудників інфекцій.

Окрім змін, викликаних дією естрогенів, які свідчать про настання овуляції, важливим показником її наближення є також термогенний ефект секреції прогестерону. Внаслідок впливу прогестерону на терморецептори гіпоталамусу, з наближенням овуляції відбувається підвищення базальної температури тіла – найнижчої температури тіла в стані спокою.

Відповідно до можливості запліднення у різні фази менструального циклу, його поділяють на фази плідності та неплідності (фертильності та інфертильності). Таким чином, менструальний цикл жінки можна поділити на три періоди: період передовуляційної відносної неплідності, коли тільки розпочинається розвиток яйцеклітини (зберігається можливість запліднення); період абсолютної плідності, коли найімовірніше може відбутись зачаття дитини і пов'язаний із виходом яйцеклітини та її життєвим циклом (24 години після овуляції); період післяовуляційної абсолютної неплідності, коли яйцеклітина загинула. Жінка є потечійно плідна тільки 24 години після овуляції, а у виняткових випадках – коли відбувається так звана друга овуляція, упродовж доби після першої – 48 годин²⁵. Про настання плідного періоду можуть сигналізувати ознаки плідності: підвищення базальної температури тіла, поява плідного цервікального (лат. *cervix* – шийка матки) слизу, зміна положення та стану шийки матки, симптом «зіниці».

²⁵ Див. там само. – С. 37-44.

Кожному – і чоловікові, і жінці – слід визнати і прийняти свою сексуальну totoжність. Фізична, моральна і духовна відмінність і взаємодоповнення спрямовані на добро подружжя і процвітання родинного життя. Гармонія подружньої пари та суспільства залежить від того, як чоловік і жінка переживають своє взаємне служіння та власну ідентичність. «Надзвичайно серйозний обов'язок передавання людського життя, завдяки якому чоловік та жінка стають вільними і свідомими співпрацівниками Бога-Творця, наповнює їх завжди великою радістю; однак ця радість часто пов'язана із невеликими труднощами та клопотами. У всі часи виконання цього обов'язку ставило перед совістю одружених важкі проблеми. Найновіший розвиток, що його набуває людське суспільство, спричинює зміни такого типу, що виникають нові запитання, які Церква не може ігнорувати, оскільки вони якнайтісніше пов'язані з людським життям і щастям»²⁶.

Методи розпізнавання плідності

Свій прокреативний обов'язок подруги можуть здійснювати за допомогою періодичної стриманості і застосування методів регулювання народжуваності, які ґрунтуються на вмілому використанні періодів неплідності жіночого організму, що належить до панування людської особи над природою, до якого покликав Господь, наділивши гідністю свого образу. У такому випадку подружнє співжиття залишається чистим, оскільки істинна любов, яка прагне плідності, є гідно пошанованою у своєму тілесному вимірі і не вимагає штучного позбавлення його природної плідності. «Зі справедливих і слухних причин чоловік і дружина можуть хотіти відкласти час народження своїх дітей. При цьому їм необхідно переконатися, що їхнє бажання не йде від егоїзму, лише відповідає справжній великодушності відповідального батьківства. Окрім того, вони повинні узгодити свою поведінку з об'єктивними критеріями моральності»²⁷.

Періодична стриманість, методи регулювання народжуваності, оперті на спостереженні за собою і використанні

²⁶ Paolo VI, *Lettera enciclica «Humanae Vitae»*, п. 1.

²⁷ Катехизм Католицької Церкви, н. 2368.

періодів неплідності, відповідають об'єктивним критеріям моральності. Ці заходи шанують тіло чоловіка й дружини, сприяють ніжності між ними і вихованню правдивої свободи. І навпаки, по суті поганою вважається «будь-яка дія, яка, чи то в передбаченні подружнього акту, чи то під час нього, чи під час розвитку його природних наслідків, ставить собі за мету або є шляхом зробити народження неможливим»²⁸.

Вчення Церкви схиляє до збереження автентичного значення взаємодарування і подружньої любові, через що подружній акт, який звернений на передачу життя, є їх повним вираженням. Саме тому, коли є обґрунтовані мотиви відтермінування вагітності, подружжя може орієнтуватись на методи розпізнавання плідності. «Церква залишається вірною собі і своєму вченню, якщо вона, з одного боку, вважає дозволеним використання подружжям неплідних періодів, а з іншого – відкидає використання прямо протизаплідних засобів як завжди недозволене – навіть якщо на захист цієї іншої практики знову й знову наводять поважні та вагомні підстави. Насправді мова йде про два зовсім різних типи поведінки: відповідно до першого – подружжя законно використовують природну можливість, в іншому випадку – вони перешкоджають перебігу природного процесу зачаття»²⁹.

Іншими словами, коли з метою відтермінування або уникнення вагітності подружжя вибирають мати або не мати статеве співжиття відповідно до періодів плідності і неплідності менструального періоду жінки, вони відмовляються від подружнього акту, який би міг привести до запліднення. Рішення уникнути можливого народження через добровільну відмову від подружнього акту є вчинком прокреативної відповідальності, це не просто відмова, а результат специфічного вибору, сексуальної поведінки, що походить від волі керованої розумом³⁰. Відмова містить в собі прокреативне

²⁸ Paolo VI, *Lettera enciclica «Humanae Vitae»*, n. 141.

²⁹ Там само, n. 16.

³⁰ Пор. Rhonheimer M., *Anticoncepcion, mentalidad anticonceptiva y cultura del aborto: valoraciones y conexiones*, in Lucas Lucas R (ed.), *Comentario Interdisciplinar a la «Evangelium vitae»*, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid, 1996. – P. 440.

значення – вона відповідає сенсу прокреативної відповідальності та стає вираженням двох значень подружнього акту – об'єднувального та прокреативного – у їх нерозривному духовному та тілесному зв'язку³¹. Використання подругами методів розпізнавання плідності відповідає суті прокреативної відповідальності.

Методи розпізнавання плідності або природні методи планування сім'ї ґрунтуються на спостереженні за фізіологічними ознаками фертильності та інфертильності упродовж фаз менструального циклу. За дефініцією ВООЗ, ці методи контролю фертильності є засобом планування або запобігання вагітності за допомогою визначення фертильних днів менструального циклу, у період яких сім'я покладається на періодичне утримання від статевого співжиття задля запобігання вагітності.³² Таке визначення методів розпізнавання плідності є неповним, адже не охоплює усіх можливостей їх використання. Окрім планування або запобігання вагітності вони можуть успішно застосовуватись в якості інструментів діагностики та догляду за репродуктивним здоров'ям жінки. За допомогою глибших знань про особливості репродуктивної функції жінки та актуальний його стан можливо передбачити або попередити, а в деяких випадках і поправити, його порушення.

Слід зазначити, що для встановлення фертильного й інфертильного періоду менструального циклу визначення моменту самої лише овуляції недостатньо. Також необхідно знати час, упродовж якого яйцеклітина може бути запліднена після овуляції, і тривалість життя сперматозоїдів до овуляції в статевих шляхах жінки. Тривалість життя яйцеклітини – від 12 до 24 годин. Отже, щоб жінка завагітніла, запліднення повинно відбутись упродовж кількох годин після овуляції, проте в окремих випадках упродовж 24 годин після першої овуляції може відбутись друга. Тривалість життя сперматозоїдів також різна і залежить від кислотності середовища піхви. За сприятливих умов вони можуть жити до 8 днів. Щойно

³¹ Поп. Di Pietro M.L., *Bioetica e famiglia*, Lateran University Press, Città del Vaticano, 2008. – P. 109.

³² Поп. *Family planning: a global handbook for providers / Updates*, World Health Organization, 2011. – P. 239.

виділені сперматозоїди не здатні запліднити яйцеклітину. Спочатку вони повинні зазнати ряд змін, які включають в себе виділення ферментів з голівки сперматозоїда. Для цих змін потрібен час і наявність ряду факторів, які забезпечуються слизовими виділеннями шийки матки.

За поділом ВООЗ серед методів розпізнавання плідності розрізняють:

- 1) метод ритму, календарний або Огіно-Кнауса;
- 2) однопоказникові методи:
 - a. температурний вузький і розширений;
 - b. овуляційний метод або метод цервікального слизу;
- 3) багатопоказникові або симпто-термальні методи³³.

Перевагами застосування методів розпізнавання плідності є можливість використовувати їх як для запобігання непланованої вагітності, так і для підготовки до бажаної вагітності; не передбачають жодного ризику для здоров'я; не мають системних побічних ефектів; не потребують грошових витрат; не впливають на грудне вигодовування; не передбачають зовнішнє втручання в репродуктивну функцію; негайне відновлення фертильності. Окрім цього МРП дає жінці можливість глибшого розуміння фізіології свого організму, репродуктивної системи і закономірностей менструального циклу; сприяє залученню чоловіка до планування сім'ї та відповідального батьківства; сприяє встановленню ближчих довірливих подружніх стосунків; використовується для діагностики і лікування неплідності та інших порушень репродуктивної функції; допомагає діагностувати вагітність. Методи розпізнавання плідності можуть застосовувати жінки в усі періоди репродуктивного віку; жінки з будь-якою кількістю пологів в анамнезі, у тому числі ті, які не народжували. Не існує медичних станів, які б могли погіршитись у результаті застосування цих методів³⁴.

Усі методи розпізнавання плідності мають спільні риси. Усі вони передбачають спостереження за фізіологічними

³³ Пор. *Планування сім'ї*, навчальний посібник, за редакцією Жилки Н. Я., Вовк І. Б., Київ, 2009. – С. 188.

³⁴ Див. Урбаняк А., «Методи распознавания плодности», в *Плодность: познать или уничтожить?*, Под ред. М. Руцкого, Познань, 1999. – С. 26-32.

ознаками плідності, специфічними біомаркерами, упродовж кожного менструального циклу, ведення спеціальних записів у картах самоспостереження, утримання від подружнього співжиття у плідний період з метою відтермінування вагітності, та навпаки – планування співжиття у цей період з метою досягнення бажаного зачаття дитини.

Календарний метод або метод ритму Огіно-Кнауса

Календарний метод планування сім'ї ґрунтується на дослідженнях та відкриттях японського гінеколога Кюсака Огіно та австрійського гінеколога Германа Кнауса, які в 30-х роках минулого століття незалежно один від одного відкрили явище овуляції і визначили, що вона відбувається за 12-16 днів до наступної менструації. Проте запропоновані ними правила визначення плідних і неплідних днів тепер дуже рідко застосовуються через свою ненадійність. Індекс Перла³⁵ при використанні календарного методу досягає позначки 40.

Час плідного періоду за цим методом вираховується на основі спостереження за тривалістю попередніх 6-12 циклів. Цей метод спирається на статистику, однак не враховує унікальних особливостей організму кожної жінки. Він годиться виключно для аналізу регулярних циклів, різниця тривалостей яких коливається в межах лише 10 днів між найдовшим та найкоротшим, а також непридатний після пологів, викидня чи в час пременопаузи. Для застосування цього методу

³⁵ Для оцінки ефективності методу з контрацептивною метою використовують так званий коефіцієнт невдач або індекс Перла (IP), названий іменем американського біолога Р. Перла. Чим нижчий показник цього коефіцієнта, тим надійніший метод контрацепції. Індекс Перла дорівнює кількості незапланованих вагітностей упродовж одного року серед 100 жінок при використанні того чи іншого методу контрацепції і характеризує його контрацептивну дію. Проте слід розрізняти *ефективність методу* і *ефективність використання методу*. У першому випадку враховуються лише вагітності, що наступили у випадку коректного використання методу, а в другому випадку враховуються також і вагітності, які виникли внаслідок порушень правил методу. Очевидно, що IP у другому випадку буде значно вищим за перший. Це наочно пояснює, чому ефективність якогось конкретного методу вказують в певних межах (0,4-5). Таким чином, IP залежить не лише від рівня досконалості контрацептивного методу, але й коректності його використання та дотримання правил.

необхідно вести календар менструальних циклів упродовж не менше 6 місяців.

Фертильні дні вираховуються за формулою:

- початок фертильного періоду = найкоротший цикл – 18 (днів);
- кінець фертильного періоду = найдовший цикл – 11 (днів)³⁶.

Температурний метод

Температурний метод ґрунтується на зміні базальної температури тіла невдовзі після овуляції, що пов'язана із дією прогестерону на терморцептори гіпоталамуса, внаслідок чого базальна температура піднімається в другій фазі менструального циклу.

Базальна температура тіла (БТТ) – це найнижча температура тіла у стані спокою, яка вимірюється після щонайменше 5-годинного сну перед вставанням з ліжка в одній і тій самій годині щодня (± 30 хвилин) завжди лише одним із способів: у роті, у прямій кишці або у піхві. Вимірювання базальної температури – це тест функціональної діагностики, що дозволяє оцінити стан гормонального гомеостазу в організмі жінки та визначити фертильний період менструального циклу.

У передовуляційний період рівень прогестерону низький, тому і БТТ утримується на низькому рівні. Цю фазу менструального циклу називають фазою низьких температур і вона має різну тривалість в залежності від моменту настання овуляції. Прогестерон, що його після овуляції виділяє жовте тіло, діє на термічні центри мозку і викликає підвищені температури не менше, ніж на $0,3^{\circ}\text{C}$. Це підвищення температури утримується до того часу, доки жовте тіло продукуватиме прогестерон (10-16 днів). Цю фазу називають фазою високих температур. Фаза високих температур звично починається за 12-16 днів до наступної менструації. Метою вимірювання базальної температури є розпізнавання овуляції, яка найімовірніше настає у перші 1-2 дні високих температур. Індекс Перла методу коливається в межах 4-6³⁷.

³⁶ Пор. *Планування сім'ї*. – С. 191.

³⁷ Див. там само. – С. 192-194.

При вимірюванні температури слід зважати на фактори впливу на БТТ, до яких належать: хвороба, стрес, емоції, нервово напруження, неспання чи короткий відпочинок, приймання ліків чи алкоголю, погане самопочуття, подорожі, зміна клімату. Зміна часу чи способу вимірювання температури, а також заміна термометра може вплинути на вигляд графіка і його інтерпретацію.

Термометр, який призначений для вимірювання базальної температури, не можна переохолоджувати або залишати поблизу приладів, які нагріваються. Перед використанням термометра, треба переконатися, що ртутний стовпчик термометра знаходиться нижче 35°C . Після користування термометр треба помити теплою водою з милом. Якщо жінка в один із днів менструального циклу не може дотриматися вказаних умов, вона повинна занотувати це в карті спостереження у графі відповідного дня. Крім того, на графіку потрібно позначати все, що може вплинути на зміну БТТ. Про наближення овуляції сигналізує стрибок базальної температури тіла. Стрибок БТТ – це підвищення температури при якому різниця з останньою точкою фази низьких температур становить не менше $0,3^{\circ}\text{C}$. Для підтвердження овуляції перед стрибком температура повинна утримуватися на низькому рівні щонайменше шість днів, а після стрибка – на високому щонайменше три дні.

Вимірявши БТТ в іншій годині, аніж звичайно, можна застосувати метод коригування, щоб привести її у відповідність до тих показників, які були б виміряні у встановлений час. Якщо температура виміряна раніше від встановленої години, додають $0,1^{\circ}\text{C}$ на кожну годину, а якщо пізніше – віднімають $0,1^{\circ}\text{C}$ на кожну годину. Коригування температур можна виконувати тільки від 5 до 10 години ранку³⁸. Застосування методу передбачає визначення овуляторного або ановуляторного циклу, неплідного і плідного періодів, а також безпліддя.

³⁸ Див. *Плідність – дар і завдання*. – С. 54-57.

Овуляційний метод

Овуляційний метод³⁹ орієнтується виключно на зміни цервікального слизу упродовж менструального циклу та на ті відчуття, якими ці зміни супроводжуються. Жінку навчають визначати початок і кінець плідного періоду на підставі визначення характеристик слизу, який утворюється в шийці матки внаслідок гормональних змін, що відбуваються упродовж овуляційного циклу⁴⁰. Індекс Перла методу коливається в межах 2-4. Сферами застосування методу є не лише відкладання чи планування вагітності, але й догляд за репродуктивним здоров'ям жінки та діагностики його порушень (неплідність, гормональні розлади тощо). Ця система навчає жінку спостерігати за біологічними маркерами, які повідомляють про те, плідна вона чи ні і водночас дають цінну інформацію про її здоров'я.

Для утворення слизу особливо важливі естрогени, які досягають піку концентрації приблизно за добу до овуляції, а поступове його зростання – стимулює появу та зміну консистенції слизу. Після овуляції переважає прогестерон, який блокує вплив естрогенів на залози шийки матки, тому незважаючи на досить високу концентрацію естрогенів у цей період слиз не утворюється.

Як правило, після закінчення менструації в циклі наступають сухі дні, без виділень слизу, який з'являється кілька днів згодом під дією естрогенів. Сухі дні – завжди неплідні, адже сперматозоїди гинуть без захисту в кислому середовищі піхви. Менструацію вважають плідною через те, що в кожній жінки інколи може трапитися короткий менструальний цикл. У такому циклі овуляція відбувається раніше, ніж звичайно, а сухих днів на початку циклу може не бути. У такому короткому циклі слиз з'являється під час менструації та створює умови для виживання сперматозоїдів і настання вагітності. Оскільки передбачити короткий цикл неможливо, то дні мен-

³⁹ Природний метод планування сім'ї, започаткований на спостереженнях за цервікальним слизом, уперше був запропонований австралійським подружжям лікарів Джоном та Евеліною Біллінгс у 50-х роках ХХ ст.

⁴⁰ Пор. Ді П'єтро М. Л., «Виховання сексуальності та відповідальна прокреція». – С. 352.

струації вважають плідними. Після закінчення циклу слизу (3-5 днів після овуляції) знову наступають неплідні сухі дні, які тривають до початку наступної менструації.

Плідний слиз формується із двох фракцій. S-фракція – це слиз рідкої консистенції, вміщує 98% води багато іонів Na^+ (тому кристалізується). Цей слиз викликає в піхві відчуття мокроту та наоленості. L-фракція – слиз густішої концентрації (90-95%•води) затримує неповноцінні сперматозоїди. Викликає в піхві відчуття вологості та липкості. Таким чином, слиз називають *плідним* при наявності хоча б однієї з таких ознак: тягучий, прозорий, слизький і викликає відчуття вологості, мокроту, наоленості на зовнішніх статевих органах. У передовуляційній фазі не можна говорити про неплідний слиз, бо один тип слизу змінює другий, вимиваючи попередній. Тому коли на зовнішніх статевих органах є видимим густий слиз, то вже на шийці матки може бути високоплідний слиз. Поява бодай однієї ознаки плідності слизу називається днем плідного слизу. Слиз з усіма ознаками (прозорий-дуже тягучий-слизький) називається слизом типу Піку. Останній день появи такого слизу називають днем Піку слизу.

Після овуляції якість слизу різко змінюється. Під дією прогестерону секреторними клітинами крипт нижньої частини каналу шийки матки виділяється слиз неплідного типу G-фракції, яка не містить NaCl , тому слиз не кристалізується і утворює густу сітку. Він густий і липкий, закриває шийку матки створюючи так званий корок та дає відчуття вологості. Цей слиз є непрохідним для сперматозоїдів. А також захищає порожнину матки від проникнення збудників інфекції.

Після дня Піку слизу відраховують три дні, оскільки упродовж цих трьох днів може відбутися овуляція. Найчастіше овуляція збігається із днем Піку, однак трапляється також в 1-3 день після Піку. Саме тому у картах спостережень неплідний період циклу зазначають від вечора 4-го дня після Піку. Один день додається з метою забезпечення від можливої другої овуляції, яка стається упродовж 24-х годин після першої.

Для полегшення оцінки високоплідного слизу застосовується ефект арборизації. Нанесений на предметне скельце високоплідний слиз висихає утворюючи на ньому рисунок у

вигляді листка папороті за рахунок кристалізації, внаслідок взаємодії солей (NaCl, KCl, KBr) з катаболітами естрогенів та прогестерону. Корисним також буде ефект розтягнення слизу – високоплідний слиз дуже тягучий (8-10 см).

Овуляційний метод вимагає ведення ретельного спостереження та запису у відповідні карти самоспостереження упродовж цілого циклу. За слизом потрібно спостерігати увесь день, оцінюючи відчуття в піхві та на зовнішніх статевих органах, візуально визначаючи вигляд слизу, застосовуючи ефекти розтягнення та арборизації слизу. Записи оцінки виділень ретельно заносяться в карту спостережень ввечері кожного дня. Якщо упродовж дня слиз мав різні ознаки, то вкінці дня занотовується характеристика його вищої плідності.

Спостереження за змінами цервікального слизу дає можливість визначити фактичний стан репродуктивного здоров'я жінки. Так наприклад, поява кров'янистих виділень на ранньому етапі розвитку слизу може свідчити про наявність поліпу ендометрію; обмежений цикл слизу (зумовлений низькими рівнями естрогенів), що характеризується короткою тривалістю виділення слизу та невеликою його кількістю, найчастіше трапляється при неплідності та в жінок, що перенесли викидні або позаматкову вагітність; коричневі плямлення наприкінці менструації – є наслідком або гормональної дисфункції, або наявності таких патологій як аденоміоз або залозистої гіперплазії ендометрію; передменструальне плямлення – свідчить про низький рівень прогестерону та асоціюється із викиднями і неплідністю; коротка післяпікова фаза (не більше 8-ми днів) – загроза збереження майбутньої вагітності, через брак синтезу прогестерону, недостатність жовтого тіла; довга післяпікова фаза, яка характерна для жінок у пременопаузі, молодих дівчат після початку менструацій і в неплідних жінок, може мати причину в лютеїнізації нерозірваного фолікула чи множинній овуляції; довгі цикли (понад 38 днів) асоціюються із наявністю полікістозу яєчників; видовжений цикл слизу (понад 8 днів) – може бути наслідком гострого або хронічного стресу; надто рясні менструації можуть свідчити про наявність фіброміоми матки або аде-

номіозу; надто малі менструації (1-2 дні) – гормональні розлади; сухі цикли типові для жінок з неплідністю; поява слизу не Піку в післяпіковій фазі може бути спричинена запальним процесом шийки матки тощо⁴¹.

Симпто-термальний метод

Одним з найбільш ефективних та найбільш поширених в наш час методів розпізнавання плідності є сучасний симпто-термальний метод. Індекс Перла коливається в межах 0,8-1,2. Симпто-термальний метод є комбінований на основі поєднання двох і більше ознак фертильності, їх спостереження та оцінки. Існують досить багато модифікацій симпто-термального методу. Кожен із них спирається на основні показники фертильності та допоміжні або другорядні. Окрім БТТ та цервікального слизу ще одним основним показником плідності в симпто-термальному методі є стан шийки матки, оцінка якого вже вимагає внутрішнього дослідження.

Для симпто-термального методу є актуальними усі правила та особливості спостереження за БТТ та цервікальним слизом попередніх методів, тому достатньо буде згадати лише про зміни шийки матки, які використовуються в якості основного показника плідності методу.

Під впливом естрогенів упродовж менструального циклу відбуваються зміни в стані шийки матки, що пояснюється процесом підготування внутрішніх статевих органів жінки до вагітності. Зміна стану шийки матки є важливим показником-біомаркером плідності. Так з наближенням овуляції в результаті екскреції естрогенів зовнішній отвір (зів) шийки матки розширюється і в ньому появляється прозорий слиз. На момент овуляції його діаметр досягає у жінок, які ще не народжували 0,3-0,4 см, а у жінок, що народжували 1,2-1,4 см. Зів шийки стає подібним до зіниці ока, звідси і назва симптому «зіниці», що є показником настання овуляції. Через кілька днів, із початком прогестеронової фази циклу, зів закривається і симптом «зіниці» зникає. При явищі гіпе-

⁴¹ Див. Hilgers Th.W., *Creighton model FertilityCare system: An authentic language of a woman's health and fertility*, Pope Paul VI Institute, Omaha, NE, 2003. – P. 23-28.

рестрогенії симптом «зіниці» проявляється значно швидше і триває довше. При гіпоестрогенії симптом або відсутній, або відкриття зіву дуже незначне. Цінність симптому полягає в тому, що, окрім ознаки фертильності, він дає змогу вже при первинному візуальному огляді судити про функцію яйників.

Окрім появи симптому «зіниці» під дією естрогенів міняється стан та положення шийки матки. З наближенням овуляції вона поступово м'якне (на дотик як мочка вуха), піднімається вгору у піхві та стає вологою і навіть мокрою внаслідок виділення цервікального слизу. Після овуляції, коли швидко зростає концентрація прогестерону в крові, шийка матки твердне (на дотик як кінчик носа), опускається у піхві, стає сухою. Піком шийки матки називають день, коли вона найвище піднята в піхві, є зволожена або мокра та з чітко вираженим симптомом «зіниці». Овуляція відбувається найчастіше в 1-3 день після Піку шийки матки. З вечора 4-го дня після Піку шийки матки відкривається неплідний період менструального циклу⁴².

Окрім основних показників плідності (БТТ, слиз та стан матки) в симптотермальному методі можуть застосовуватись додаткові або допоміжні ознаки. Однак слід зауважити, що вони трапляються не у кожної жінки репродуктивного віку, можуть не проявлятися кожного циклу та служать виключно додатковими сигналами про фази менструального циклу жінки. До них належать: овуляторний біль, кровомазання між менструаціями, підвищена чутливість або напруження молочних залоз, мінливий настрій, зміна стану шкіри, набряки рук і ніг, частіше сечовипускання. Ці ознаки є другорядними і їх ніколи не можна застосовувати для інтерпретації циклу без урахування основних показників, однак вносяться про них відповідні записи.

Фертильний період менструального циклу відкривається появою першої основної ознаки плідності (БТТ, цервікальний слиз, зміни шийки матки) та закінчується із зникненням останньої з них. Якщо жінка стежить за двома основними показниками (БТТ та цервікальний слиз), проводити спосте-

⁴² Див. *Плідність – дар і завдання*. – С. 59-61.

реження за шийкою матки необов'язково. Однак, якщо виникають проблеми з інтерпретацією слизу, досліджувати шийку матки потрібно. Спостереження за шийкою матки жінка проводить самостійно мануально (на дотик), один раз на день в той самий час, в одній і тій самій позиції. Таким чином жінка може визначити положення шийки матки у піхві, чи зів шийки матки закритий або відкритий, яка шийка матки на дотик, а також, чи зволожена. Усі спостереження записуються в карту самоспостереження навпроти графи «шийка» із відповідними позначеннями.

Аналізуючи особливості методів розпізнавання плідності, може видатись на перший погляд, що однаково, чи вживати для уникнення вагітності природний метод планування, чи вживати штучні протизаплідні методи, то метою в кожному випадку буде: уникнути небажаної вагітності. Проте відмінність очевидна. У першому випадку присутня співдія з волею Творця, коли в плідний період уникають статевих стосунків, бо коли б Господь захотів, щоб зачаття відбувалось постійно, то Він вчинив би, щоб жінка була плідною не лише у визначений період, але завжди. Тим більше, що не вживається нічого, що могло б заважати зачаттю. У другому випадку явно вчиняються речі, які по своїй суті виступають супроти Божої волі, і не має значення чи це відбувається з боку чоловіка, чи з боку жінки – у кожному випадку має місце спротив Божому плану щодо зачаття. «Природному значенню подружнього акту, яке виражає цілковите взаємовіддання подругів, контрацепція протиставляє об'єктивно протилежне значення, в якому не йдеться про цілковите віддання себе іншому. Звідси походять не лише конкретна й активна відмова від особистої відповідальності за життя, а й фальшування внутрішньої правди подружньої любові, яка покликана бути цілковитим даром для особи. Ця антропологічна і моральна розбіжність між контрацепцією і використанням ритмів неплідності відображає дві непримиренні між собою концепції особи і людських сексуальних стосунків»⁴³.

⁴³ Giovanni Paolo II, *Esortazione Apostolica «Familiaris Consortio»*, n. 32.

Контрацепція недопустима, не тільки тому, що вона використовує штучні інвазійні в статеві стосунки засоби, а тому, що вона передбачає вибір використовувати можливості сексуальності і тіла лише в якості об'єктів, і применшення значення виключно до біологічного виміру найбільш особового і важливого людського акту - прокреації. Різниця між контрацепцією і природною регуляцією народжуваності полягає не лише у факті, що перша спрямована проти життя, а тому, що контрацептивний вибір призводить до сексуальної поведінки без прокреативної відповідальності. Саме в цьому контексті може виникнути спокуса аборт, яка на загал швидше не є так виразом наміру вчинити вбивство ненародженої дитини, як спробою позбавлення наслідків статевого акту⁴⁴. Таким чином, те, що могло б походити зі статевої близькості стає ворогом, якого цілковито уникають і аборт стає єдиною можливою відповіддю, яка б могла розв'язати проблему невдалої контрацепції⁴⁵.

Зачаття та внутрішньоутробний розвиток дитини

Процес злиття чоловічих і жіночих гамет називається *заплідненням*, який відбувається у матковій трубі. Для того, щоб відбулось запліднення необхідне дотримання наступних умов: подружнє співжиття у плідний період менструального циклу; наявність достатньої кількості живих, зрілих, рухливих, здорових з правильною морфологією сперматозоїдів; зріла і жива яйцеклітина, яка вийшла з яйника під час овуляції; наявність достатньої кількості цервікального слизу плідного типу⁴⁶.

Процес запліднення відбувається в два етапи. На першому етапі, який називається *сингамією*, відбувається злиття мембранних структур гамет. Сперматозоїд, озброєний акросомою, атакує оболонку яйцеклітини. У цей час акросомна гранула розпадається і виділяються особливі ферменти, які руйнують оболонку яйцеклітини, що знаходиться перед сперматозоїдом. Згодом він просувається через оболонку вглиб яйцеклітини. Акросома і оболонка яйцеклітини зливаються,

⁴⁴ Пор. Di Pietro M.L., *Bioetica e famiglia*. – P. 109.

⁴⁵ Пор. Giovanni Paolo II, *Lettera enciclica «Evangelium vitae»*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano, 1995, n. 13.

⁴⁶ Пор. *Плідність – дар і завдання*. – С. 73.

утворюючи одну безперервну мембрану, а вміст гамет стає одним цілим. Відразу довкола яйцеклітини утворюється оболонка запліднення, яка запобігає проникненню всередину інших сперматозоїдів.

Після злиття оболонок настає другий етап запліднення – *каріогамія*, який полягає у злитті ядер гамет з гаплоїдним набором хромосом (23) та утворенні ядра з диплоїдним набором хромосом (46). Після злиття ядер людський організм має вигляд однієї клітини і готовий до стрімкого росту. Цю першу стадію внутрішньоутробного розвитку людини називають *зиготою*. З цього моменту розпочинається так званий пренатальний онтогенез або розвиток організму до народження.

У пренатальному онтогенезі розрізняють три періоди:

1) *початковий період*, який охоплює 1-7-му добу розвитку. У цьому періоді в результаті дроблення із зиготи утворюється багатоклітинний організм – бластоциста;

2) *зародковий (або ембріональний) період* триває з другого до восьмого тижня розвитку, під час якого відбувається *гастрюляція* з утворенням трьох зародкових листків: екто-, мезо- та ендодерми. У складі зародка з'являються зачатки тканин, органів і систем;

3) *плодовий період* триває з третього до дев'ятого місяця і завершується народженням дитини. У цьому періоді здійснюються процеси подальшого структурного і функціонального становлення тканин та органів плода⁴⁷.

З 22-го з половиною тижня вагітності (з 154 доби від першого дня останнього нормального менструального циклу) починається так званий *перинатальний період* розвитку дитини⁴⁸.

Упродовж 30 годин після запліднення у зиготі відбуваються процеси підготовки до першого мітотичного поділу. Спочатку утворюються два пронуклеуси (чоловічий і жіночий), у яких здійснюється подвоєння генетичного матеріалу, у цитоплазмі утворюються презумптивні зони, з яких у майбутньому розвиватимуться різні частини організму зародка.

⁴⁷ Пор. Терешкевич Г. Т., *Основи біоетики та біобезпеки*, підручник, ТДМУ, Тернопіль, 2014. – С. 90.

⁴⁸ Пор. Хміль С. В., Романчук Л. І., Кучма З. М., *Акушерство*, підручник. Підручники і посібники, Тернопіль, 2008. – С. 213.

Поділ зиготи у різних організмів обумовлений генетично, це – *дроблення*. Внаслідок першого поділу дроблення утворюються два *бластомери*. У людини дроблення повне (борозна поділу проходить через усю клітину), нерівномірне або субеквальне (утворюються бластомери дещо відмінні за розміром) та асинхронне (різні бластомери поділяються неодноразово).

Внаслідок дроблення утворюється багатоклітинний зародок – *бластула*.

Раннім етапом утворення бластули у людини є *морула* – стадія 8-16-32 бластомерів, коли внаслідок компактизації внутрішні клітини (темніші та менші) утворюють між собою щільні контакти – нексуси, а зовнішні – світліші та більші за розміром – щільні замикальні контакти. На 4 добу розвитку утворюється порожнина бластоцель, заповнена рідиною. Ембріон має назву *бластоцисти*. Зовнішні клітини бластоцисти мають назву *трофобласта* і у майбутньому дадуть початок позазародковим органам та плодовій частині плаценти (хоріону). На одному з полюсів бластоцисти розташована внутрішня клітинна маса – *ембріобласт*.

6–7 доба розвитку зародка людини пов'язана із процесом імплантації його в ендометрій матки (оскільки поживні речовини до цього часу вичерпуються). Після імплантації завершується початковий період розвитку зародка. Зародковий період пов'язаний у першу чергу з розвитком провізорних органів: формуванням плаценти (плодової частини – хоріона), вторинного жовткового мішка (у стінці якого вперше з'являються клітини крові, судини та попередники статевих клітин – гоноцитобласти), алантоїса (пальцеподібного виступу вентральної стінки каудальної частини первинної кишки), пуповини та амніотичної оболонки.

Успішне настання вагітності після запліднення залежить від імплантації бластули в стінку матки. Без цього, вона гине та виводиться назовні з порожнини матки при наступній менструації. Імплантація відбувається шляхом взаємодії клітин ендометрія та трофобласта⁴⁹.

Наступним після імплантації етапом розвитку зародка є *гастроляція*.

⁴⁹ Пор. Орлов Р. С., *Нормальная физиология*. – С. 416.

Після перших двох етапів розвитку зародка – запліднення та дроблення з утворенням бластули – гастрюляція вважається третім етапом, змістом якого є утворення трьох зародкових листків: *ектодерми*, *ендодерми* та *мезодерми*.

Перший етап гастрюляції у людини йде шляхом делемінації ембріобласту на дві пластинки з утворенням епі- та гіпобласту, а другий – міграції, у результаті якої епібласт дає початок трьом зародковим листкам.

Зародкові листки є матеріалом, з якого виникають зачатки різних органів і тканин. З *ектодерми* походять нервова система, епідерміс, волосся, нігті, молочні, сальні та потові залози, внутрішнє вухо, емаль зубів, рогівка та кристалик ока. З *ендодерми* – епітелій середнього відділу травної трубки, печінка та підшлункова залози, епітелій і залози дихальних шляхів, щитовидна та прищитовидна залози, мигдалики, а з *мезодерми* – скелетні та серцевий м'язи, кісткова та хрящова тканина, епітеліальне вистелення порожнин тіла, сечовидільні і статеві органи.

Між зародковими листками утворюється первинна сполучна тканина – *мезенхіма*, яка у подальшому буде виконувати опорну, трофічну та захисну функції, оскільки з *ентомезенхіми* розвинуться елементи сполучної тканини, що виконуватимуть функцію каркасу (строми) для внутрішніх органів, заповнять проміжки між органами, сформують їх капсули, розвинеться судинна система організму; з *ектомезенхіми* утворюються слухові кісточки, сполучна тканина дерми шкіри.

До кінця другого місяця внутрушньоутробного розвитку людини у неї вже закладені всі органи і системи організму, що впродовж наступних семи місяців будуть розвиватися та спеціалізуватися для виконання властивих їм функцій⁵⁰.

З моменту проникнення сперматозоїда в яйцеклітину формується нова людська істота, наділена власною індивідуальністю (кожна дитина є унікальна і відмінна від батька і матері) та цілісною автономією розвитку. Центром, що запрограмує та скеровує поступову реалізацію проекту, є людський *генóm* – унікальна особиста комбінація генів, по-

⁵⁰ Див. Луцик О. Д., Іванова А. Й., Кабак К. С., Чайковський Ю. Б., *Гістологія людини*, підручник, 4-е вид., Книга Плюс, Київ, 2010. – С. 71-108.

міщена в 46 хромосом. Саме геном вказує на приналежність ембріона до людського біологічного виду та визначає його індивідуальність, надає безмежні морфогенетичні можливості, які поступово актуалізуються упродовж розвитку у взаємодії зі середовищем як клітинним чи позаклітинним, з якого поступають сигнали і засоби існування⁵¹.

У першу мить людського життя організм складається з однієї клітини, яка в процесі розвитку ділиться на дві, чотири, вісім, шістнадцять, тридцять дві... З кожним поділом утворюються все нові і нові клітини. На жодному етапі життя людини її організм не зазнає таких бурхливих змін, як у внутрішньоутробний період. Тоді з'являється 200 мільйонів різноманітних типів клітин, 20 мільйонів залоз, які виділяють травні ферменти, 10 мільярдів нервових клітин, з них 2 мільярди в головному мозку, а кожен нейрон з'єднаний з 200 тисячами інших⁵².

Попри всю мінливість стадій пренатального розвитку, сутність та індивідуальність людини залишаються незмінними. Іншими словами, людина від початку і упродовж усього онтогенезу є людиною, особою, а не стає нею лише в пізніших фазах свого розвитку. Така закономірність модусу людського буття знайшла своє відображення у сформульованому Е. Блехшмідом *законі збереження індивідуальності*, згідно з яким людина від моменту запліднення і до смерті є завжди тим самим, незмінним людським індивідом⁵³. Так, внутрішньоутробний ріст і розвиток відбувається в координований, поступовий та безперервний спосіб⁵⁴.

Визнання ембріона людським індивідом і з онтологічної точки зору особою означає визнання його власником прав подібно як у всіх вже народжених, з яких основоположними є право на життя, право на захист життя, право на генетичну цілісність та ідентичність та право на захист здоров'я. Життя ембріона повинно вважатись недоторканим та не інструмен-

⁵¹ Пор. Di Pietro M. L., *Bioetica e famiglia*. – P. 129.

⁵² Пор. *Плідність – дар і завдання*. – С. 75.

⁵³ Пор. Блехшмід Е., *Збереження індивідуальності. Людина – особа від самого початку*, Видавництво Українського Католицького Університету, Львів 2003. – С. 24-25.

⁵⁴ Пор. Lucas Lucas R., *Bioetica per tutti*, Edizioni San Paolo, Milano, 2002. – P. 118.

талізованим, що в свою чергу заборонило би усі спроби маніпулювання з ним (аборт, штучні репродуктивні технології, клонування, генетичні експерименти, використання з метою отримання стовбурових клітин тощо). Окрім цього, слід пам'ятати, що у разі виникнення сумніву в тому чи є ембріон людським індивідом та особою, не можна порушувати моральний закон, згідно з яким забороняється діяти в сумніві. Цей закон має зобов'язальний характер⁵⁵. На кінець необхідно згадати і про те, що кожна народжена людина, яка коли-небудь існувала чи живе зараз, проходила всі без винятку етапи свого пренатального розвитку від зачаття до народження. Іншої можливості початку людського життя просто не існує.

Список використаних джерел

1. Блехшміт Е., *Збереження індивідуальності. Людина – особа від самого початку*, Видавництво Українського Католицького Університету, Львів, 2003.
2. Ді П'єтро М. Л., «Виховання сексуальності та відповідальна прокреація», в *Біоетика. Підручник для медичних вищих навчальних закладів*, за ред. Е. Згречча, А. Дж. Спаньйола, М. Л. ді П'єтро, перекл. з італ. В. Й. Шовкун, Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», Львів, 2007.
3. Катехизм Католицької Церкви, «Місіонер», Жовква, 2002.
4. Луцик О. Д., Іванова А. Й., Кабак К. С., Чайковський Ю. Б., *Гістологія людини*, підручник, 4-е вид., Книга Плюс, Київ, 2010.
5. Орлов Р. С., *Нормальная физиология*, учебник 2-е изд., испр. и доп., ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2010.
6. *Планування сім'ї*, навчальний посібник, за редакцією Жилки Н. Я., Вовк І. Б., Київ, 2009.
7. *Плідність – дар і завдання*, навчальний посібник з методу розпізнавання плідності, упорядник О. Кука, «Колесо», Львів, 2007.
8. Пултавська В., *Приготування до подружнього життя*, Свічадо, Львів, 2004.

⁵⁵ Поп. Di Pietro M.L., *Bioetica e famiglia*. – P. 129-130.

9. Терешкевич Г. Т., *Основи біоетики та біобезпеки*, підручник, ТДМУ, Тернопіль, 2014.
10. Урбаняк А., «Методи розпознавання плодності», в *Плодность: познать или уничтожить?*, Под ред. М. Рущого, Познань, 1999.
11. Хміль-С. В., Романчук Л. І., Кучма З. М., *Акушерство*, підручник, Підручники і посібники, Тернопіль, 2008.
12. Шевців І., «Збірник», «Здорові українські родини – підстава нашого майбутнього», Свічадо, Львів, 1996.
13. Concilio Vaticano II, *Costituzione Pastorale Sulla Chiesa Nel Mondo Contemporaneo «Gaudium et spes»*, in *Acta Apostolicae Sedis* 58, 1966.
14. Concilio Vaticano II, *Dichiarazione Sull'educazione Cristiana «Gravissimum Educationis»*, in *Acta Apostolicae Sedis* 58, 1966.
15. Congregazione Per La Dottrina Della Fede, *Istruzione sul rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione – «Donum vitae»*, 22 febbraio 1987, in *Acta Apostolicae Sedis* 80.
16. Di Pietro M. L., *Bioetica e famiglia*, Lateran University Press, Città del Vaticano, 2008.
17. *Family planning: a global handbook for providers / Updates*, World Health Organization, 2011.
18. Giovanni Paolo II, *Esortazione Apostolica «Familiaris Consortio»*, in *Acta Apostolicae Sedis* 73.
19. Giovanni Paolo II, *Lettera enciclica «Evangelium vitae»*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano, 1995.
20. Giovanni Paolo II, *Lettera alle Famiglie «Gratissimam Sane»*, 2 febbraio 1994, in *Acta Apostolicae Sedis* 86.
21. Giovanni Paolo II, *Lettera enciclica «Centesimus annus»*, 1 maggio 1991, in *Le encicliche sociali. Dalla Rerum Novarum alla Centesimus annus*. Edizioni Paoline, Roma, 1991.
22. Hilgers Th.W., *Creighton model FertilityCare system: An authentic language of a woman's health and fertility*, Pope Paul VI Institute, Omaha, NE, 2003.
23. Lucas Lucas R., *Bioetica per tutti*, Edizioni San Paolo, Milano, 2002.
24. Paolo VI, *Lettera enciclica «Humanae Vitae»*, in *Acta Apostolicae Sedis* 60, 1968.
25. Pio XII, *Discorso Alle Partecipanti Al Congresso Della Unione Cattolica Italiana Ostetriche*, 20 ottobre 1951, in *Acta Apostolicae Sedis* 43.
26. Rhonheimer M., *Anticoncepcion, mentalidad anticonceptiva y cultura del aborto: valoraciones y conexiones*, in Lucas Lucas R (ed.), *Comentario Interdisciplinar a la «Evangelium vitae»*, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid, 1996.

Комісія Української Греко-Католицької Церкви
у справах душпастирства охорони здоров'я

БІОЕТИКА

Посібник

Літературні редактори
Богдана СТЕФУРА, Богдана БЛИЗНЮК

Богословський редактор
о. Володимир МІСТЕРМАН

Обкладинка
Ольга ШИНГУР

Керівник проекту
о. Руслан П'ЯСТА

Комісія УГКЦ у справах душпастирства охорони здоров'я

www.zdorovia.ugcc.org.ua
zdorovia.ugcc@gmail.com
тел. (032) 297-13-45

Львів • 2016
Видавництво «Друкарські куншти»
e-mail: rhera@ugcc.org.ua
Наклад 1000 прим.