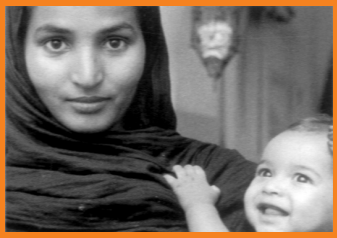
IPPF

Руководство

по предоставлению медицинской помощи и услуг

в области сексуального и репродуктивного здоровья

Перевод третьего издания



Настоящий документ может быть
беспрепятственно использован
для обзоров или рефератов, частично
или в целом воспроизведен или переведен
в рамках програм различных стран,
с условием ссылки на авторов и
Международную Федерацию
по планированию семьи.
Частные лица или организации не имеют
права на продажу данного руководства,
за исключением Международной Федерации
по планированию семьи и её членов-ассоциаций.

Руководство переведено на русский язык
Европейской сетью Международной Федерации
по планирования семьи

“Издательская сеть “АРТАВАЗД”
Ереван, Армения
Тел. +374 10 540815
Факс. +374 10 540816
E-mail: artavazd@armfha.com

РУКОВОДСТВО

по предоставлению медицинской помощи и услуг

в области сексуального и репродуктивного здоровья

Др. Фатиха Терки
Др. Уша Малхотра

Под редакцией Марка Поулсона

Международная федерация по планированию семьи

4 Newhams Row,
London SE1 3UZ, United Kingdom

Tel +44 (0)20 7939 8200
Fax +44 (0)20 7939 8300
Email medtech@ippf.org
www.ippf.org

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие 1

Слово благодарности 3

Инструкция 5

Глава 1 Права клиентов и потребности работников, предоставляющих услуги 9

1 Введение 11

2 Права клиентов 11

3 Потребности работников, предоставляющих услуги 16

Глава 2 Консультирование 23

1 Что такое консультирование 25

2 Консультирование по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья 25

3 Кто может проводить консультирование 27

4 Условия для проведения консультирования 28

5 Связь между образованием, информированием и консультированием 30

6 Консультирование по контрацепции 31

6.1. Выбор метода 31

6.2. Объяснение правил использования выбранного метода 33

6.3. Последующее наблюдение 34

6.4. Проблемы, связанные с использованием метода 35

6.5. Неудача в использовании метода контрацепции 36

6.6. Интегрирование вопросов ИППП и ВИЧ/СПИДа в консультирование по контрацепции 36

7 Консультирование групп населения с особыми нуждами 37

Глава 3 Нормальный менструальный цикл 39

1 Введение 41

2 Овариальный цикл 42

2.1. Фолликулярная фаза 42

2.2. Лютеиновая фаза 43

3 Эндометриальный цикл 44
4 Цервикальный цикл 44
5 Зачатие 45

Глава 4 Скриниг репродуктивной системы здоровых женщин 47
1 Введение 49
2 Что изучается при проведении скрининга репродуктивного здоровья 49
3 Кому нужно пройти скрининг репродуктивного здоровья 49
4 Кто может проводить скрининг репродуктивного здоровья 50
5 Условия, необходимые для успешного осуществления программ скрининга репродуктивного здоровья 50
6 Скрининг репродуктивного здоровья 51
6.1. Сбор анамнеза 51
6.2. Физическое обследование 54
6.2.1. Скрининг на рак молочной железы 54
6.2.2. Гинекологический осмотр 57
6.3. Другие исследования 59
6.4. Частота проведения скрининга здоровых женщин 60
6.5 Что еще нужно учитывать при проведении скрининга 61
7 Скрининг на выявление рака шейки матки 61
8 Менопауза 70

Глава 5 Гормональная контрацепция 75
1 Введение 77
2 Комбинированные оральные контрацептивы 77
2.1 Определение 77
2.2 Показания к применению 78
2.3 Медицинские критерии приемлемости 79
2.4 Особые ситуации 82
2.5 Консультирование и информирование 85
2.6 Кто может предоставлять КОК 86
2.7 Оценка состояния здоровья 87
2.8 Выбор КОК 88
2.9 Инструкции для клиентов 89
2.10 Последующее наблюдение 93
2.11 Предоставление КОК 95
2.12 Побочные воздействия 95
2.13. Организация услуг 95

3 Чистопрогестогеновые таблетки 96
3.1 Определение 96
3.2 Показания к применению 96
3.3 Медицинские критерии приемлемости 97
3.4 Особые ситуации 98
3.5 Консультирование и информирование 99
3.6 Кто может предоставлять ЧПТ 100
3.7 Оценка состояния здоровья 100
3.8 Инструктирование клиентов 100
3.9 Последующее наблюдение и предоставление ЧПТ 103
3.10 Побочные воздействия 103
3.11 Организация услуг 104
4 Организация услуг по предоставлению оральных контрацептивов 104
4.1 Предоставление услуг по планированию семьи на уровне общины 104
4.2 Клинические услуги 106
4.3 Предоставление таблеток 107
4.4 Хранение, срок годности и поставки 108
5 Чистопрогестогеновые инъекционные контрацептивы 108
5.1 Определение 108
5.2 Показания к применению 109
5.3 Медицинские критерии приемлемости 109
5.4 Особые ситуации 111
5.5 Консультирование и информирование 113
5.6 Кто может предоставлять ЧПИК 114
5.7 Оценка состояния здоровья 114
5.8 Предоставление ЧПИК 114
5.9 Инструкции для клиентов 118
5.10 Последующее наблюдение 119
5.11 Побочные воздействия 119
5.12 Организация услуг 120
6 Комбинированные инъекционные контрацептивы 121
6.1 Определение 121
6.2 Показания к применению 121
6.3 Медицинские критерии приемлемости 122
6.4 Особые ситуации 124
6.5 Консультирование и информирование 126
6.6 Кто может предоставлять КИК 126
6.7 Оценка состояния здоровья 126
6.8 Предоставление КИК 127

6.9 Инструкции для клиентов 129
6.10 Последующее наблюдение 130
6.11 Побочные воздействия 130
6.12 Организация услуг 130
7 Услуги по предоставлению инъекционных контрацептивов 130
8 Подкожные импланты 132
8.1 Определение 132
8.2 Показания к применению 133
8.3 Медицинские критерии приемлемости 134
8.4 Особые ситуации 135
8.5 Консультирование и информирование 136
8.6 Кто может предоставлять подкожные импланты 136
8.7 Оценка состояния здоровья 137
8.8 Выбор имплантов 137
8.9 Введение и удаление 137
8.10 Инструкции для клиентов 139
8.11 Последующее наблюдение 141
8.12 Побочные воздействия 142
8.13 Организация услуг 142
9 Другие способы введения в организм комбинированных гормональных контрацептивов 144
9.1 Контрацептивный пластырь 144
9.2 Вагинальное кольцо 144

Глава 6 Внутриматочные средства (ВМС) 149
1 Определение 151
2 Показания 152
3 Медицинские критерии приемлемости 152
4 Особые ситуации 156
5 Консультирование и информирование 157
6 Кто может вводить ВМС 158
7 Оценка состояния здоровья 158
8 Выбор ВМС 159
9 Время введения 159
10 Техника введения ВМС 160
11 Инструкции для клиентов 163
12 Последующее наблюдение 164
13 Побочные воздействия 165
14 Осложнения 166
14.1 Перфорация 166
14.2 Обильное кровотечение 167

14.3 Воспалительные заболевания органов малого таза 167
15 Беременность 168
16 Отсутствие нитей 169
17 Когда удалять ВМС 169
18 Организация услуг 170
18.1 Ведение записей 170
18.2 Запас и обеспечение ВМС 170
18.3 Обучение 170

Глава 7 Барьерные методы 173
1 Введение 175
1.1 Общие инструкции 175
1.2 Медицинские критерии приемлемости 176
1.3 Оценка состояния здоровья 177
1.4 Организация услуг 177
2 Презервативы 178
2.1 Определение 178
2.2 Показания к применению 180
2.3 Медицинские критерии приемлемости 180
2.4 Консультирование и информирование 181
2.5 Выбор презерватива 182
2.6 Инструкции для клиентов 182
2.7 Побочные воздействия 183
2.8 Организация услуг 183
3 Диафрагмы 184
3.1 Определение 184
3.2 Показания к применению 185
3.3 Медицинские критерии приемлемости 185
3.4 Консультирование и информирование 186
3.5 Оценка состояния здоровья 187
3.6 Выбор диафрагмы 187
3.7 Кто может предоставлять диафрагмы 187
3.8 Процедура подбора диафрагмы нужного размера 188
3.9 Инструкции для клиентов 190
3.10 Последующее наблюдение 191
3.11 Побочные воздействия 191
3.12 Организация услуг 192
4 Спермициды 193
4.1 Определение 193
4.2 Показания к применению 194
4.3 Медицинские критерии приемлемости 194

4.4 Консультирование и информирование 194
4.5 Выбор спермицида 195
4.6 Инструкции о спермицидах 195
4.7 Побочные воздействия 196
4.8 Организация услуг 196

Глава 8 Женская и мужская стерилизация 199
1 Введение 201
1.1 Определение 201
1.2 Общие показания 201
1.3 Предоперационный скрининг 201
1.4 Консультирование и информирование 202
1.5 Информированное согласие 204
1.6 Оценка состояния здоровья 205
1.7 Анестезия 205
1.8 Принципы обеспечения безопасности хирургического вмешательства 205
1.9 Инструкции по уходу в послеоперационном периоде 206
1.10 Осложнения 206
1.11 Обратимость 207
1.12. Организация услуг 207
2 Стерилизация мужчин 211
2.1 Определение 211
2.2 Показания 212
2.3 Медицинские критерии приемлемости 212
2.4 Консультирование, информирование и информированное согласие 213
2.5 Кто имеет право производить вазэктомию 213
2.6 Оценка состояния здоровья 214
2.7 Предоперационная подготовка 214
2.8 Анестезия и оперативное вмешательство 214
2.9 Послеоперационный уход 216
2.10 Инструктирование мужчин после процедуры 216
2.11 Последующее наблюдение 217
2.12 Осложнения 218
3 Стерилизация женщин 218
3.1 Определение 218
3.2 Показания 218
3.3 Медицинские критерии приемлемости 218
3.4 Консультирование, информирование и информированное согласие 221
3.5 Кто имеет право осуществлять стерилизацию женщин 222

3.6 Оценка состояния здоровья 223
3.7 Наиболее подходящее время для выполнения процедуры стерилизации женщин 224
3.8 Предоперационная подготовка 224
3.9 Анестезия и оперативное вмешательство 224
3.10 Послеоперационный уход 227
3.11 Инструктирование женщин после процедуры 228
3.12 Последующее наблюдение 229
3.13 Осложнения 229

Глава 9 Методы, основанные на осведомленности о плодовитом периоде 231
1 Введение 233
1.1 Общие показания 235
1.2 Показания 235
1.3 Ситуации, требующие тщательного рассмотрения 235
1.4 Особые ситуации 236
1.5 Консультирование и информирование 236
1.6 Кто может предоставлять инструкции о методе 237
1.7 Оценка состояния здоровья 237
1.8 Обучение методу 237
1.9 Последующее наблюдение 238
2 Метод базального термометрирования 238
2.1 Определение 238
2.2 Показания 238
2.3 Консультирование и информирование 238
2.4 Инструктирование клиентов 239
3 Метод наблюдения за цервикальной слизью (метод Биллингсов) 244
3.1 Определение 244
3.2 Показания 245
3.3 Ситуации, требующие тщательного рассмотрения 245
3.4 Консультирование и информирование 245
3.5 Инструктирование клиентов 246
3.6 Модифицированный метод наблюдения за цервикальной слизью 248
4 Календарный или ритмичный метод (метод Огино-Клауса) 249
4.1 Определение 249
4.2 Показания 249

4.3 Ситуации, требующие тщательного рассмотрения 249
4.4 Консультирование и информирование 249
4.5 Инструктирование клиентов 250
5 Симптотермальный метод 250
5.1 Определение 250
5.2 Показания 250
5.3 Консультирование и информирование 251
5.4 Инструктирование клиентов 251
6 Метод стандартных дней (МСД) 252
6.1 Определение 252
6.2 Показания 252
6.3 Инструктирование клиентов 252

Глава 10 Неотложная контрацепция 255
1 Введение 257
1.1 Общие показания 257
1.2 Типы неотложной контрацепции 258
2 Таблетки неотложной контрацепции 258
2.1 Прием ТНК 258
2.2 Эффективность 259
2.3 Побочные воздействия 259
2.4 Показания 260
2.5 Медицинские критерии приемлемости 260
2.6 Кто может предоставлять ТНК 261
2.7 Консультирование и информирование 261
2.8 Оценка состояния здоровья 263
2.9 Инструктирование клиентов 263
2.10 Последующее наблюдение 264
2.11 Когда можно перейти к регулярному использованию методов контрацепции 264

3 Медь-высвобождающие ВМС 265
3.1 Эффективность 265
3.2 Показания 266
3.3 Медицинские критерии приемлемости 266
3.4 Особые ситуации 267
3.5 Кто имеет право вводить ВМС 267
3.6 Консультирование и информирование 267
3.7 Оценка состояния здоровья 267
3.8 Введение ВМС 267
3.9 Инструктирование женщин 267
3.10 Последующее наблюдение 269

		3.11 Побочные воздействия	269
	4	Организация услуг	269
		4.1 Адвокация	269
		4.2 Информирование населения	270
		4.3 Улучшение доступа	270
		4.4 Источники предоставления услуг	271
Глава 11		Диагностика беременности	275
	1	Введение	277
	2	Клиническая диагностика	277
	3	Симптомы и признаки беременности	277
		3.1 Симптомы	277
		3.2 Признаки беременности	278
	4	Лабораторная диагностика	278
		4.1 Тест на подавление агглютинации	279
		4.2 Иммунометрические тесты и радиоиммунный анализ	279
	5	Как удостовериться в отсутствии беременности	280
	6	Консультирование беременных женщин	280
Глава 12		Безопасный аборт	283
	1	Введение	285
		1.1 Определение	285
		1.2 Общие показания	286
		1.3 Консультирование и информирование	287
	2	Информированное согласие, конфиденциальность и приватность	288
	3	Наблюдение до аборта	288
		3.1 Анамнез	289
		3.2 Физическое исследование	289
		3.3 Лабораторное тестирование	290
	4	Методы аборта	291
		4.1 Медикоментозные методы	291
		4.2 Хирургичекие методы	294
	5	Последующее наблюдение	299
		5.1 Наблюдение в периоде востановления	299
		5.2 Инструктирование по уходу после аборта	300
		5.3 Признаки и симптомы, требующие немедленного вмешательства	300
		5.4 Ведение больных с осложнениями после аборта	300
	6	Консультирование по контрацепции и инфекциям, передаваемым половым путем	302

Глава 13 Инфекции репродуктивного тракта и инфекции, передаваемые половым путем 305
1 Введение 307
1.1 Определение 307
1.2 Значение услуг по сексуальному и репродуктивному здоровью/планированию семьи 308
2 Профилактика 309
3 Ведение больных с ИРТ и ИППП 311
3.1 Синдромальный менеджмент 311
3.2 Синдромальный и клинический менеджмент 322
3.3 Синдромальный и клинический менеджмент в сочетании с минимальными лабораторными тестами 322
3.4 Клинический менеджмент и лабораторные исследования (этиологический диагноз) 323
4 Консультирование и информирование 324
4.1 Инструктирование клиентов 324
5 Организация уведомления и лечения партнёра 325
6 Последующее наблюдение 326
6.1 Неудача в лечении 327
7 Организация услуг 327
7.1 Администрирование 327
7.2 Обучение 329
7.3 Руководства 330
7.4 Система направлений 330
7.5 Мониторинг и руководство 331

Глава 14 ВИЧ инфекция и СПИД 347
1 Введение 349
1.1 Определение 349
1.2 Передача вируса 349
1.3 Роль служб по сексуальному и репродуктивному здоровью 349
2 Профилактика 350
2.1 Профилактика передачи инфекции половым путём 351
2.2 Профилактика передачи инфекции неполовым путём 351
2.3 Профилактика передачи ВИЧ в перинатальном периоде 351
2.4 Профилактика передачи ВИЧ в в медицинских учреждениях 352

3 Менеджмент случаев ВИЧ/СПИД-а 352
3.1 Добровольное консультирование и тестирование 352
3.2 Последующее консультирование 354
3.3 Уведомление/консультирование партнёра 355
3.4 Половое поведение 356
3.5 Принятие решений,касающихся деторождения 357
3.6 Контрацепция 360
3.7 Лечение 364
3.8 Поддержка и уход за инфицированными людьми 366
Глава 15 Предупреждение инфекций и контроль 371
1 Введение 373
2 Определения 373
3 Антисептика 374
3.1 Показания 374
3.2 Выбор антисептического средства 374
3.3 Приготовление, хранение и распределение антисептиков 376
4 Процедура по обработке оборудования и инструментов 377
4.1 Обеззараживание 377
4.2 Очистка 380
4.3 Дезинфекция высокого уровня 381
4.4 Стерилизация 385
5 Обработка индивидуальных предметов 391
5.1 Гинекологическое кресло или другие предметы с большой поверхностью 391
5.2 Бельё для хирургических процедур (колпаки, маски, халаты и костюмы) 391
5.3 Перчатки (резиновые или пластиковые) 392
5.4 Инструменты для влагалищного исследования 392
5.5 Инструменты для женской и мужской стерилизации (за исключением лапароскопа), введения или извлечения имплантов и введения ВМС 394
5.6 Эндоскопы (лапароскопы) 394
5.7 Иглы и шприцы 395
5.8 Контейнеры для хранения инструментов 395
5.9 Вода 396
6 Хранение стерильных и продезинфицированных предметов 396

7 Предосторожность во время проведения процедур 397
7.1 Мытьё рук 397
7.2 Надевание перчаток 401
7.3 Процедуры инъекций 403
8 Окружающая среда 403
8.1 Уборка действующих зон 404
8.2 Передвижение по подразделениям 406
8.3 Зона обработки инструментов и других предметов 407
8.4 Транспортировка очищенных, продезинфицированных, стерильных и загрязненных предметов 408
8.5 Уничтожение отходов 408
9 Профилактическое использование антибиотиков 412
10 Организационные мероприятия 413
10.1 Администрирование 413
10.2 Инструкции 414
10.3 Обучение 414
10.4 Мониторинг и поддерживающее руководство 416

Список употребляемых аббревиатур 420

Предисловие

В течение последних 50 лет деятельность Международной Федерации по планированию семьи (МФПС) была направлена на увеличение доступа к образованию и услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья для миллионов людей всего мира. МФПС, имеющая в своем составе 6 региональных офисов и сеть 151 членов-ассоциаций, является единственной в своем роде организацией, предоставляющей услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья и осуществляющей пропагандистскую кампанию по защите половых и репродуктивных прав.

Видением МФПС является всеобщий доступ для женщин, мужчин и молодёжи к услугам в области полового и репродуктивного здоровья. Теперь стало ещё более очевидным, что право людей на принятие решения о количестве своих детей и интервалов между их рождениями, а также на хорошее состояние сексуального и репродуктивного здоровья, помогает им улучшить качество жизни.

Несмотря на ограниченность ресурсов и нарастающую оппозицию со стороны консервативных сил, утвержденный в 2003 году новый стратегический план МФПС направлен на разрешение 4-х приоритетных проблем в области репродуктивного здоровья: 1) удовлетворение нужд молодёжи во всем мире по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья; 2) борьба против ВИЧ/СПИДа; 3) устранение случаев небезопасного аборта и увеличение доступа к безопасным методам аборта; и 4) удовлетворение нужд в области сексуального и репродуктивного здоровья маргинальных слоев населения и неимущих лиц. Пятым приоритетным стратегическим направлением МФПС является адвокация, основанная на доказательных фактах и опыте, дающая возможность МФПС возглавить движение, направленное на защиту и признание репродуктивных прав человека. Для успешного осуществления своего стратегического плана МФПС стремиться обеспечить высокое качество услуг. Разработка настоящего руководства является одним из важных компонентов текущей деятельности МФПС, направленной на улучшение стандартов качества предоставляемых услуг.

Руководство по предоставлению медицинской помощи и услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья создано МФПС с намерением улучшить знания и навыки работников, предоставляющих услуги для того, чтобы они могли удовлетворять нужды своих клиентов. Для достижения этой цели в руководство включена основанная на научных исследованиях технически достоверная, подтвержденная и обновленная информация, соответствующая общепринятым социальным нормам. Руководство составлено таким образом, что его можно легко адаптировать к имеющимся нуждам и ресурсам.

Настоящее третье издание Руководства, построенное на успехе предыдущих изданий, переработано с целью отражения как нужд работников, предоставляющих услуги, так и прав клиентов. В этом издании включены 4 новые главы: 1) Нормальный менструальный цикл, 2) Скрининг репродуктивной системы здоровых женщин, 3) Безопасный аборт, и 4) ВИЧ-инфекция и СПИД.

В связи с тем, что знания по контрацепции постоянно обновляются, ранее опубликованные главы по методам контрацепции пересмотрены и дополнены новыми сведениями, выявленными при систематическом обзоре современной литературы. В эти главы включены также рекомендации, основанные на консенсусе в отношении "Медицинских критериев приемлемости использования методов контрацепции" (разработаны при поддержке ВОЗ в октябре 2003г.), а также в отношении к "Своду практических рекомендаций по применению средств контрацепции" (приняты на совещании ВОЗ в апреле 2004г.).

В мероприятиях по достижению консенсуса приняли участие все те передовые организации, которые разрабатывают политику и программы по планированию семьи. Особо активную роль в этом сыграли МФПС и ее Международный Медицинский Совет (ММС). Информация о противопоказаниях при использовании различных методов контрацепции и условиях, требующих специальной предосторожности была приведена в соответствие с современными критериями ВОЗ. Настоящее издание, также как и предыдущее, было разработано под руководством ММС.

Как показывает опыт, любые руководства эффективны только, если они доступны людям, которые в них нуждаются. Надеемся, что данное руководство будет использовано Вами при проведении учебных занятий и дискуссий. Ваши отзывы и замечания помогут нам улучшить качество последующих изданий.

Итак, я с удовольствием рекомендую Руководство по предоставлению медицинской помощи и услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья всем тем людям, деятельность которых направлена на улучшение сексуального и репродуктивного здоровья.

Др. Стивен В. Синдинг
Генеральный Директор МФПС
Лондон, 2004 г.

Слово благодарности

Руководство по предоставлению медицинской помощи и услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья разработано под руководством и при поддержке Международного Медицинского Совета (ММС) и Международной Федерации по планированию семьи (МФПС). При составлении некоторых глав учтены официальные отчеты ММС.

Членами ММС являются:

Др. Алида Ахтар
Др. Ворд Кэйтс
Др. Соледад Диаз
Др. Линдсей Эдуард
Др. Анна Гласиер
Др. Герберт Петерсон
Др. Элен Рандера-Рииз
Проф. Фред Саи
Др. Поль Ван Лук
Др. Эдит Вейзберг

Особая благодарность выражается Др. Карлосу Уезо - соавтору первого и второго изданий, который является инициатором процесса разработки третьего издания, Др. Уша Малхотра - соавтору настоящего издания, за вклад в разработку новых глав: “Безопасный аборт”, “ВИЧ-инфекция и СПИД”, “Скрининг репродуктивной системы здоровых женщин”, а также Г-ну Марку Поулсону - редактору Руководства.

Все главы Руководства были просмотрены также Региональными советниками по качеству услуг и сотрудниками центрального офиса МФПС, в частности:

Др. Гаяне Долян
Др. Магди Халед
Др. Рим Эсгаири
Др. Пратима Миттра
Илка Мария Рондинелли
Др. Неемиай Кимати
Др. Чеих Оуедраого
Г-жа Патриция Матиус
Др. Мариама Бэри

Важный вклад в разработку третьего издания Руководства внесли также сотрудники организации Engender Health, в частности:

Кармела Кордеро, M.D. - Помощник медицинского директора

Джон Пайл, M.P.H - Директор по планированию семьи
Рой Якобстейн, M.D., M.P.H - Медицинский директор.

Др. Виктория Дженингс, Директор Института Репродуктивного Здоровья при Медицинском Центре Университета Джорджтаун внесла вклад в разработку главы: “Методы, основанные на осведомленности о плодовитости”.

Особая благодарность выражается следующим сотрудникам МФПС:

Г-же Сюзан Гам - за техническую помощь при составлении Руководства

Г-же Лаура Фини - за материально - техническое обеспечение издания

Г-же Дуртхе Брекен - за её вклад в главу: “Консультирование”

Др. Марсель Викеманс - за рецензирование главы: “Безопасный аборт”

Др. Ноно Симелела - за рецензирование главы: “ВИЧ-инфекция и СПИД”.

Искренняя благодарность выражается Генеральному директору МФПС Др. Стивену Синдингу и Заместителю директора Г-же Лин Томас - за их постоянное поощрение и поддержку во время разработки этой книги.

Руководство переведено на русский язык при поддержке Европейской сети Международной Федерации по планированию семьи. Первое русское издание опубликовано в 2006г. “Издательской сетью АРТАВАЗД”, при техническом содействии Армянской Ассоциации “Во имя семьи и здоровья”.

ИНСТРУКЦИЯ

Цель руководства

Руководство по предоставлению медицинской помощи и услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья разработано для использования при осуществлении программ в области сексуального и репродуктивного здоровья, включая программы по планированию семьи. Оно может быть использовано в качестве:

- *пособия для предоставления услуг*

  Для менеджеров и работников, предоставляющих услуги, это Руководство является ясным путеводителем для планирования задач и выполнения соответствующих обязанностей.

- *исходного документа, на который можно ссылаться при оценке качества услуг*

  Основным направлением данного Руководства является предоставление услуг, в соответствии с необходимыми стандартами качества. Оценку качества фактически предоставляемых услуг можно проводить на основании сравнительной оценки их соответствия с рекомендациями данного Руководства.

- *пособия для проведения учебных занятий*

  Каждая глава Руководства может служить основой для разработки программ учебных занятий.

- *пособия для руководителей*

  Руководители могут ссылаться на это Руководство для выявления ситуаций, требующих проведения коррективных действий, а также для оценки нужд работников в усовершенствовании. Они могут использовать это Руководство для привлечения внимания медработников к существенным элементам качества предоставляемых услуг и для контроля за правильностью используемых методик.

Для кого предназначено руководство

Руководство предназначено для лиц, разрабатывающих программы, для менеджеров, для работников, предоставляющих клинические услуги, для преподавателей, а также для руководителей клиник и работников первичного уровня служб здравоохранения. Оно соответствует также нуждам врачей, медсестер, акушерок и других медработников. На основании отдельных глав Руководства, относящихся к первичному уровню служб здравоохранения, можно разрабатывать специальные информационные материалы для работников этих служб. Это более целесооб-

разно делать на местном уровне.

Формат

Руководство состоит из 15 глав.

Настоящее третье издание в значительной степени видоизменено, по сравнению с изданием 1997 года. Оно включает 4 новые главы, в частности: Нормальный менструальный цикл (Глава 3); Скрининг репродуктивной системы здоровых женщин (Глава 4); Безопасный аборт (Глава 12); ВИЧ-инфекция и СПИД (Глава 14).

Перекрёстные ссылки

Для исключения ненужных повторений предоставляемой информации приведены перекрёстные ссылки на отдельные главы и части глав Руководства. В этих ссылках указаны соответствующие номера глав и разделов.

Международная
Федерация
по планированию
семьи

СЕКСУАЛЬНЫЕ И РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПРАВА

WWW. IPPF.ORG

ПРАВО на жизнь

ПРАВО на решение вопроса о том, иметь или не иметь детей, сколько и когда их иметь

ПРАВО на свободу и безопасность личности

ПРАВО на медицинскую помощь и охрану здоровья

ПРАВО на равенство и свободу от любых форм дискриминации

ПРАВО на пользование достижениями научного прогресса

ПРАВО на уединённую обстановку

ПРАВО на свободу собраний и участие в разработке политики

ПРАВО на свободу мировоззрения

ПРАВО на свободу от насилия и жестокого обращения

ПРАВО на информацию и образование

ПРАВО выбора в вопросах вступления в брак, создания и планирования семьи

1 ПРАВА КЛИЕНТОВ И ПОТРЕБНОСТИ РАБОТНИКОВ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ УСЛУГИ

1 Введение

Целью программ по сексуальному и репродуктивному здоровью является улучшение качества жизни всех женщин, мужчин и молодежи. Для достижения этой цели, все услуги, предоставляемые клиентам, должны быть всегда высокого качества и последовательно отражать стремление к идеалу.

С конца 1980-х годов ставиться особый акцент на концепцию *качества обслуживания* и придается повышенное внимание к ее важности, что способствует повышению удовлетворенности клиентов и увеличению потребности и приемлемости услуг по сексуальному и репродуктивному здоровью, включая услуги по планированию семьи. Высокое качество обслуживания придает клиентам больше уверенности при принятии своевременных и информированных решений по вопросам, связанным с сексуальным и репродуктивным здоровьем и в сохранении их конфиденциальности.

С тех пор как доступ к услугам по сексуальному и репродуктивному здоровью и планированию семьи был признан правом всех отдельных лиц и пар, под качеством обслуживания можно подразумевать обеспечение *прав клиента.* Определение *клиент* включает любого члена общины, нуждающегося в тех или иных услугах, а не только людей, обращающихся в службы здравоохранения для получения этих услуг.

Клиент должен быть в центре внимания всех планируемых мероприятий в рамках программ по сексуальному и репродуктивному здоровью и планированию семьи. Такой, ориентированный на клиента подход подразумевает, что работники, предоставляющие услуги, должны знать и удовлетворять нужды клиентов, а также с уважением относиться к их правам. Менеджеры и другие руководители должны понимать, что для удовлетворения прав клиентов необходимо обеспечить *потребности* работников, предоставляющих услуги. Права клиента и потребности работников, предоставляющих услуги, рассматриваемые вместе, формируют два краеугольных камня качества предоставляемых услуг.

2 Права клиентов

Право всех отдельных личностей и пар свободно принимать решение о количестве своих детей и интервалов между их рождениями признано международной общественностью уже давно. Так, еще в 1968г. в Тегеране была принята Декларация по Правам Человека, которая гласит: “Все родители пользуются основополагающим правом человека: свободно принимать решение о количестве своих детей и интервалов между их рождениями”. Международная Конференция по Народонаселению и Развитию, которая состоялась в 1994 г. в Каире

(МКНР) еще раз подтвердила эту Декларацию, а также приняла следующее постановление: «Женщины и мужчины имеют право на информацию и доступ к предпочитаемым для них услугам по сексуальному и репродуктивному здоровью, которые должны быть безопасными, эффективными, доступными в финансовом отношении и приемлемыми».

В соответствии с этими постановлениями, права клиентов можно обобщить следующим образом:

2.1 Право на информацию

Все члены общества имеют право на информацию о преимуществах услуг по сексуальному и репродуктивному здоровью и их доступности для себя и своих близких. Они также имеют право знать, где и каким образом они могут получить более подробную информацию и медицинское обслуживание по вопросам планирования семьи, сексуального и репродуктивного здоровья. Все программы по сексуальному и репродуктивному здоровью должны активно распространять информацию по этим вопросам, включая информацию о планировании семьи, не только на уровне служб предоставляющих услуги, но и на уровне общин.

2.2 Право на доступ к услугам

Все члены общества имеют право на получение услуг по сексуальному и репродуктивному здоровью, независимо от расы, пола, сексуальной ориентации, семейного положения, возраста, вероисповедания, политических взглядов, этнического происхождения или состояний, на основании которых человек может быть подвергнут дискриминации, например, инвалидности. Для удовлетворения этого права требуется обеспечение доступа клиентов к предоставлению услуг на разных уровнях системы здравоохранения и со стороны специалистов разного профиля.

Программы по сексуальному и репродуктивному здоровью должны предпринимать меры по обеспечению доступа к услугам для всех тех, кто в них нуждается, особенно для которых доступ к услугам затруднен.

2.3 Право на выбор

Отдельные личности и пары имеют право самостоятельно принимать решение об использовании методов регулирования плодовитости и выбирать предпочитаемый ими метод. Клиентам, обратившемуся за услугами по контрацепции, надо предоставить свободу выбора метода контрацепции. Программы планирования семьи должны предоставлять людям практическую помощь при принятии свободного и информированного решения, касающегося выбора метода контрацепции. Эта помощь должна включать предоставление беспристрастной информации, соо-

тветствующего просвещения и консультирования, а также достаточно широкого спектра методов контрацепции. Клиентам следует предоставить возможность пользоваться предпочитаемыми ими методами, разумеется, при отсутствии существенных противопоказаний для их применения.

В зависимости от конкретных обстоятельств, представления клиентов о приемлемости и уместности выбранного ими метода могут изменяться. Следовательно, право выбора также предполагает право на прекращение используемого метода контрацепции или на его замену другим методом.

Очень важно обеспечить и другие аспекты права на выбор. Например, там, где это практически возможно, клиентам надо предоставить право выбора служб и медработников, предоставляющих услуги по сексуальному и репродуктивному здоровью, тех, с кем они чувствуют себя наиболее комфортно. Право на выбор включает также выбор местоположения или вида учреждения, предоставляющего услуги (например, местные службы, аптеки, места розничной распродажи, больницы, центры здоровья или клиники сексуального и репродуктивного здоровья). Создание альтернативных служб сексуального и репродуктивного здоровья должно приветствоваться со стороны правительственных, неправительственных и частных организаций.

2.4 Право на безопасность.

Клиенты имеют право быть защищенными от нежеланной беременности, болезней и сексуального насилия, а также на безопасность при получении услуг по сексуальному и репродуктивному здоровью. При обеспечении права на безопасность нужно учитывать следующее:

- Хотя общепризнанно, что польза для здоровья от применения методов планирования семьи превосходит риск их использования, клиенты имеют право быть защищенными от любых возможных негативных воздействий методов контрацепции на их физическое и психическое здоровье.
- Поскольку нежеланная беременность может представлять риск для здоровья женщины, их право на безопасность предполагает также право на эффективную контрацепцию.
- При получении услуг по контрацепции, клиенты также имеют право на защиту и от других возможных негативных воздействий, например, от возможности инфицирования при использовании нестерильных инструментов.

Безопасность клиентов непосредственно связана с обеспечением качества предоставляемых услуг, что зависит от адекватности

оснащения самого учреждения, так и от технической компетентности персонала. Обеспечение прав клиентов на безопасность предполагает следующее: помощь в выборе метода контрацепции, обследование для выявления противопоказаний, предоставление метода в соответствии с техническими требованиями, обучение правилам пользования методом и последующее наблюдение. Условия в местах обслуживания, а также материалы и инструменты должны соответствовать требованиям безопасности клиентов. При любых осложнениях или выраженных побочных явлениях необходимо организовать адекватное лечение. Если нет возможности предоставить такое лечение по месту обслуживания, следует направить клиентов в другое учреждение.

2.5 Право на общение в уединенной обстановке

При обсуждении своих нужд или тревог с медперсоналом, клиенты имеют право на общение в уединенной обстановке. Они должны быть уверенны, что их беседу с консультантом или работником, предоставляющим услуги не услышат другие.

Осмотр и физическое обследование клиентов должны проводиться в уединенной обстановке, в отсутствии посторонних лиц, с уважением прав на приватность. Право клиентов на общение в уединенной обстановке включает также некоторые другие аспекты, касающиеся качества предоставляемых услуг:

- При консультировании и физическом обследовании со стороны медперсонала, клиенты имеют право на получение информации о роли любых других лиц, присутствующих в данном помещении (например, практиканты, инструкторы, лица, обеспечивающие контроль, исследователи и др.). Если их присутствие необходимо, предварительно следует получить согласие клиента.
- Клиент имеет право заранее знать, какое физическое обследование ему предстоит и вправе отказаться от любых видов исследований, которые причиняют ему дискомфорт. Он также имеет право попросить, чтобы данное обследование было проведено другим работником.
- Любое обсуждение случаев клиентов в их присутствии, в частности, в учебных заведениях, может иметь место только с согласия клентов. При этом персонал должен выразить им признательность за согласие принять участие в дискуссии.

2.6 Право на конфиденциальность

Клиенты должны быть уверены в том, что без их согласия не станут известны третьей стороне передаваемые ими сведения или подробности предоставляемых услуг. Право клиентов на конфиденциальность защищается клятвой Гиппократа. Услуги по сексуальному и репродук-

тивному здоровью должны предоставляться в соответствии с существующими юридическими нормами и правилами этики.

Нарушение конфиденциальности может привести к тому, что общество станет сторониться клиента; возможны также негативные последствия в семье. Кроме того, персонал может потерять доверие клиентов. В соответствии с принципом конфиденциальности, персонал должен воздерживаться от разговоров о клиентах в присутствии третьих лиц, с упоминанием их имен. Запрещено обсуждать случаи клиентов за пределами учреждения. Любые письменные сведения о клиенте должны храниться в закрытом шкафу или в сейфе, а доступ к ним должен быть под контролем.

2.7 Право на достоинство

Клиенты имеют право на вежливое, предупредительное и внимательное обслуживание, а также на уважение их достоинства независимо от уровня образования, общественного положения и любых других признаков, которые могли бы сделать их мишенью для оскорблений или насилия. Признавая это право, при предоставлении услуг клиенту персонал должен отказаться от своих личных, семейных, социальных и интеллектуальных предубеждений и позиций.

2.8 Право на комфорт

При получении услуг клиенты имеют право чувствовать себя комфортно. Это право клиента напрямую зависит от адекватности структуры и правильности организации служб, предоставляющих услуги /например, пункты по предоставлению услуг должны иметь исправную вентиляцию и освещение, сидячие места и туалеты/. Клиент не должен терять много времени в учреждении, ожидая предоставления услуг. Обстановка, в которой предоставляются услуги, должна соответствовать культурным ценностям, особенностям и потребностям общества.

2.9 Право на непрерывность предоставления услуг

Клиенты имеют право получать услуги и иметь доступ к службам сексуального и репродуктивного здоровья и средствам контрацепции столько, сколько это им необходимо. Предоставление услуг конкретному клиенту не может быть прекращено лицом предоставляющим услуги без согласования с клиентом. Доступ клиентов к другим видам услуг не должен зависеть от того, продолжают ли они пользоваться средствами контрацепции. Они имеют право просить о передаче анкет или историй болезни в другое медицинское учреждение. В ответ на такую просьбу, анкета, история болезни или же их копии должны быть направлены в указанное учреждение или выданы клиенту, в соответствии с

установленными инструкциями.

Направление клиентов в другие учреждения, если в этом возникнет необходимость, а также последующее наблюдение, являются двумя другими важными аспектами прав на непрерывность услуг.

2.10 Право на выражение собственного мнения

Клиенты имеют право свободно выражать свое мнение о предоставляемых услугах. Для того чтобы обеспечить успех программ по контролю, оценке и улучшению качества услуг, необходимо внимательно относиться к мнениям клиентов, независимо от того, выражены ли они в форме благодарности или в виде жалоб по поводу качества услуг. Необходимо также учитывать их предложения по улучшению качества обслуживания.

Любая новая программа или служба здавоохранения, в идеале, должна вовлекать своих клиентов в процесс планирования мероприятий. Это поможет выявить нужды и предпочтения клиентов и организовать предоставление услуг в наиболее приемлемой и соответствующей их нуждам форме.

Руководители программ и работники, предоставляющие услуги, должны добиться обеспечения всех прав клиентов. Достижение этой цели непосредственно связано с наличием в данном учреждении инфомационных средств и служб по сексуальному и репродуктивному здоровью и планированию семьи, а также с качеством предоставляемых услуг.

3 Потребности работников, предоставляющих услуги

Чтобы реально воплотить права клиентов в жизнь, необходимо удовлетворить потребности работников, предоставляющих услуги. Без удовлетворения этих потребностей, таких как адекватность ресурсов, поддержка, предоставление знаний и возможностей усовершенствования, просто невозможно удовлетворить нужды клиентов. Потребности работников, предоставляющих услуги можно обобщить следующим образом:

3.1 Потребность в усовершенствовании

Работники, предоставляющие услуги, должны иметь возможность получить знания и приобрести навыки, необходимые для выполнения всех своих обязанностей. Требовать от работников выполнять обязанности, которым они недостаточно обучены, является весьма

несправедливым, как по отношению к ним самим, так и к клиентам. В этой связи, ответственностью руководителей является выявление потребностей персонала в усовершенствовании и осуществление организационных мер для их обучения.

Менеджеры программ должны помнить, что потребности работников в усовершенствовании включают необходимость в улучшении не только технических знаний и навыков, но и умения межличностного общения. Эффективная коммуникация очень существенна для клиентов, так как она дает им возможность понять жизненно важную информацию, на которую имеет право любой человек. Это позволяет клиентам понять все возможные последствия их выбора, включая баланс между личной пользой и риском, что помогает им в процессе принятия решений. Эффективная коммуникация нужна и работникам, предоставляющим услуги, для более ясного представления о случаях клиентов и понимания их личных обстоятельств.

3.2 Потребность в информации.

Все работники, предоставляющие услуги, должны получать информацию по вопросам, относящимся к их обязанностям. Медицинский персонал не работает в изоляции. Работа будет более эффективной, если каждый сотрудник будет проинформирован об обязанностях своих коллег и прочих аспектах программы. Доступ к новейшей технической информации поможет работникам говорить с компетентностью и придаст им уверенность в действиях.

3.3 Потребность в инфраструктуре

Для обеспечения высокого качества предоставляемых услуг, работники нуждаются в адекватной оснащенности и правильной организационной стркуктуре учреждения. Право работы в условиях адекватной инфраструктуры относится не только к клиническим учреждениям, но и к службам первичного уровня, предоставляющим услуги на уровне общины. Потребность в эффективной организации услуг на уровне общины в такой же мере важна, как и в организации клинического обслуживания.

Работники должны быть уверены в безопасности своей рабочей среды, что включает также безопасность от подверженности случайному риску заражения инфекциями, например ВИЧ/СПИД.

3.4 Потребность в поставках

Работникам служб нужны постоянные и надежные поставки различных контрацептивов и материалов, необходимых для предоставления услуг по сексуальному и репродуктивному здоровью, соответственно требуемым стандартам качества. Для работника, который стре-

миться добросовестно выполнять свои обязанности, крайне неприятно отказывать в услугах клиентам и отправлять их обратно без предоставления нужных им контрацептивных средств. Кроме этого, под адекватностью поставок материалов подразумевается также своевременная поставка учебных пособий и других принадлежностей, необходимых для предоставления клиентам безопасных и эффективных услуг.

3.5 Потребность в руководстве

Работникам служб нужна ясная, объективная и соответствующая целям программы директива, способная усилить их преданность работе и компетентность в предоставлении высококачественных услуг. Эта директива может быть представлена в виде письменных инструкций и практических указаний, а также путем осуществления эффективного и поддерживающего руководства со стороны руководителей.

3.6 Потребность в поддержке

Работникам, предоставляющим услуги, нужна уверенность в том, что они являются членами одной большой команды, в которой отдельные лица или подразделения могут оказывать друг другу поддержку, не зависимо от того, работают ли они на первичном общинном уровне служб здравоохранения, или на уровне многопрофильного клинического учреждения.

При выполнении своих обязательств по предоставлению качественных услуг, работникам может потребоваться консультация или техническая помощь. Может возникнуть также необходимость направления клиентов в другое учреждение, или на другой уровень оказания услуг. Поэтому программы по сексуальному и репродуктивному здоровью и планированию семьи должны обеспечить четкие механизмы для облегчения этих процессов.

3.7 Потребность в уважении

Работникам, предоставляющим услуги, необходимо признание их компетентности и потенциала со стороны руководителей программ, а также внимание к их человеческим потребностям. Для того, чтоб усилия медработников по завоеванию уважения со стороны клиентов не прошли бы даром, нужна обеспечить поддержку со стороны всей системы. Так, например, персонал клиник должен уделять должное внимание клиентам, направленным из первичных служб, проявляя при этом уважительное отношение к беспокойству и сомнениям участковых работников, направивших к ним своих клиентов.

Необходимо избегать поведенческих факторов, которые могут вызвать неуважение клиента к работнику, предоставляющему услуги (например, когда в присутствии клиента обсуждаются те или иные проблемы или ошибки работника, вызывая у последнего чувство смущения или стыда).

Работники нуждаются в защите от любого возможного словесного, психологического или физического запугивания, или же насильственных действий со стороны клиентов, коллег или начальства.

3.8 Потребность в поощрении

Работникам, предоставляющим услуги, нужны стимулы для развития их личного потенциала и творческих способностей. Необходимо поощрять активность персонала (в соответствии с их возможностями), а также способствовать их мотивированности и приверженности к улучшению качества предоставляемых услуг. Мотивированность и преданность работников являются наиболее важными компонентами, обеспечивающими эффективность и приемлемое качество услуг по сексуальному и репродуктивному здоровью и планированию семьи.

3.9 Потребность в обратной связи.

Работникам, предоставляющим услуги, нужно знать мнение других людей о своей компетентности и отношении к работе. Это поможет им улучшить качество предоставляемых услуг и своевременно отреагировать на потребности клиентов. Необходимо обеспечить получение отзывов о работе со стороны всех тех, кто вовлечен в систему предоставления услуг, включая менеджеров, руководителей, коллег и клиентов. Отзывы о работе особенно полезны, если они предоставляются в положительной и конструктивной форме. Работникам должна быть предоставлена возможность улучшения результатов своей деятельности, путем предоставления им информирования о том, как они выглядят со стороны. Обратная связь будет более эффективной, если работники мотивированы к улучшению качества предоставляемых ими услуг и, если их заслуги постоянно поощряются.

3.10 Потребность в самовыражении.

У всех работников, предоставляющих услуги, независимо от уровня, на котором они работают, имеется потребность в выражении своего мнения по отношению к качеству и эффективности программы. Они хотят, чтоб к их мнению прислушивались и принимали бы во внимание при принятии органзационных решений.

Для обеспечения должного качества предоставляемых услуг, лицам, формирующим политику в области здавоохранения и менеджерам программ нужно изучать потребности работников, предоставляющих услуги и принимать соответствующие меры по удовлетворению их нужд. Это наилучший способ обеспечения прав клиентов, а также признания доверия и хорошей репутации программы.

Фото: Фатиха Терки/Вьетнам

2 КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

1 Что такое консультирование

Консультирование – это процесс непосредственного общения людей, во время которого консультант помогает другому человеку (или паре, семье, группе людей) определить свои потребности, принять наиболее подходящее решение и сделать нужный выбор.

Консультирование - это конструктивная беседа между двумя или более людьми, во время которой одному или более участникам предоставляется возможность обсуждения определенных вопросов, касающиеся их сексуального и репродуктивного здоровья и используемых методов контрацепции, а также высказывания своих чувств и изыскания способов разрешения своих проблем.

Консультирование помогает не только при удовлетворении непосредственных потребностей клиентов, но способствует развитию способностей для самостоятельного разрешения проблем, которые могут возникнуть в будущем. Консультирование открывает возможности для новых перспектив и положительных перемен. Перемены могут быть как в самом человеке (например, другое отношение к ситуации), так и в его поведении (например, практика безопасного секса) или в окружении.

Консультирование ставит перед собой цель помочь людям:

- Лучше представить ситуацию.
- Определить возможные варианты для улучшения этой ситуации.
- Сделать свой выбор, в том числе выбор метода контрацепции, который соответствовал бы их жизненным ценностям, особенностям, чувствам и потребностям.
- Принять собственное решение и действовать согласно принятому решению.
- Легче разрешать любые проблемы.
- Развить нужные навыки жизни, например, умение поговорить с партнером о сексе.
- Предоставлять поддержку другим дюдям, сохраняя при этом собственные силы.

2 Консультирование по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья

Когда речь идет о вопросах сексуального и репродуктивного здоровья, консультирование можно использовать для различных целей, в том числе:

- Помочь принять решения о необходимости и желании использования метода контрацепции.

- Помочь сделать свободный и информированный выбор метода контрацепции.
- Предоставить информацию о выбранном методе.
- Объяснить, как нужно использовать выбранный метод.
- В случае возникновения проблем, помочь клиентам преодолеть чувство беспокойства и тревоги и принять адекватное решение.
- Предоставить помощь для разрешения проблем, связанных с инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП) и/или ВИЧ-инфекцией.
- Подготовить пару к рождению ребенка.
- Помочь принять информированное решение о грудном вскармливании.
- Помочь женщине принять решение, касающееся сохранения или прерывания беременности.
- Обсудить с клиентами любые вопросы, касающиеся сексуальности, сексуальных взаимоотношений, бесплодия, менопаузы и других вопросов сексуального и репродуктивного здоровья.

Эффективное консультирование особенно важно при оказании помощи людям, которые обеспокоены вопросами, связанными с их сексуальным и репродуктивным здоровьем. Для многих дюдей трудно говорить на эту тему со своими родственниками или друзьями. Некоторые даже затрудняются обсуждать со своим партнером правила безопасного секса, необходимость использования контрацептивов или диагностики ИППП . Такие ситуации могут быть довольно сложными и людям необходимо время, чтобы обсудить их с кем-нибудь и принять соответствующее решение.

У консультантов по планированию семьи есть много возможностей для предоставления консультаций и по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья. Путем перехода от консультирования по планированию семьи на консультирование по вопросам сексуального и репродуктивное здоровья, консультанту предоставляется возможность целостного подхода к нуждам клиента. Это помогает им лучше разобраться как в вопросах планирования семьи, так и половой жизни в целом, а также дает им почувствовать, что консультант заботится о них и относится к ним прежде всего как к людям, а не к пользователям методов контрацепции. Это способствует увеличению обращаемости в данное учреждение. .

Обученным и опытным консультантам больше доверяют, следовательно они могут охватить большую группу клиентов, в том числе тех, чьи потребности не были удовлетворены, например подростков, мужчин, а также женщин, не живущих половой жизнью и не подверженных риску наступления беременности.

3 Кто может проводить консультирование

Во многих медицинских учреждения нет специалиста-консультанта, но есть клинический персонал, например медицинские сестры, регистраторы, врачи, а также общественные работники из числа местного населения, которых можно обучить основам консультирования. Люди, мотивированные выполнять такую работу, имеют большую вероятность стать понимающим и компетентным консультантом. Руководители медицинских учреждений должны мотивировать и поддерживать своих сотрудников, добровольцев и общественных работников для их вовлечения в процесс консультирования. Весь медицинский персонал и общественные работники, которые регулярно или от случая к случаю проводят консультирование, должны пройти соответствующее обучение навыкам консультирования и коммуникации.

Чтобы проводить консультирование человеку необходимо:

- Быть осведомленным:
  - в вопросах сексуального и репродуктивного здоровья;
  - о службах по охране сексуального и репродуктивного здоровья, имеющихся по месту их проживания, включая службы по профилактике ВИЧ, поддержке и/или помощи жертвам гендерного насилия и др. (Консультанты могут нарисовать карту всех имеющихся в своем районе служб и использовать ее для направления клиентов в соответствующие учреждения).
  - о насущных нуждах клиентов по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья и тенденциях к их изменению .
- Иметь мотивацию и желание консультировать.
- Иметь навыки консультирования, в том числе:
  - умение активно слушать;
  - навыки невербальной коммуникации;
  - умение перефразировать;
  - умение задавать вопросы;
  - умение выражать свои чувства;
  - умение предоставлять информацию.
- Иметь правильную позицию, в частности:
  - не осуждать;
  - не навязывать своих ценностей;
  - проявлять теплоту и не отказывать во внимании клиентам;
  - быть отзывчивым и чутким;
  - проявлять уважение к людям;
  - быть преданным интересам и благополучию клиентов;
  - постоянно стремиться познать новое и учиться на своих ошибках;

- понимать самого себя;
- понимать жизнь, а также людей, ведущих разный образ жизни, или принадлежащих к разным культурам.

4 Условия для проведения консультирования

Очень важно создать обстановку в которой клиенты чувствовали бы себя легко, безопасно и уверенно. Под безопасными условиями для консультирования подразумевается адекватная физическая обстановка. Независимо от того, где проводится консультирование - дома или в медицинском учреждении – оно обязательно должно проходить в приватной, уединенной обстановке.

- Обеспечьте приватность и конфиденциальность консультирования, чтобы каждый клиент чувствовал себя комфортно и мог свободно обсуждать свои факторы риска, включая половое поведение.
- Предоставьте помещение для игр детей, сопровождающих женщину и организуйте присмотр за ними, пока их мать находится на консультировании.
- Удостоверьтесь в том, что комната для консультирования устроена так, что обеспечивает уединение и конфиденциальное общение между клиентом и консультантом; убедитесь, что обстановка в комнате благоприятствует доверительной беседе.
- Используйте наглядные пособия для обсуждения (флип-чарты, плакаты по анатомии и контрацепции, тазовые модели и т. п.).

Жизненные позиции консультанта и его подход к клиентам играют ключевую роль. Консультант может помочь клиентам почувствовать себя безопасно и уверенно, если будет общаться с ними в теплой и уважительной манере и будет разговаривать на понятном им языке. Вид и подход консультанта должен внушать клиентам доверие, так, чтобы вместо подавленного настроения, у них появилось бы чувство безопасности и, чтоб они могли открыто говорить об интересующих их вопросах.

Если это возможно и осуществимо, консультируйте клиентов вместе с партнерами, а при необходимости и с членами семьи.

- Сразу же после встречи уделяйте клиентам все ваше внимание.
- Вежливо приветствуйте и представьтесь (укажите свое имя и должность).
- Объясните, что любая предоставленная им информация будет сохранена в строгой конфиденциальности.
- Выясните причину визита и какую помощь он/она хотят получить.
- Внимательно слушайте и демонстрируйте внимание своими движе-

ниями и методами невербального общения.

- Дайте клиентам время высказать свои мысли и идеи и принять собственное решение. Воздержить от слов, если они задумываются или стараются преодолеть свои эмоции.
- Учтите все известные или возможные культурные различия между вами и, если вы что-то не поняли, или нуждаетесь в дополнительной информации, попросите дальнейших разъяснений.
- Успешное межличностное общение требует поддержания невербального контакта глаз, хотя не во всех случаях это приемлемо с точки зрения культурных традиций.
- Когда слушаете клиентов, не делайте записей одновременно. Внимательно выслушивайте клиентов, а если вам нужно сделать заметки, то делайте это после того, как они выскажутся. Если же записи необходимо сделать раньше, то делайте это только с их разрешения.
- Поощряйте клиентов начать или продолжить разговор, используя слова «я понимаю», «продолжайте» и т. п. Эти маленькие знаки внимания необходимы для того, чтобы выразить вашу заинтересованность и показать клиентам, что вам нравиться когда они выражают свои мысли и чувства.
- Помогайте клиентам высказать свои нужды, поощряйте их задавать любые вопросы, которые помогут им разрешить их проблемы, связанные с сексуальным и репродуктивным здоровьем.
- Объясните, что вы задаете вопросы только для того, чтобы помочь разрешить их проблему.
- Помогайте клиентам сосредоточиться на вопросах, которые они сами могут разрешить и добиться положительных перемен, а не погружаться во всю проблему. Помогите им найти людей, на которых можно положиться и которые могут помочь.
- Старайтесь отвечать на вопросы клиентов честно, точно и развернуто, какими бы трудными они не были. Не давайте ложных заверений для того, чтоб успокоить клиентов, это не поможет им.
- Вовлекайте новых клиентов в процесс заполнения всех необходимых регистрационных форм, с уделением внимания на аккуратность и полное заполнение. Тех, кто обращаются повторно, вовлекайте в процесс обновления информации, касаящейся их личной жизни.
- Если консультирование проходит в медицинском учреждении, а не дома или где-либо еще, объясните этапы обращения в медицинское учреждение, например, к какому врачу им нужно будет обратиться, какие обследования и лабораторные анализы должны быть выполнены, причины, по которым это необходимо сделать, как долго продлится

визит и какую оплату необходимо произвести.

- Направьте клиентов на получение всех необходимых медицинских услуг.
- Оказывайте поддержку клиентам, но не так, чтоб они полностью полагались на вас. Помогите им выработать навыки владения ситуацией и самостоятельного разрешения своих проблем.

5 Связь между образованием, информированием и консультированием

Информация, полученная клиентами до консультирования, облегчит процесс консультирования и сэкономит время при индивидуальном интервью. О методах планировании семьи, контрацепции, правилах безопасного секса, ИППП, ВИЧ/СПИДе и других вопросах сексуального и репродуктивного здоровья клиенты должны узнавать также через средства массовой информации. Можно размещать плакаты и брошюры на соответствующем языке в местах ожидания клиентов, демонстрировать картины или видео-фильмы, проводить групповые обсуждения. **Время ожидания должно быть использовано для обучения клиентов вопросам сексуального и репродуктивного здоровья, контрацепции, профилактике ИППП/ВИЧ/СПИД и т. п.**

Консультирование является частью процесса информирования и образования. Информирование и обучение до консультирования может сэкономить время, отведенное для индивидуального консультирования. Но консультант, тем не менее, должен удостовериться в том, что клиенты понимают основные факты и смогут сопоставить их со своей жизненной ситуацией.

Во время *индивидуального консультирования* процесс обучения дополняется предоставлением информации и обучением, касающимся конкретных потребностей клиентов.

При *информировании группы* консультант предоставляет основные факты по конкретным вопросам, например, о планировании семьи, контрацепции, правилах безопасного секса, ИППП, ВИЧ/СПИДе, о путях их передачи, методах тестирования на ВИЧ, возможных преимуществах и недостатках тестирования и процессе консультирования по вопросам ВИЧ. Это можно сделать и путем показа видеофильмов или предоставления информационных брошюр. Информация должна предоставляться на понятном языке и в форме. Она должна быть такой, чтоб заинтересовать клиентов своей связью с жизненными ситуациями. Спросите группу, есть ли какие-либо вопросы, и поощряйте обсуждение в течение всего процесса информирования. Если есть время, проведите обсуждение после прослушивания/просмотра каждой темы.

Предупредите группу, что вы не можете гарантировать конфиденциальность, и поэтому лучше не раскрывать личную информацию, а обсуждать тему в общем ракурсе. Скажите участникам группы, что о личном можно будет поговорить позже, во время индивидуального консультирования. Идеальное количество участников в группе зависит от имеющегося помещения и времени; дискуссии возможно проводить в группах, где не более 10-20 человек.

При определенных условиях и сложившихся культурных традициях, более предпочтительным может быть *групповое консультирование*, например, консультирование группы, состоящей из членов семьи (или всей семьи) или из представителей местной общественности. При групповом консультировании и обсуждении тем, относящихся к вопросам профилактики, путях снижения риска и других аспектах сексуального и репродуктивного здоровья, консультант должен способствовать созданию взаимопонимания в группе. В небольшой группе (до 10 человек), состоящей из людей, которые свободно могут говорить в присутствии друг друга (например, люди одного пола, одного возраста или статуса, пары или семьи), участники могут делиться своими ощущениями и опытом, даже осознавая, что конфиденциальность не гарантирована. В такой группе участники могут делиться своим успешным опытом безопасного сексуального поведения, поддерживать и поощрять друг друга. При этом участники лучше понимают имеющиеся возможности для выбора, осознают свои собственные ощущения и ценности.

6 Консультирование по контрацепции

6.1 Выбор метода

Клиенты должны сами принять решение о том, какой метод контрацепции им больше всего подходит. Консультант должен помочь им в выборе безопасного метода, соответственно их потребностям и предпочтениям в планировании семьи.

Когда клиенты обращаются в медицинское учреждение с намерением использовать метод контрацепции, спросите какой конкретный метод они имеют ввиду.

Если клиенты хотят использовать конкретный метод контрацепции:

- Попытайтесь в процессе обсуждения и сбора медицинского и социального анамнеза определить, насколько подходит метод их характеристикам, потребностям и обстоятельствам:
  - если метод подходит, определите, знают ли они о других методах контрацепции, и убедитесь в их уверенности в своем выборе ;
  - если метод не подходит (например, женщина кормит грудью, про-

шло меньше 6 месяцев после родов и она хочет использовать комбинированные оральные контрацептивы; или если барьерный метод вряд ли будет использован правильно и существует высокая вероятность наступления незапланированной беременности), объясните недостатки использования данного метода и проинформируйте о более подходящих методах контрацепции.

- Если после обсуждения всех методов контрацепции клиенты все-таки выбирают метод, который они предпочитали вначале, им можно предоставить метод при условии, если преимущества его применения превышают возможный риск и если нет абсолютных противопоказаний к его использованию.
- **Если клиенты имеют относительные противопоказания, а метод все же предоставлен, предупредите о настораживающих признаках, связанных с их состоянием.** В таких случаях может потребоваться участие медицинского работника более высокого положения/квалификации в скрининге и в самом процессе консультирования.

Если клиенты не имеет ввиду использование какого-либо конкретного метода:

- Спросите, какие методы контрацепции они знают. (Это даст возможность определить уровень знаний клиентов и исправить возможную неверную информацию.)
- Кратко расскажите о каждом методе. Дайте дополнительную информацию о методах, которыми клиенты заинтересуются. Покажите образцы контрацептивных средств и дайте им возможность их рассмотреть. Ваша информация должна включать в себя следующее:
  - механизм действия метода;
  - эффективность метода;
  - медицинские противопоказания;
  - возможные побочные эффекты;
  - преимущества;
  - недостатки.
- Поощряйте клиентов задавать вопросы.
- Обсудите преимущества и недостатки различных методов в связи с обстоятельствами и потребностями клиентов (например, сложившаяся семейная ситуация; способность не забывать, что таблетки надо принимать ежедневно; участие партнера; частота половых актов; количество партнеров). Объясните, что только барьерные методы защищают от ИППП и, что презерватив – это единственный метод, при использовании которого продемонстрирована высокая эффективность в плане предотвращения ВИЧ-инфекции (смотрите главу 14: «ВИЧ-инфекция и СПИД»).

- Выясните готовность принять решение об использовании метода контрацепции, задав вопрос: «Итак, какой метод вы решили использовать?».
- После того, как вы расскажете обо всех имеющихся методах контрацепции, клиенты все еще могут затрудняться в принятии решения и попросить порекомендовать какой-либо другой метод. В итоге продолжительного процесса обучения и консультирования клиенты поймут все варианты выбора и смогут принять собственное решение. Предложите метод, наиболее подходящий к конкретной ситуации и нуждам клиентов. Объясните, почему вы рекомендуете именно этот метод, и удостоверьтесь в том, что клиенты поняли на каком основании вы сделали свою рекомендацию. Если клиенты не согласны, порекомендуйте другой метод и продолжайте свои рекомендации до тех пор, пока они не остановятся на конкретном методе. Если клиенты все еще колеблются, дайте им больше времени на размышления, перед тем как сделать выбор.

Никогда не навязывайте клиентам метод контрацепции против их желания.

Особые ситуации

- Некоторые клиенты не могут использовать выбранный метод по причине, связанной со здоровьем. В таких ситуациях объясните противопоказания и помогите выбрать другой метод.
- **Если клиенты выбирают контрацептивное средство, которого в настоящее время нет в наличии или метод, который вы не предоставляете, направьте их в учреждение/аптеку, где имеется это средство или где предоставляется этот метод.** Помогите им временно выбрать другой метод, который можно использовать до предоставления предпочитаемого метода.
- Если клиенты выбирают стерилизацию, им необходимо предоставить специальную консультацию, так как этот метод является постоянным. После окончательного решения клиенты должны подписать форму информированного согласия (смотрите главу 8: «Стерилизация мужчин и женщин»).

6.2 Объяснение правил использования выбранного метода

- Конкретная информация о правилах использования каждого метода контрацепции приведена в отдельных главах по каждому методу. При обсуждении выбранного метода необходимо затронуть следующие общие вопросы:
  - как использовать выбранный метод;
  - возможные побочные эффекты;

- устранение побочных эффектов;
- настораживающие признаки, указывающие на необходимость повторного обращения за медицинской помощью, а также объяснить куда им нужно обратиться;
- информация о том, где можно продолжать получение контрацептивных средств /если это практикуется/;
- когда обратиться для повторного наблюдения.

- Проверьте, понятна ли клиентам предоставленная вами информация по каждому из приведенных выше пунктов, попросив их повторить инструкции своими словами. Если необходимо, повторите инструкции, обращая специальное внимание на недостаточно понятые вопросы. Исправьте неверно понятую информацию и дайте дальнейшие разъяснения.
- Дайте каждому клиенту информацию о выбранном методе контрацепции в письменном виде на понятном ему/ей языке. Если клиент неграмотен, предоставьте ему/ей иллюстрированный материал в поддержку проведенного консультирования. Эти материалы особенно важны для таких методов, как таблетки и барьерные методы, эффективность которых зависит от правильного использования.
- Объясните, когда следует вернуться для обычного последующего осмотра или для пополнения запасов средств контрацепции. Подчеркните важность повторного визита, если клиенты:
  - испытывают какие-либо побочные эффекты;
  - имеют вопросы;
  - хотят перейти на другой метод;
  - хотят прекратить использование контрацептива.

6.3 Последующее наблюдения

Для того, чтобы достичь полного понимания информации о планировании семьи, одного визита недостаточно. Оказание помощи в планировании семьи в течение репродуктивной жизни является продолжающимся процессом. Последующие визиты к медицинскому работнику позволяют:

- убедиться в решении клиентов об использовании методов планирования семьи;
- обсудить любые проблемы, возникшие в связи с выбранным методом;
- ответить на возможные вопросы;
- исследовать нет ли изменений в состоянии здоровья или жизненной ситуации, указывающих на необходимость перехода на другой метод контрацепции или на прекращение использования метода.

Во время последующего визита:

- Быстро пересмотрите записи в анкете, касающиеся основных анамнестических данных по вопросам репродуктивного здоровья.
- Уточните о самочувствии, выясните есть ли какие-либо вопросы.
- Если возникла проблема, связанная с использованием метода контрацепции, оцените характер проблемы и обсудите возможные решения.
- Если проблема заключается в побочном эффекте, оцените тяжесть его проявления, предложите способы его устранения или направьте на лечение.
- Если выбранный метод контрацепции больше не используется, выясните причину и связано ли это с неправильным пониманием/недопониманием инструкции, с побочными явлениями или с трудностями приобретения контрацептивных средств. Если же клиенты хотят продолжить использование метода, ответьте на их вопросы и предоставьте информацию, которая поможет продолжить использование выбранного метода.
- Если клиенты продолжают использовать выбранный метод, проверьте правильность его использования. Если необходимо, повторно проинструктируйте правила использования данного метода.
- Убедитесь в том, что клиенты получили нужный запас контрацептива и прошли необходимый осмотр.
- Помогите клиентам выбрать другой метод контрацепции, если они не удовлетворены используемым методом, если изменилась ситуация, или если использование метода стало небезопасным.
- Если клиентка хочет забеременеть, помогите ей прекратить использовать метод контрацепции и предоставьте информацию о восстановлении фертильности. Подчеркните важность антенатального ухода и объясните, как встать на учет в женскую консультацию.

6.4 Проблемы, связанные с использованием метода

- Если клиенты обращаются за помощью в связи с проблемами, возникшими при использовании метода, важно, чтобы работники, предоставляющие услуги, принимали бы во внимание состояние их здоровья и психологические нужды. **Успокойте клиентов и окажите эмоциональную поддержку.**
- Если клиентам не нравится используемый метод, спросите о причинах; заверьте в правильности выбранного метода, если это нужно, или проконсультируйте о других методах контрацепции, в зависимости от ситуации .
- Если появились осложнения, которые указывают на необходимость прекращения использования данного метода, проконсультируйте о других методах контрацепции.

6.5 Неудача в использовании метода контрацепции

Если наступила беременность, необходимо обсудить ситуацию (желательно с обеими партнерами), оказать женщине всю необходимую поддержку и дать нужные советы. Попытайтесь определить, является ли наступившая беременность результатом неудачи в использовании метода, и выяснить факторы, которые могли этому способствовать. (*Обратитесь к соответствующим главам по конкретным методам.)*

Обычно невозможно предвидеть, как наступление беременности подействует на женщину и ее партнера. Первые реакции очень разные. Медицинским работникам следует быть чуткими, понимать ситуацию, чувства клиентки и ее партнера и оказать всю необходимую поддержку.

Нужно также поощрять добровольное обращение за дальнейшим консультированием.

- *Если женщина решает оставить беременность:* объясните ей важность раннего антенатального ухода и консультирования по питанию. Объясните как и куда за этим обращаться. Дайте при необходимости соответствующее направление.
- *Если женщина не хочет оставлять беременность:* проконсультируйте о возможностях прерывания беременности в соответствии с действующими законами и правилами. Объясните возможные последствия небезопасного аборта.

6.6 Интегрирование вопросов ИППП/ВИЧ/СПИДа в консультирование по контрацепции

У консультантов, проводящих в основном консультирование по планированию семьи, может возникнуть беспокойство по поводу того, что консультирование по ИППП/ВИЧ/СПИДу является дополнительной задачей, подразумевающей целый ряд проблем, которые трудно решить. Для того, чтоб снять беспокойства консультантов, им необходимо объяснить преимущества включения вопросов ИППП/ВИЧ в процесс консультирования, дать возможность выразить свои сомнения и выяснить в какой поддержке они нуждаются.

Проблема ИППП, включая ВИЧ, весьма актуальна. Клиенты должны осознавать риск заражения и принять информированное решение о способах предупреждения инфекций. Работники, проводящие консультирование, должны объяснять клиентам, защищает ли каждый конкретный метод контрацепции и от ИППП/ВИЧ. При необходимости, они должны рекомендовать «двойную» защиту (смотрите главу 14: «ВИЧ-инфекция и СПИД»).

7 Консультирование групп населения с особыми нуждами

Программы, направленные на обслуживание клиентов, имеющих особые нужды, должны обеспечить соответствующее обучение работников, проводящих консультирование с целью улучшения их знаний по выяснению и удовлетворению этих нужд. В качестве примера таких групп клиентов можно привести подростков, а также неграмотных клиентов или клиентов с низким уровнем образования.

Фото: Мигель Круз/Доминиканская Республика

3 НОРМАЛЬНЫЙ МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ

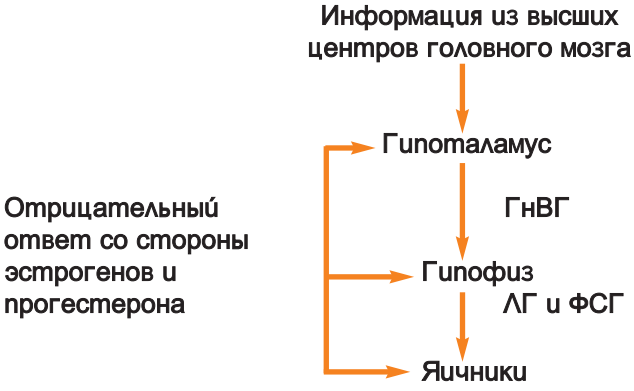
1 Введение

Знание основ биологии и физиологии менструального цикла помогает понять механизм репродукции и действие различных методов контрацепции. Регулирование полового созревания и репродуктивной функции происходит благодаря взаимодействию гипоталамуса, гипофиза и яичников, то есть под воздействием гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы.

В начале полового созревания происходят чувствительность системы гипоталамус-гипофиз-яичники (смотрите Рисунок 3.1) Гипоталамус начинает в пульсирующей манере выделять свой главный пептид – гонадотропинвысвобождающий гормон (ГнВГ). Это, в свою очередь, стимулирует выделение гипофизом гонадотропного фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и лютеинизирующего гормона (ЛГ). Эти гипофизарные гонадотропины стимулируют циклическим образом яичники, в том числе выделение ими стероидных гормонов яичников: андрогенов, эстрогенов и прогестерона. Выделяемые яичниками андрогены и эстрогены вместе с андрогенами, выделяемыми надпочечниками (в значительной мере дегидроэпиандростерон), вызывают пубертатные изменения у девочек, в частности:

- развитие молочных желез,
- оволосение в области половых органов,
- созревание половых органов, включая пролиферацию эндометрия.

Рисунок 3.1 Система гипоталамус-гипофиз-яичники



Овуляция обычно не происходит до менархе, или первой менструации, но как только развивается система гипоталамус-гипофиз-яичники, устанавливается овариальный (яичниковый) цикл. Эстрогены и прогестерон оказывают подавляющий эффект на гипоталамус и гипофиз

(отрицательное ответное воздействие) и регулируют высвобождение гонадотропинов через систему гомеостаза.

Увеличение концентрации эстрадиола в периовуляторной фазе стимулирует выброс ЛГ гипоталамусом/гипофизом, что, в свою очередь, вызывает высвобождение яйцеклетки из яичника.

На циклическую функцию системы гипоталамус-гипофиз-яичники могут оказывать воздействие и другие факторы, например:

- деятельность щитовидной железы и надпочечников (продемонстрировано на примере гипотиреоза, ассоциированного с нарушением менструального цикла);
- обонятельные, визуальные и эмоциональные раздражители, некоторые из которых воздействуют через нейротрансмиттеры: катехоламины, допамин, серотонин и опиаты. Лимбическая система и шишковидное тело также влияют на функцию гипоталамуса, частично через мелатонин;
- факторы питания (продемонстрировано на примере подавления/ торможения менструального цикла при нарушениях питания или хронических заболеваниях).

2 Овариальный цикл

Во внутриутробной жизни каждый яичник содержит 6-7 миллионов незрелых примордиальных фолликулов, из которых только немногим суждено развиваться в течение фертильного периода жизни женщины и ежемесячно высвобождать яйцеклетку. Большинство этих фолликулов будут расти, но подвергаться атрезии до наступления менопаузы, после которой их «срок действия» закончится.

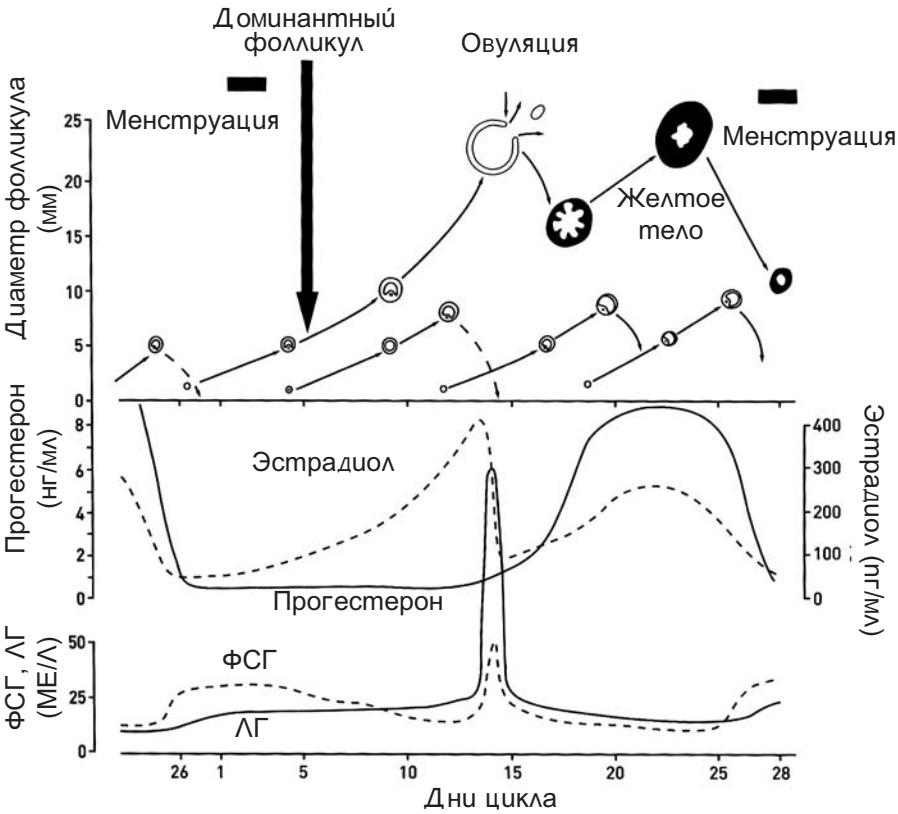
На Рисунке 3.2 продемонстрированы процессы, происходящие в яичнике в течение менструального цикла до, во время и после овуляции. Овариальный цикл условно разделен на фолликулиновую (преовуляторную) и лютеиновую (послеовуляторную) фазы.

2.1 Фолликулярная фаза

Незадолго до менструации повышается уровень ФСГ, что способствует росту и развитию группы яичниковых фолликулов. Созревающие фолликулы вырабатывают эстрогены, в основном эстрадиол. К 5-7 дню цикла один из фолликулов становится доминантным и в нем начинает развиваться та яйцеклетка, которая будет высвобождена яичником в данный месяц. Другие зреющие фолликулы этой группы перестают развиваться и подвергаются атрезии (сморщиваются). Небольшие количества ЛГ высвобождаются в пульсирующем ритме в течение всего цикла.

За 24-28 часов до овуляции происходит всплеск выработки эстрадиола доминантным фолликулом, что вызывает выброс ЛГ гипофизом. Это является окончательным толчком для овуляции – разрыва созревшего фолликула и высвобождения яйцеклетки.

Рисунок 3.2 Овариальный цикл



Концентрации ФСГ и ЛГ можно измерить в плазме крови. Их содержания обратно пропорциональны степени активности яичников. Во время менопаузы они остаются на постоянно высоком уровне.

2.2 Лютеиновая фаза

После овуляции стенки разорвавшегося фолликула распадаются, их клетки аккумулируют липиды и пигмент каротин, который придает фолликулу желтую окраску. При такой трансформации фолликул превращается в «желтое тело», которое вырабатывает эстрадиол, проге-

стерон и андрогены. В лютеиновой фазе цикла доминирует выработка прогестерона, который, в случае оплодотворения яйцеклетки, подготавливает эндометрий к ее имплантации. Если же оплодотворение не произошло или оплодотворенная яйцеклетка не смогла имплантироваться, на 11-14 день после овуляции желтое тело регрессирует. Повышение концентрации эстрадиола и прогестерона в середине лютеиновой фазы подавляет выделение ФСГ и ЛГ гипофизом. Если же имплантация не произошла и желтое тело подверглось атрезии, выработка эстрогенов и прогестерона снижается, прекращается их поддержка развитию эндоментрия, что и приводит к наступлению менструации.

3 Эндометриальный цикл

Пред-овуляторная выработка эстрогенов в процессе овариального цикла, за которой следует выработка эстрогенов и прогестерона в после-овуляторной фазе, находит свое отражение на эндометрии. В *пролиферативной фазе,* под влиянием эстрогенов происходит разрастание как секретирующих, так и стромальных элементов эндометрия. В *секреторной фазе*, после овуляции, начинается выработка прогестерона, под влиянием которого происходят секреторные изменения желез и набухание стромальных клеток эндометрия. В поздней секреторной фазе, когда концентрации эстрогенов и прогестерона снижаются, эндометриальные артериолы сокращаются, что приводит к поверхностной ишемии и последующему отторжению эндометрия. Этот выброс эндометриального материала и крови из матки и является менструальным кровотечением. В течение 48 часов после этого, посредством пролиферации базальных железистых клеток, эндометрий начинает восстанавливаться.

4 Цервикальный цикл

В ранней пред-овуляторной фазе менструального цикла цервикальная слизь густая, вязкая, непрозрачная и образует пробку, закрывающую цервикальный канал. С приближением овуляции и увеличением концентрации эстрогенов, слизь становится обильной, жидкой, эластичной и прозрачной, достигая пика к моменту овуляции. Такая слизь способствует продвижению сперматозоидов в полость матки и другие верхние отделы генитального тракта. После овуляции прогестерон вновь делает слизь вязкой, скудной и непрозрачной, что снова создает барьер движению сперматозоидов. Вышеописанные изменения цервикальной слизи сопровождаются переменами ощущений во влагалище и в области вульвы в течении цикла. Наблюдение за изменениями цервикальной слизи явля-

ется сутью одного из методов контрацепции, основанного на знании фертильного периода цикла.

Вместе с физическими изменениями смещается и pH статус цервикальной слизи (кислотность). До овуляции слизь кислотная (pH около 4), тогда как с приближением овуляции, в пери-овуляторной и после-овуляторной фазах, слизь становиться щелочной (pH около 7 или 8).

5 Зачатие

Если цикл является фертильным и половой акт происходит примерно во время овуляции, сперматозоиды быстро продвигаются через цервикальную слизь в верхние отделы генитального тракта. Обнаружено, что некоторые сперматозоиды попадают в фаллопиевые трубы через 5 минут после эякуляции (хотя большинство из них попадают туда значительно позже), и что они могут выживать в женском генитальном тракте в течении 5 дней и даже дольше. Оплодотворение обычно происходит в течение нескольких часов после овуляции в ампуляторном отделе фаллопиевой трубы. Оплодотворенная яйцеклетка начинает делиться в полости фаллопиевой трубы и образуется клубок клеток, который называется морулой. К третьему дню после оплодотворения морула (или развивающийся эмбрион) достигает полости матки. До начала процесса имплантации морулы проходит еще 2-3 дня. Весь процесс имплантации завершается в течении последующих 3 дней. В среднем, после овуляции до начала имплантации развивающегося эмбриона проходит 6 дней. Как только эмбрион достигает полости матки, клетки, окружающие его, начинают выделять хорионический гонадотропин, который можно определить в крови женщины, начиная с 8-9 дня после овуляции. Завершение имплантации считается моментом зачатия. Значительное количество оплодотворенных яйцеклеток (около 50%) так и не имплантируются и выделяются с менструальной кровью во время очередных месячных. Выделяющийся хорионический гонадотропин поддерживает функционирование желтого тела, который продолжает секрецию прогестерона и эстрогенов до тех пор, пока в более поздние сроки беременности эта функция переходит на плаценту.

Фото: Фатиха Терки/Вьетнам

4 СКРИНИНГ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН

1 Введение

Массовое профилактическое обследование населения (скрининг здоровья) является важным аспектом охраны здоровья, который способствует благосостоянию населения в целом и отдельных людей в частности. Оно дает возможность раннего выявления излечимых заболеваний, а также лиц с более высоким риском развития отдельных заболеваний, которым, следовательно, может пойти на пользу более тщательное медицинское наблюдение.

Клиники по сексуальному и репродуктивному здоровью (СРЗ) и планированию семьи чаще всего являются наиболее подходящими учреждениями для проведения скрининга репродуктивного здоровья среди здоровых женщин. Везде, где это возможно, всем клиентам клиник по СРЗ/планированию семьи, особенно женщинам с факторами риска (смотрите раздел 6) необходимо предлагать пройти профилактическое обследование (скрининг здоровья). Однако, прохождение скрининга *не должно* являться условием для предоставления услуг по СРЗ/планированию семьи.

Программы скрининга населения должны быть направлены на выявление:

- болезней, которые достаточно распространены, являются причиной существенного увеличения заболеваемости и смертности населения, что диктует необходимость проведения широкомасштабного профилактического обследования;
- болезней, которые можно выявить относительно простыми средствами;
- болезней, которые поддаются раннему лечению.

2 Что изучается при проведении скрининга репродуктивного здоровья

Эти состояния можно разделить на три большие группы:

- Инфекции репродуктивного тракта (ИРТ) и инфекции, передаваемые половым путем (ИППП).
- Рак (молочной железы, шейки матки, эндометрия и яичников).
- Менопауза.

3 Кому нужно пройти скрининг репродуктивного здоровья

В идеале скрининг репродуктивного здоровья должен быть доступен для всех женщин:

- обращающихся в клиники/кабинеты по СРЗ/планированию семьи;

- относящихся к группам высокого риска;
- обращающихся для обследования.

4 Кто может проводить скрининг репродуктивного здоровья

При соответствующем обучении и в зависимости от действующих инструкций и практики скрининг репродуктивного здоровья могут проводить следующие категории медицинских работников:

- врачи;
- акушерки;
- медицинские сестры.

5 Условия, необходимые для успешного осуществления программ скрининга репродуктивного здоровья

Для успешного проведения скрининга в условиях клиник по СРЗ и планированию семьи нужно провести следующие ключевые мероприятия:

- Создайте в клинике благоприятные для клиентов условия и обеспечьте доступ, с точки зрения расположения клиники, рабочего времени и административных процедур. Если за услуги взимается плата, она должна быть доступной для целевого населения. Обстановка в клинике должна создавать атмосферу теплоты и приватности.
- Для соблюдения соответствующих стандартов обслуживания, разработайте четкие протоколы и установите надлежащие процедуры обучения и руководства. Обучение должно фокусироваться не только на навыках проведения клинических процедур, но и на развитии навыков общения.
- Создайте доверительную обстановку, в которой клиенты доверяли бы всем работникам клиники, чувствовали бы себя комфортно при выражении каких-либо опасений, связанных с их физическим и психологическим состоянием. Строго соблюдайте конфиденциальность.
- Разместите в клинике информацию о важности регулярного обследования репродуктивного здоровья и скрининговых процедур на понятном для клиентов языке.
- Предоставляйте информацию путем распространения образовательных брошюр, организации бесед и презентаций о здоровье, с использованием соответствующих аудиовизуальных средств, если таковые имеются.

- Ведите точные и полные записи и планируйте последующие регулярные посещения клиентов для наблюдения за их здоровьем, так, чтобы после визита не потерять их из поля зрения.
- Обеспечьте консультирование женщин с выявленными заболеваниями со стороны специально обученного медперсонала.
- Разработайте и установите простую и эффективную систему направлений клиетов на специализированное обследование и лечение.

Проведение скрининга репродуктивного здоровья в учреждениях по СРЗ/планированию семьи не должно перегружать возможности учреждения и его персонал, чтобы не допустить ситуаций, когда клиенткам отказывают в самих услугах по СРЗ/планированию семьи, за которыми они обращаются, вследствие этой загруженности. С другой стороны, услуги по скринингу репродуктивного здоровья, предоставляемые в клинике не должны быть условием начала использования того или иного метода контрацепции.

6 Скрининг репродуктивного здоровья

Инфекции репродуктивного тракта (ИРТ) и инфекции, передаваемые половым путем подробно описаны в Главе 13. В настоящей главе обсуждение пойдет об общих аспектах скрининга репродуктивного здоровья и факторах, имеющих особое отношение к раку половых органов и менопаузе.

6.1 Сбор анамнеза

Как и при любых других консультациях важно собрать адекватный медицинский анамнез. Необходимо охватить все обычные аспекты медицинского и социального анамнеза (смотрите вставку 4.1), включая а)демографические данные; б) соответствующий семейный анамнез; в) общий медицинский анамнез с указанием имеющихся в настоящее время и имевших место в прошлом заболеваний, таких как сахарный диабет, анемия, подавление иммунитета; г) менструальный, гинекологический, акушерский, контрацептивный и половой анамнез с обсуждением ИРТ/ИППП, включая ВИЧ, воспалительные заболевания органов таза (ВЗОТ) и факторы риска ИППП (наличие многочисленных половых партнеров); и д) социальный анамнез.

В условиях скрининга здоровых женщин у большинства из них не будет никаких симптомов, поэтому каждой женщине необходимо задавать специфические вопросы, которые помогут выявить возможные ранние симптомы состояний высокого риска, о которых женщина может и не сообщить (смотрите во вставке 4.2 вопросы, относящиеся к некоторым состояниям высокого риска).

Вставка 4.1 - Медицинские и социальные аспекты, которые должны быть включены в анамнез.

Демографические данные: возраст, количество родов.

Семейный анамнез: здоровье родителей, родных сестер и братьев.

Медицинский анамнез: перенесенные заболевания или операции, переливание крови; любые принимаемые в настоящее время лекарственные препараты или проводимое лечение; любые аллергии.

Иммунизационный анамнез: краснуха, вакцинация против гепатита.

Менструальный анамнез: дата последней менструации; возраст менархе; регулярность цикла; интенсивность и продолжительность менструального кровотечения; наличие и тяжесть ассоциируемых с менструацией симптомов, таких как дисменорея и предменструальное напряжение; данные о каких-либо необычных вагинальных кровотечениях (для женщин, находящихся в менопаузе, наличие и тяжесть постклимактерических симптомов.)

Гинекологический анамнез: перенесенные заболевания, включая инфекции; любые имеющиеся или повторяющиеся симптомы, такие, как выделения из влагалища или зуд наружных половых органов; ИРТ/ИППП.

Акушерский анамнез: дата и детали имевших место беременностей и родов.

Контрацептивный анамнез: использованные методы контрацепции и наличие побочных явлений.

Сексуальный анамнез: возраст при первом половом акте; количество половых партнеров; наличие каких-либо сексуальных проблем, например, диспаурения (боли при половом сношении) и кровотечение после полового акта.

Социальный анамнез: курение и потребление алкоголя.

6.2 Физическое обследование

Физическое или объективное обследование должно быть основано на

Вставка 4.2 - Факторы риска развития рака молочной железы, шейки матки, эндометрия и яичников.

Рак молочной железы:

- Возраст старше 40 лет.
- Рак молочной железы в семейном анамнезе, особенно у родственников первой степени (мать/сестра), у которых заболевание развилось до менопаузы.
- Раннее менархе или поздно наступившая менопауза.
- Отсутствие родов в анамнезе или первая беременность после 30 лет.
- Атипичная гиперплазия молочной железы в анамнезе.
- Питание с высоким содержанием жиров и ожирение.
- Использование гормональной заместительной терапии в течение 5 лет и больше.
- Женщина никогда не кормила грудью.

Рак шейки матки:

- Половая активность в возрасте до 20 лет.
- Наличие многочисленных половых партнеров.
- Инфицирование папилломавирусом человека (ПВЧ).
- Курение сигарет.
- Перенесенные в прошлом нфекции, передаваемые половым путем.

Рак эндометрия:

- Возраст старше 50 лет.
- Рак эндометрия в семейном анамнезе.
- Нарушения менструального цикла, связанные с ановуляцией.
- Поздняя менопауза.
- Отсутствие родов/бесплодие.
- Использование неконъюгированных эстрогенов.
- Гиперплазия эндометрия в анамнезе.
- Сахарный диабет и/или гипертония в анамнезе.
- Питание с высоким содержанием жиров и ожирение.

Рак яичников:

- Возраст старше 50 лет.
- Рак яичников в семейном анамнезе, особенно у близких родственников.
- Раннее менархе или поздно наступившая менопауза.
- Отсутствие родов в анамнезе или первая беременность после 30 лет.
- Питание с высоким содержанием жиров и низким содержанием клетчатки.

данных собранного анамнеза, включая используемый метод контрацепции. Оно должно включать в себе рутинное обще-клиническое обследование, осмотр молочных желез и гинекологический осмотр. Суть этих процедур нужно объяснять на понятном женщине языке. Необходимо добиться того, чтобы женщина полностью расслабилась и была бы уверена в том, что по ее просьбе обследование будет сразу же прекращено. Если медработником является мужчина, то он или же пациентка имеют право потребовать присутствия при медицинском обследовании сопровождающего лица.

Общий осмотр

При проведении общего осмотра обратите внимание на следующее:

- Общий вид, телосложение, походка, поза, манера говорить.
- Масса и рост тела, индекс массы тела (особенно при ожирении).
- Кровяное давление, пульс.
- Наличие бледности, желтушности, варикозного расширения вен, отека ног, необычной пигментации кожи или родинок.
- Увеличение щитовидной железы (попросите сглотнуть), прощупывание при пальпации шеечных и надключичных лимфоузлов или других образований в области шеи.
- Дыхание и тоны сердца.
- Наличие шрамов/рубцов на животе, увеличение или болезненность печени, селезенки или почек, любые другие образования в брюшной полости (например, беременная матка).
- Увеличение паховых лимфоузлов.

6.2.1 Скрининг на рак молочной железы

При оценке программы скрининга по выявлению рака молочной железы в условиях ограниченных ресурсов, нужно руководствоваться как потребностями, так и реальными возможностями. В таких условиях необходимо взвесить пользу вложения ресурсов в программы скрининга и сравнить ее с пользой от распределения средств на другие медицинские услуги. Риск и преимущества скрининга различаются в зависимости от имеющихся условий. Эффективная программа скрининга требует последующего наблюдения и предоставления медицинских услуг при выявлении заболевания.

Маммография

Маммография, в сочетании с клиническим обследованием молочных желез, считается в настоящее время наилучшим методом выявления рака молочной железы на ранней стадии. Проведение регулярной маммографии нужно предлагать всем женщинам в возрасте 50-70 лет, при

наличии ресурсов. Частота проведения маммографии должна зависеть от распространенности заболевания среди определенных возрастных групп и стратегии местных органов здравоохранения. Обычно маммографию проводят один раз в 1-2 года. Однако, нет оснований делать выводов о том, что проведение массового скрининга способствует улучшению выживаемости при раке молочной железы. Имеющиеся сведения о смертности от этого заболевания не дают возможности сделать определенные выводы.

Клиническое обследование молочных желез

Если маммографию провести невозможно, можно предложить женщинам клиническое обследование молочных желез. В настоящее время нет оснований для рекомендаций о том, каких женщин нужно осматривать и как часто. Тем не менее, будет предусмотрительно предлагать клиническое обследование молочных желез всем женщинам старше 40 лет, а также женщинам в болле молодом возрасте, у которых имеются факторы риска, в основном в семейном анамнезе (например, рак молочной железы у родственников первой степени).

При обследовании молочных желез необходимо также провести пальпацию подмышечных впадин на предмет обнаружения необычных образований или повышенной чувствительности.

Осмотр:

- Объясните клиентке процедуру и причины, по которым ее проводят.
- Попросите клиентку сесть на край стола для обследований и свободно опустить руки по сторонам. Попросите ее обнажить верхнюю часть туловища:
- Обратите внимание на следующее:
  - контуры и симметричность молочных желез;
  - наличие неровностей, отечности, обесцвечивания и истончения кожи;
  - наличие втянутости сосков или каких-либо выделений из сосков.

Пальпация:

- Попросите клиентку лечь на спину, обнажить одну грудь и подложить руку соответствующей стороны за голову.
- При пальпации используйте подушечки трех средних пальцев. Если наблюдаются открытые поражения кожи или выделения из сосков, наденьте перчатки.
- Начните пальпацию с области соединения ключицы с грудиной. Пальпируйте маленькими круговыми движениями и надавливайте пальцами с разной степенью давления: при пальпации поверхностных слоев

молочных желез – слабое давление, при пальпации средних слоев - умеренное давление, а при пальпации глубоких слоев - сильное давление.

- Пальпируйте молочные железы перекрывающими движениями в вертикальном направлении и продолжайте до тех, пока не пропальпируете всю грудь, включая подмышечную впадину.
- Пропальпируйте область околососкового кружка и вдавления под соском. Прижмите сосок большим и указательным пальцем и посмотрите, нет ли каких-либо выделений.
- Опустите руку клиентки и пропальпируйте подмышечные лимфатические узлы.
- Повторите то же самое с другой грудью.

Инструкция по повышению осведомленности о состоянии молочных желез

Самостоятельное обледование молочных желез никак не снижает заболеваемость раком молочной железы и не может рекомендоваться в качестве инструмента для скрининга. Тем не менее, женщины должны быть осведомлены о том как проводить самообследование молочных желез. Ее надо предупредить, что если при регулярном проведении самообследования молочных желез ею будут выявлены те или иные отклонения от обычного состояния, необходимо провериться у обученного специалиста.

Медицинским работникам следует повышать осведомленность женщин о методике самообследования молочных желез путем предоставления соответствующих инструкций. Объясните, что рак молочной железы является одним из самых распространенных форм рака у женщин. На ранних стадиях рак редко вызывает какие-либо симптомы. Первым признаком заболевания чаще всего является безболезненное образование в молочной железе. Возможно также изменение внешнего вида молочной железы или ощущение ее напряженности. Некоторые формы рака молочной железы впервые обнаруживаются самими женщинами. Чем раньше выявится рак, тем больше вероятность излечения.

Необходимо обратить внимание женщин на следующие
насторажиающие признаки:

- Любая опухоль или утолщение в молочных железах, независимо от размера.
- Любое изменение внешнего вида или формы груди.
- Перемена местоположения или уровня сосков.
- Неровность кожных покровов.
- Втянутость сосков.
- Выделения из сосков или кровоточивость.

- Сморщивание кожи, которая начинает напоминать корку апельсина («апельсиновая корка»).

Объясните клиентке, что она должна обратиться к врачу за тщательным обследованием, если она обнаружит какие-либо необычные изменения в груди.

6.2.2 Гинекологический осмотр

Необходимо предлагать женщинам пройти гинекологический осмотр, который является одним из компонентов скрининга репродуктивного здоровья. Гинекологический осмотр можно проводить только после согласия женщины.

Если клиентка проходит гинекологический осмотр впервые, ее надо прежде всего успокоить, подробно объяснить суть самой процедуры и в чем ее необходимость. Попросите клиентку расслабиться и заверьте в том, что осмотр можно будет прекратить в любой момент, как только она этого захочет.

Все женщины, которые обращаются с просьбой о введении ВМС, диафрагмы или проведении хирургической стерилизации должны быть подвегнуты гинекологическому осмотру в медицинских перчатках (необязательно стерильных). Кроме этого, гинекологический осмотр должен предлагаться всем впервые обращающимся в клинику женщинам в возрасте 18 или более лет, а также тем, кто начал половую жизнь до 18 летнего возраста.

Во время гинекологического осмотра:

- Попросите клиентку лечь на спину с согнутыми в коленях и разведенными в сторону ногами сведенными в лодыжках.
- Осмотрите наружные половые органы, включая половые губы, крайнюю плоть, клитор, открытие уретры, промежность и задний проход. Если у женщины в анамнезе отмечено выпадение влагалища или недержание мочи при напряжении, нужно попросить ее напрячься при полном мочевом пузыре, чтобы проверить нет ли грыжи мочевого пузыря, прямой кишки или подтекания мочи).
- Пропальпируйте наружные половые органы/вульву на предмет болезненности и/или новообразований, особое внимание обратите на область бартолиновых желез.
- Обеспечьте наличие адекватно регулируемого источника света.
- Введите во влагалище влагалищное зеркало соответствующего размера. Обычно для осмотра многорожавшей женщины со слабыми влагалищными стенками требуется зеркало большего размера, тогда как для осмотра нерожавшей женщины следует использовать узкое зеркало. Чаще всего используются двустворчатое зеркало Куско, зеркало Грейвза или зеркало Симса. Для смазки зеркала можно использовать

воду. Учтите, что при взятии мазка из шейки матки (смотрите раздел 7) нельзя использовать другие смазки, например KY желе, но, при других обстоятельствах, применение небольшого количества желе может облегчить осмотр.

- Осмотрите влагалище на наличие складок, выделений (обратите внимание на их цвет, количество, консистенцию и запах) и каких-либо выступающих образований. Если есть лаборатория и соответствующие показания, можно взять мазок из сводов влагалища для бактериологического исследования/исследования культуры тканей.
- Обнажите и осмотрите шейку матки, проверьте нет ли каких-либо эрозий, кист, образований или контактного кровотечения. Можно взять мазок из многослойного эпителиального соединения между эктоцервиксом и эндоцервиксом/слизистой оболочкой цервикального канала (смотрите раздел 7). При показаниях (например, у женщины с подозрением на воспалительное заболевание органов таза или с высоким риском ИППП), возьмите эндоцервикальный мазок для исследования культуры тканей.
- Выньте зеркало и выполните бимануальное обследование, используя KY желе.
- При помощи указательного и среднего пальца проведите оценку тонуса влагалища.
- Почувствуйте консистенцию шейки матки и понаблюдайте, есть ли какое-либо напряжение в тазу при движении шейки матки из стороны в сторону.
- Положите другую руку над лобком и пропальпируйте матку меж рук, обращая внимание на ее размер, расположение, правильность контуров и наличие болезненности/напряжения при пальпации.
- Пропальпируйте каждый латеральный свод влагалища на предмет каких-либо необычных образований или болезненности/напряжения. В случае выявления какого-либо образования оцените его размер, консистенцию, расположение и подвижность.
- Ректально-влагалищный осмотр необязателен, однако показаниями к его проведению могут быть симптомы и/или признаки опухоли органов таза или эндометриоза. Путем введения указательного пальца во влагалище, а среднего пальца той же руки в прямую кишку, пропальпируйте маточно-крестовые связки и ректально-влагалищную перегородку, чтоб выявить нет ли там узелковых утолщений или других патологических изменений.

При проведении рутинного скрининга мазка из шейки матки бимануальный гинекологический осмотр можно не проводить. Однако, при наличии каких-либо тазовых симптомов его проведение обязательно (смотрите вставку 4.3).

Вставка 4.3 Тазовые симптомы, при наличии которых показано проведение бимануального гинекологического осмотра.

- Обильные или болезненные менструации.
- Межменструальное кровотечение.
- Симптомы, связанные с мочеиспусканием
- Вздутие живота.
- Боль внизу живота или дискомфорт.
- Диспареуния (боль при половом акте).

При проведении физического обследования, помните, что наличие необычных вагинальных выделений с неприятным рыбным или прокисшим запахом предполагает наличие бактериального вагиноза или трихомониаза (смотрите главу 13 для лечения ИРТ и ИППП).

6.3 Другие исследования

Анализ мочи

В некоторых медицинских учреждениях обычно делается простой анализ мочи с использованием указательных полосок для определения уровня сахара, белка, крови и билирубина.

Лабораторные анализы

Есть медицинские учреждения, которые имеют свои лаборатории. Есть также такие, которые могут отправлять образцы материалов в в другие лаборатории или же направлять туда клиентов на сдачу анализов. Данные анамнеза или объективного осмотра некоторых клиентов могут потребовать дополнительных лабораторных исследований, например:

- *гематологическое исследование:* гемоглобин, общий анализ крови, свертываемость;
- *биохимическое исследование:* тесты на изучение функции почек и печени, определение уровня сахара натощак, профиля липидов и содержания железа;
- *иммунохимическое исследование:* серологический анализ на сифилис, краснуху и гепатит, определение антител к ВИЧ (смотрите главу 14) и концентраций гормонов;
- *микробиологическое исследование:* тесты на культуру и чувствительность (особенно при подозрении на ИПТ/ИППП (смотрите главу 13).

Ультрасонография/эхография

Рутинное использование ультразвукового исследования для раннего выявления образований в области таза, особенно опухоли яичников, не является универсально принятым, главным образом по материально-техническим соображениям. Для проведения этого исследования медицинские работники должны иметь адекватные навыки, а оборудование должно иметь достаточную разрешающую способность, дающую возможность выявления маленьких бессимптомных поражений. Хотя проведение ультразвукового исследования в условиях клиник по СРЗ/планированию семьи необязательно, каждая клиника должна иметь установленную систему направлений на обследование таких женщин, у которых при гинекологическом осмотре выявляется образование в области таза.

Биопсия эндометрия

Женщин с высоким риском рака эндометрия (смотрите вставку 4.2) и дисфункциональными кровотечениями в перименопаузальном периоде можно направить на биопсию эндометрия. Существуют различные техники забора образца эндометрия, включая аспирационную цитологию и кюретаж.

Измерение плотности костной ткани

Одним из компонентов обследования женщин при рассмотрении вопроса о целесообразности назначения гормональной заместительной терапии (ГЗТ) может быть измерение плотности костей.

6.4 Частота проведения скрининга здоровых женщин

Возраст, при котором женщины должны начать проходить регулярный гинекологический осмотр с целью скрининга здоровья, интервал между последующими визитами и возраст, при котором скрининг можно не проводить зависят от наличия или отсутствия соответствующих ресурсов (например, медицинских работников, времени, помещения) и факторов риска в каждом конкретном случае.

Как было отмечено в разделе, касающемся проведения маммографии, при оценке важности проведения скрининга здоровья, медицинские преимущества исследования сопоставляют с его экономической и социальной стоимостью и, в соответствии с этим, разные страны могут придти к разным заключениям по этому вопросу (смотрите параграф 6.2.1).

При обсуждении рекомендуемых интервалов между проведением любых скрининговых программ следует всегда помнить о том, что эти стандарты установлены по минимуму. Женщин с высоким риском необходимо проверять чаще, а если симптомы развиваются между осмотрами, разу-

меется, необходимо принимать соответствующие меры. Наличие клиник по СРЗ/планированию семьи делает легкодоступными услуги при состояниях, связанных с гинекологическими проблемами (см.раздел 7).

6.5 Что еще нужно учитывать при проведении скрининга

Скрининг репродуктивного здоровья также можно рассматривать как возможность активной пропаганды вопросов, связанных с сексуальным здоровьем и здоровым образом жизни, которые приемлемы для всех возрастных групп (в дальнейшем более подробно будут рассматриваться в разделе 8).

7 Скрининг на выявление рака шейки матки

Скрининг на рак шейки матки можно выполнить во время гинекологического осмотра, когда проводится общий скрининг репродуктивного здоровья. При этом можно использовать следующие 2 методики:

1) Цервикальная цитология

При этом поизводятся:

- взятие адекватного мазка из цервикального канала;
- фиксация взятого мазка;
- лабораторная обработка и обследование взятого мазка.

Цервикальная цитология с использованием высокочувствительных специфических тестов на ДНК ПВЧ (например, полимеразной цепной реакции или реакции захвата гибрида 11) позволяет косвенным образом диагностировать наличие инфицированности папилломавирусом человека (ПВЧ). Однако, эти методы очень дороги, не везде проводятся и малодоступны.

Несмотря на то, что взятие мазка из цервикального канала с целью проведения скрининга на рак шейки матки является составляющей частью скрининга репродуктивного здоровья, для облегчения перекрестных ссылок некоторые особенности этого процесса рассматриваются в другой секции данной главы. Другие, раннее описанные в настоящей главе аспекты скрининга, приемлемы также к программам скрининга на предмет выявления рака шейки матки.

Эксфолиативная цитология

Эксфолиативная цитология – это исследование клеток, сброшенных слизистой оболочкой или эпителием. Эти клетки собирают, размещают на предметном стекле, полученный мазок окрашивают и исследуют под микроскопом. В клинической практике обычно делается соскоб с поверхности, чтобы получить клетки для исследования. В слу-

чае цервикальной цитологии исследование этих клеток позволяет выяснить состояние эпителия цервикального канала, выяснить, есть ли воспаление, признаки цервикальной интраэпителиальной неоплазии (ЦИН) или карциномы. Цель программ скрининга на рак шейки матки заключается в раннем выявлении поражения шейки матки, в предраковой стадии, когда уровень излечиваемости при раннем вмешательстве достаточно высок.

Цервикальная цитология (Пап-скрининг мазка или скрининг мазка, окрашенного по методике Папаниколау)

Цервикальная цитология в настоящее время является самым лучшим методом выявления предраковых и раковых заболеваний шейки матки. Если есть возможность проведения регулярного скрининга, исследование следует начинать спустя 2-3 года после начала половой жизни, а затем нужно повторять через каждые 1-3 года. Если возможности проведения Пап-скрининга мазка ограничены, необходимо хотя бы проводить скрининг всех женщин в возрасте около 35 лет, когда- либо живущих половой жизнью.

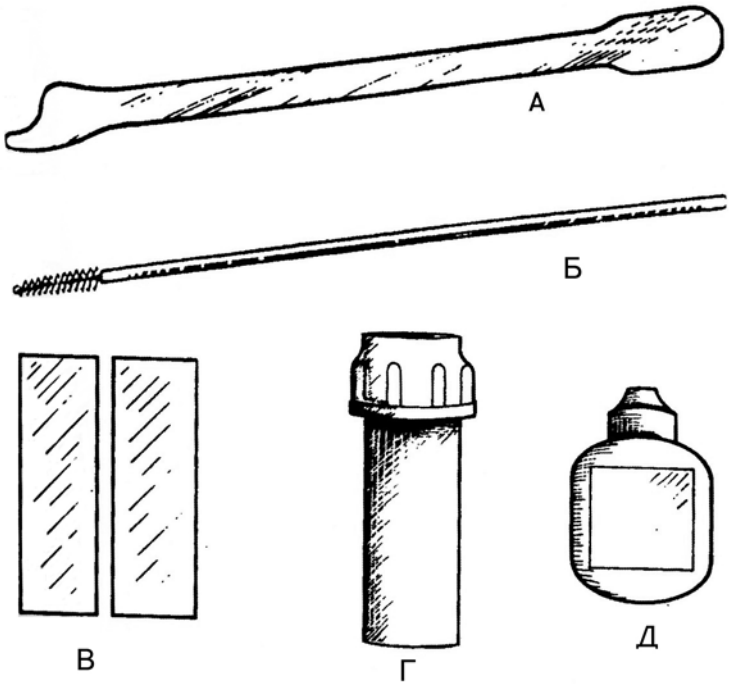
Скрининг на рак шейки матки путем забора мазка из цервикального канала и его анализа должен быть включен в любую программу скрининга репродуктивного здоровья. Для этого необходимо обеспечить:

- доступ к лаборатории, предоставляющей достоверные результаты цитологического анализа мазка;
- наличие адекватных условий для наблюдения за женщинами с положительным результатом;
- наличие системы направлений в адекватные учреждения.

Дополнительное оборудование (смотрите рис. 4.1), необходимое для взятия мазка из цервикального канала во время гинекологического осмотра, состоит из следующего:

- лопаточка/шпатель Айлесбери;
- эндоцервикальная щеточка;
- предметные стекла;
- сосуд для фиксации или фиксатор-распылитель;
- твердый карандаш.

Рисунок 4.1. Инструменты для взятия мазка из цервикального канала



А. Лопаточка/шпатель Айлесбери; Б. Цитощеточка; В. Предметные стекла; Г. Сосуд для фиксации; Д. Фиксатор-распылитель

До забора мазка из цервикального какала следует заранее подобрать и разложить на тележке нужные инструменты для взятия и фиксации мазка. Предметные стекла должны быть тщательно промаркированы твердым карандашом на обратной стороне стекла (можно использовать и гравировку, так как чернила растворяются во время обработки). Простой контрольный лист сбора информации при скрининге на рак шейки матки приведен во вставке 4.4.

Вставка 4.4 Контрольный лист сбора информации при скрининге на рак шейки матки.

- Имя и фамилия.
- Возраст.
- Регистрационный номер в клинике.
- Дата последней менструации (ДПМ).
- Длительность менструального цикла.
- Наличие беременности и состояние.
- Количество предыдущих беременностей.
- Дата и тип проведенных ранее гинекологических операций.
- Лучевая терапия в анамнезе.
- Результаты анализа предыдущих мазков.
- Симптомы (если есть какие-либо).
- Любое использованное внутриматочное средство (ВМС).
- Любые использованные оральные контрацептивы или другие гормоны (в настоящее время или в прошлом).

Откуда надо забирать материал

Материал для цитологического исследования можно забирать из:

- заднего, переднего или латерального свода влагалища (для уточнения наличия эндометриальной или эндоцервикальной аденокарциномы);
- эктоцервикса и чешуйчато-столбчатого соединения;
- эндоцервикального канала;
- верхней трети латеральной стенки влагалища (для уточнения наличия эндометриальной или эндоцервикальной аденокарциномы).

Выбор места и техники забора материала в значительной степени зависит от имеющихся условий и целей обследования. В большинстве случаев мазки из женских половых путей берутся для выявления патологических изменений в шейке матки.

Для этого достаточно цитологическое исследование мазков из: 1) эктоцервикса, 2) места соединения чешуйчатого и многослойного эпителия (между эктоцервиксом и эндоцервиксом) и 3) эндоцервикального канала.

Техника эксфолиативной цитологии для раннего выявления эндометриальной или эндоцервикальной аденокарциномы нечувствительна и недостоверна.

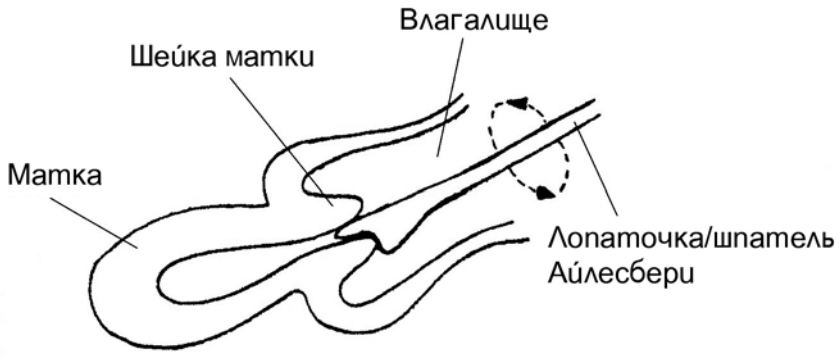
Забор мазка из цервикального канала

При обнаженной при помощи зеркал (без смазки) шейке матки, проде-

лайте следующие манипуляции:

- Слегка соскоблите эктоцервикс заостренным концом лопаточки, забирая материал из любых необычно выглядящих зон (например, эрозия) и из места соединения чешуйчатого и многослойного эпителия между эктоцервиксом и эндоцервиксом (смотрите рисунок 4.2).

Рисунок 4.2 Соскоб с места соединения чешуйчатого и многослойного эпителия шейки матки.



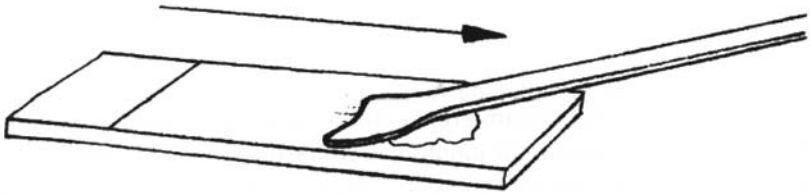
- Всегда выскабливайте всю поверхность места соединения чешуйчатого и многослойного эпителия шейки матки. При хорошем обнажении этого места соединения, как это бывает у некоторых многорожавших женщин, можно получить лучшие результаты, если использовать лопаточку/шпатель большего размера или плоский конец шпателя вместо заостренного.
- Не вынимая зеркал, разводящих в стороны стенки влагалища, осторожно выньте лопаточку.
- Сразу же разместите материал соскоба на одном или двух заранее подготовленных и промаркированных предметных стеклах.
- Равномерно распределите выделения на этих предметных стеклах (смотрите рисунок 4.3):
  - Плотно приложите поверхность лопаточки к предметному стеклу и продвигая ее вдоль по стеклу переложите на него материал.
  - Проделайте то же самое с обратной стороной лопаточки (при переносе материала может быть более эффективным круговое или зигзагообразное движение).
  - Удостоверьтесь в том, что весь материал удален с обеих сторон лопаточки; если есть материал, прилипший к лопаточке, его

необходимо соскрести на край стекла.

- Легким надавливанием лопаточки разровняйте образец материала.
- Если используется щеточка, то легкими круговыми движениями распределите материал на предметном стекле.

- Помните, что быстрота очень важна, так как высыхание на воздухе повреждает клетки в мазке, что влияет на их способность окрашиваться. Это может быть причиной неправильной цитологической интерпретации.
- Зафиксируйте стекла, пока мазок еще влажен.
- Погрузите стекла в банки с фиксирующей жидкостью или зафиксируйте их, используя коммерческий фиксирующий распылитель (смотрите рисунок 4.4). Фиксация распылителем, вероятно, лучше и проще, однако, распылители дороже и доступны не везде.
- Удалите зеркало из влагалища после того, как мазок зафиксирован.

Рисунок 4.3 Размещение мазка из шейки матки на предметном стекле



В большинстве случаев одного стекла достаточно, но если взято большое количество материала, может понадобиться второе стекло. Если взятый образец скуден, может возникнуть необходимость повторного соскоба. Если на одном стекле приходится разместить два образца материала, прежде чем взять второй образец, нужно зафиксировать первый (например, образцы взятые путем соскоба и щеточки, или же из двух разных мест).

Пока материал еще влажен, быстро зафиксируйте стекла, чтобы избежать высыхания на воздухе. Быстрая фиксация особенно важна для материала, содержащего кровь, или взятого у женщины в постклимактерическом периоде, который высыхает очень быстро.

Подходящим контейнером для жидких фиксаторов могут быть банки из-под джема или меда и имеющиеся на рынке банки Коплина, сделанные из стекла или пластмассы. Если используются банки из-под джема или

меда, в каждую из них можно поместить не более одной пары стекол. В банки Коплина можно поместить до 5 пар стекол, стекла нужно размещать обратной стороной друг к другу (т.е. стороны с материалом должны смотреть наружу) в специальные отделы в банке.

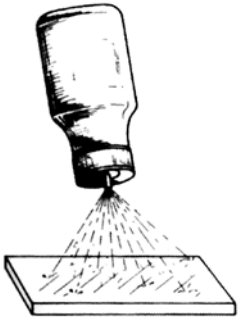
В качестве фиксирующих жидкостей обычно используются различные виды спирта (например, 95%-ный этиловый спирт, метиловый спирт, изопропиловый спирт) или же комбинации разных видов спирта (например, три части 95%-ного этилового спирта с семью частями третичного бутилового спирта).

Стекла должны оставаться в фиксаторе по меньшей мере 15 минут, но они могут оставаться в фиксаторе и дольше, от 7 до 10 дней. В течение этого времени материал не подвергается изменениям.

Фиксация распылителем

Фиксация распылителем дает отличные результаты, производится гораздо проще и более экономична. Экономится как время, так и материалы/инструменты. При опрыскивании предметного стекла фиксатор должен быть равномерно распределен над всей поверхностью мазка (смотрите рис. 4.4).

Рисунок 4.4. Опрыскивание материала распылителем



Распылитель нужно держать на расстоянии не ближе 15 см от предметного стекла; в противном случае образец материал будет смыт. Различные фиксаторы в распылителях, имеющиеся на рынке, содержат аэрозольный агент и различные комбинации спирта, уксусной кислоты или этилен- или пропилен-глюколя. Как только зафиксированные стекла высохнут (обычно через 10 минут), их можно напрямую отправить в лабораторию для окрашивания без каких-либо дополнительных манипуляций. Фиксаторы в распылителях, имеющиеся в продаже, относительно дороги; обычный лак-аэрозоль для волос, который значительно дешевле является таким же эффективным.

Окрашивание

После правильной фиксации предметные стекла готовы к окрашиванию. Для выполнения процедуры окрашивания необходимы лаборатория и обученный лаборант. Если этих условий нет, стекла нужно отправить в лабораторию для дальнейшей обработки. Если стекла помещены в фиксирующую жидкость, то после адекватной фиксации их нужно вынуть из сосуда с фиксатором и высушить на воздухе. Перед тем, как отправить в лабораторию, их нужно поместить в плоскую картонную или деревянную коробку. После доставки в лабораторию стекла нужно снова поместить в фиксатор и окрасить. Для окраски часто используется краситель Папаниколао (отсюда и происходит термин «мазок Папаниколао» или Пап-мазок). В основе этого красителя лежит водный гематоксилин с многочисленными контрастирующими красителями, растворенными в 95%-ном этиловом спирте, позволяющими добиться хорошей прозрачности и отчетливости деталей, что обычно нужно опытному цитологу.

Причины ошибок при взятии и обработке мазка

Типичные ошибки при взятии и обработке мазка описаны во вставке 4.5.

Другие аспекты программ скрининга репродуктивного здоровья, относящиеся к скринингу рака шейки матки, обсуждались ранее в данной главе.

Вставка 4.5 Причины ошибок при взятии и обработке мазка

- Шейка матки плохо визуализируется.
- Соскоб с шейки матки недостаточно твердый.
- Зона трансформации соскоблена неполностью.
- Материал взят из неверной зоны (например, соскоб был сделан с задней стенки влагалища вместо шейки матки).
- Предметные стекла перед использованием плохо очищены или плохо обезжирены.
- Не весь материал перемещен с лопатки на предметное стекло.
- Образец плохо размещен по стеклу (слишком густой, слишком тонкий или искаженный из-за излишнего давления).
- Препарат высох на воздухе до фиксации или во время процедуры окрашивания.
- Недостаточная фиксация (слишком мало времени или спирт слишком слабый).
- Неправильное окрашивание (например, неправильное время окраски, недостаточная дегидратация или ошибки при приготовлении красителей).
- Мазок состоит главным образом из крови и гнойного экссудата.

2) Прямое визуальное обследование шейки матки

Если нет возможности взять на анализ мазок, необходимо предложить клиентке визуальное обследование шейки матки. Это следует начинать через 2-3 года после начала половой жизни и затем повторять через интервалы от 1 года до 3 лет.

Это простое тестирование заключается в том, что во время гинекологического осмотра визуализируется шейка матки, промывается сначала обычным физиологическим раствором, а затем 3-5%-ным раствором уксусной кислоты (например, уксусом) и вновь осматривается через 1 минуту. Если при непосредственном осмотре выявляется зона осветления, можно предполагать о наличии предраковых поражений. Такое обследование можно применять для скрининга шейки матки при обстоятельствах, когда стоимость является основным ограничением и нет возможности проводить анализ мазка из шейки матки всей или большей части женского населения. Тест с уксусной кислотой считается отрицательным, если не видно зон осветленных клеток. При этом, дальнейшее наблюдение за женщиной можно продолжать с обычным интервалом или сделать это раньше, если появятся какие-либо симптомы. Если

есть подозрение на инфекцию, нужно взять мазок для исследования и, в случае подтверждения наличия инфекции, провести соответствующее лечение.

Для проведения прямого визуального обследования шейки матки во время гинекологического осмотра нужны следующие дополнительные принадлежности:

- обычный физиологический раствор;
- шприц для промывания шейки матки;
- 3-5%-ная уксусная кислота;
- чашечка.

Не проводите обследование, если у клиентки менструация или она использует интравагинально какие-либо лекарственные препараты. Попросите ее вернуться, после менструации или после завершения лечения.

Если результат теста с уксусной кислотой оказался положительным, т.е. при прямом визуальном обследовании шейки видна зона осветления и нет признаков инфекции, необходимо взять мазок из шейки матки для цитологического исследования. В условиях, когда нет возможности сделать цитологическое исследование, можно выполнить кольпоскопию, провести криотерапию или электрохирургическое иссечение шейки, хотя и это может быть недоступным. В таких случаях показано направление в медицинское учреждение, где можно провести дальнейшее обследование и лечение.

8 Менопауза

В настоящей главе обсуждается и менопауза, хотя она не является частью скрининга репродуктивного здоровья или услуг по СРЗ/планированию семьи. Менопаузе придается все большее внимание со сторны медицинских работников, особенно в развитых странах, не только из-за повышенного риска развития вышеупомянутых злокачественных новообразований генитального тракта, но также из-за ее возможного влияния на физическое и физиологическое благосостояние здоровых женщин. Менопауза ассоциируется не только с краткосрочными проявлениями острых симптомов, которые могут вызвать дискомфорт и стресс. Она может стать причиной отдаленных осложнений, оказывающих неблагоприятное воздействие на общее состояние здоровья женского населения и влияющих на стоимость медицинских услуг (например, остеопороз и сердечно-сосудистые заболевания, которые являются основными причинами заболеваемости и смертности женщин в постклимактерическом периоде). Поэтому, скрининг и консультирование женщин, имеющих высокий риск развития этих отдаленных ослож-

нений, является весьма важной функцией учреждений, предоставляющих услуги по репродуктивному здоровью. Клинические проявления менопаузы перечислены во вставке 4.6.

Вставка 4.6 Клинические проявления менопаузы.

- Аменорея.
- Приливы.
- Атрофия молочных желез.
- Атрофический вагинит.
- Атрофия тазового дна.
- Остеопороз.

Объясните женщинам, как можно улучшить общее состояние здоровья и качество жизни, ведя здоровый образ жизни и сбалансированно питаясь. Основные моменты консультирования следующие:

Курение: проконсультируйте курящих женщин, поговорите о вреде курения и убедите их бросить эту привычку.

Физические упражнения: объясните, что регулярные физические упражнения (включая плавание и занятия аэробикой) улучшают работу сердечно-сосудистой системы; физические упражнения с нагрузкой (быстрая ходьба) уменьшают потерю костной массы и стимулируют регенерацию костной ткани. В этой связи рекомендуйте умеренные физические упражнения от 3-х до 4-х раз в неделю.

Питание: поощряйте клиенток придерживаться сбалансированного питания с низким содержанием жиров, сахара и соли, богатого свежими фруктами и овощами, цельных злаков и клетчатки; объясните, что в пище должно содержаться достаточное количество белков, витаминов и минералов.

Вес: посоветуйте клиенткам следить за весом и отмечать прибавку или потерю веса; рекомендуйте избегать ожирения.

Стресс: посоветуйте избегать ненужных стрессов.

Алкоголь: предложите ограничить потребление алкоголя до максимум двух бокалов в день (за один или два приема).

Для женщин с высоким риском развития остеопороза (смотрите вставку 4.7) можно рассмотреть возможность назначения пищевых добавок с кальцием (например, до1,000 мг в день) или других препаратов (например, витамин Д или дифосфонат). При высоком риске остеопороза и/или тяжелых симптомах менопаузы можно рассмотреть возможность назначения заместительной гормональной терапии (ЗГТ). При решении вопроса о таких вмешательствах надо учитывать наличие препаратов, осуществимость лечения, а также индивидуальные

обстоятельства женщины; необходимо принимать во внимание также последние сведения о стоимости, потенциальной пользе, побочных воздействиях и противопоказаниях.

Вставка 4.7 Факторы риска развития остеопороза в постменопаузе.

- Раннее наступление менопаузы (неясной причины или вызванной удалением яичников во время операции или облучением).
- Хрупкое телосложение и белый цвет лица.
- Остеопороз в семейном анамнезе.
- Курение/излишнее потребление алкоголя.
- Сидячий, малоподвижный образ жизни из-за отсутствия физических упражнений или хронических заболеваний.
- Использование кортикостероидов.

Фото: Фатиха Терки/Эфиопия

5 Гормональная контрацепция

1 Введение

Гормональные методы предоставляют миллионам женщин возможность безопасной и эффективной контрацепции. Все гормональные методы являются по своей природе системными (влияют на весь организм). Они основаны или на комбинации прогестогена и эстрогена или содержат только прогестоген. В этой главе речь пойдет о следующих методах:

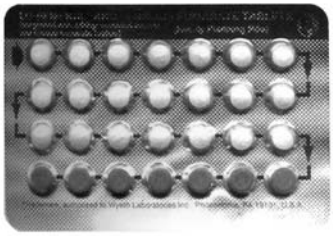
- комбинированные оральные контрацептивы (КОК);
- чисто-прогестогеновые таблетки (ЧПТ);
- чисто-прогестогеновые инъекционные контрацептивы (ЧПИК);
- комбинированные инъекционные контрацептивы (КИК);
- подкожные импланты.

2 Комбинированные оральные контрацептивы (КОК)

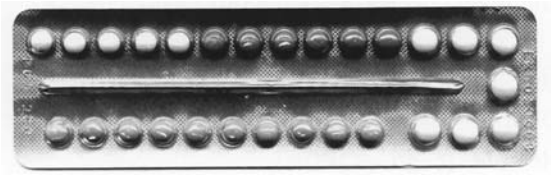
2.1 Определение

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) – это препараты, состоящие из синтетического эстрогена и прогестогена и обеспечивающие высокую эффективность предупреждения беременности. Существует 2 типа КОК:

- *монофазные:* содержат фиксированную концентрацию гормонов эстрогена и прогестогена, употребляемых в течении всего цикла. Используемые в настоящее время КОК представляют собой комбинацию этинилэстрадиола в дозах от 15 до 50 мкг и прогестогена. Их принимают регулярно в течение 21 дня, за которым следует семидневный перерыв. Во время перерыва активные таблетки не принимаются. Однако некоторые разновидности монофазных препаратов содержат плацебо или железосодержащие таблетки для приема во время перерыва.



- *многофазные:* существуют двухфазные или трехфазные варианты концентраций эстрогена и/или прогестогена, употребляемые в течение всего цикла. Нет доказательств того, что многофазные КОК эффективнее или безопаснее монофазных. Их клиническая эффективность примерно одинакова.



В существующих в настоящее время противозачаточных таблетках могут содержатся такие прогестогены, как левоноргестрел, норэстирон, дезогестрел, гестоден, ципротерона ацетат, дроспиренон или норгестимат.

Механизм действия: контрацептивный эффект КОК заключается главным образом в подавлении овуляции; они также сгущают цервикальную слизь, затрудняя продвижение сперматозоидов через полость матки к фаллопиевым трубам. Под влиянием КОК снижается также восприимчивость эндометрия к бластоцисте, хотя нет доказательств того, что это изменение усиливает их контрацептив-ное действие.

2.2 Показания к применению

КОК следует предоставлять любой женщине, которая после соответствующего консультирования принимает информированное решение их использовать и которая не имеет никаких противопоказаний к их использованию (состояния, входящие в класс 4 медицинских критериев использования методов контрацепции, рекомендуемых Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ)).

КОК особенно подходят желающим использовать гормональные методы контрацепции женщинам, которые:

- хотят высокоэффективный метод контрацепции;
- имеют мотивацию и желание использовать метод, требующий ежедневного приема, и могут постоянно обеспечивать себя контрацептивами;
- могут получить пользу для своего здоровья за счет одного или более вспомогательных защитных действий КОК. Это применимо к женщинам, которые:
  - имеют анемию, вызванную обильными менструальными кровотечениями;

- перенесли внематочную беременность;
- имеют болезненные менструации;
- страдают доброкачественными рецидивирующими кистами яичников;
- подвержены риску или перенесли острые воспалительные заболевания органов таза (ВЗОТ);
- имеют в семейном анамнезе рак яичников.

2.3 Медицинские критерии приемлемости

В разработке медицинских критериев приемлемости применения различных методов контрацепции, ВОЗ сотрудничала с Международной Федерацией планирования семьи и другими организациями. Была принята следующая классификация (медицинские критерии ВОЗ допустимости применения методов контрацепции):

- *Класс 1:* состояния, при которых нет ограничений для использования метода контрацепции.
- *Класс 2*: состояния, при которых преимущества использования метода в целом перевешивают теоретический или доказанный риск.
- *Класс 3*: состояния, при которых теоретический или доказанный риск обычно перевешивает преимущества использования метода.
- *Класс 4*: состояния, при которых использование метода контрацепции создаст недопустимый риск для здоровья (например, когда контрацептив противопоказан).

Беременность как таковая больше не входит в список противопоказаний к началу или продолжению использования гормонального метода контрацепции, потому что беременной женщине не требуется контрацептивная защита (т.е. нет показаний к использованию контрацептива). Если КОК используются при еще не установленной беременности, они не наносят вреда ни женщине, ни течению беременности, ни плоду;Тт м не менее, прием следует прекратить как только беременность подтвердится, потому что показаний к дальнейшему приему нет.

Класс 4 (противопоказания)

КОК нельзя использовать при наличии следующих состояний:

- кормление грудью и ранний послеродовый период, когда после родов прошло менее 6 недель;
- ишемическая болезнь сердца или инсульт в настоящее время или в прошлом;
- курение 15 или более сигарет в день женщиной в возрасте 35 лет и старше;

- повышенное артериальное давление (систолическое выше или равно 160 или диастолическое выше или равно 100 мм ртутного столба);
- гипертензия с сосудистым заболеванием;
- мигрень с аурой (предвестниками эпилептического припадка);
- сахарный диабет с сосудистыми осложнениями (включая гипертензию, нефропатию, ретинопатию или нейропатию) или продолжительностью более 20 лет;
- симптомы тромбоза глубоких вен или эмболии легочной артерии (ТГВ/ЭЛА) в анамнезе или в настоящее время;
- хирургические операции с длительной иммобилизацией;
- установленные нарушения свертывающей системы крови (например, фактор V Лейдена, мутация протромбина, недостаточность протеина S, протеина С и антитромбина);
- осложненное заболевание клапанов сердца;
- рак молочной железы в течение последних 5 лет;
- активный вирусный гепатит;
- доброкачественная или злокачественная опухоль печени;
- тяжелый (декомпенсированный) цирроз.

Класс 3

КОК обычно не следует использовать при наличии следующих состояний:

- курение до 15 сигарет в день женщиной в возрасте 35 лет и старше;
- повышенное артериальное давление (систолическое 140-159 или диастолическое 90-99 мм рт.ст.);
- гипертензия в анамнезе (когда нет возможности выяснить артериальное давление) или адекватно контролируемая гипертензия, когда артериальное давление можно измерить;
- диагностированная гиперлипидемия;
- мигрень без ауры (без предвестников эпилептического припадка) у женщины в возрасте 35 лет и старше (если мигрень появилась во время приема КОК, это состояние переходит в класс 4 – противопоказание);
- рак молочной железы в анамнезе без проявлений заболевания в течение последних 5 лет;
- кормление грудью в периоде от 6 недель до 6 месяцев после родов;
- менее 21 дня после родов;
- легкий компенсированный цирроз;
- холестаз в анамнезе, вызванный приемом КОК;
- заболевание желчного пузыря с симптомами;

- лечение препаратами, влияющими на ферменты печени: рифампицин и некоторые противосудорожные препараты (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин).

При наличии состояний, относящихся к классу 3 объясните клиентке потенциальный риск и проконсультируйте ее об альтернативных методах (см. также главу 2 «Консультирование»). Если клиентка выбирает КОК, потому что другие контрацептивные методы недоступны или неприемлемы, КОК должны быть предоставлены квалифицированным медицинским работником и клиентка должна находиться под медицинским наблюдением.

Если женщина имеет более одного из первых пяти вышеуказанных состояний, увеличивающих риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, при принятии решения об использовании КОК надо основываться на клиническом подходе. Большинство таких комбинированных состояний должно рассматриваться в качестве противопоказаний (состояния класса 4).

При принятии решения об использовании метода приема КОК, зафиксируйте в медицинской карточке женщины выявленные вами состояния, требующие мер предосторожности и проконсультируйте ее о связанных с ними симптомах, которые должны ее насторожить.

Класс 2

КОК обычно можно использовать с соблюдением мер предосторожности при наличии следующих состояний:

- курение в возрасте моложе 35 лет;
- мигрень без ауры (без предвестников эпилептического припадка) у женщин моложе 35 лет (если мигрень появилась во время приема КОК, это состояние переходит в класс 3);
- сахарный диабет без сосудистых осложнений;
- тромбоз глубоких вен или эмболия легочной артерии (ТГВ/ЭЛА) в семейном анамнезе (у родственников первой степени);
- кормление грудью в периоде от 6 или более месяцев после родов;
- тромбофлебит поверхностных вен;
- повышение артериального давление во время предыдущих беременностей (в случаях, когда возможно измерить давление и оно в настоящее время в норме);
- неосложненное сердечно-сосудистое заболевание;
- вагинальное кровотечение неясной этиологии, предполагающее серьезное заболевание, до установления диагноза;
- цервикальная интраэпителиальная неоплазия (ЦИН) или рак шейки матки (в ожидании лечения);

- неустановленная опухоль молочной железы;
- заболевание желчного пузыря без симптомов;
- серповидно-клеточная болезнь;
- ожирение: индекс массы тела (ИМТ) 30 кг/кв. м.;
- лечение гризеофульвином;
- антиретровирусная терапия.

При наличии какого-либо из этих состояний необходим тщательный скрининг и соответствующий мониторинг, чтоб взвесить компенсируют ли преимущества КОК потенциальный риск их использования. Тем не менее, если женщина имеет более одного состояния из первых трех, которые являются факторами повышенного риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, решение об использовании КОК должно быть принято на основе клинического мышления. При наличии комбинированных состояний женщину нужно в основном относить к классу 3.

При принятии решения об использовании метода приема КОК, зафиксируйте в медицинской карточке женщины выявленные вами состояния, требующие мер предосторожности и проконсультируйте ее о связанных с ними симптомах, которые должны ее насторожить.

2.4 Особые ситуации

Существуют обстоятельства. требующие особого внимания при назначении КОК (см. Таблицу 5.1).

Таблица 5.1 – Состояния, требующие особого внимания

Первые 3 недели после родов	Некоторые операции	Серповидно-клеточная болезнь
Лактация	Взаимодействие препаратов	Варикозное расширение вен
Подростковый возраст	Необычное вагинальное кровотечение	Паразитарные заболевания
Возраст старше 35 лет	Злокачественные опухоли половых органов	ВИЧ-положительный статус и СПИД

Первые три недели после родов

Во избежание риска тромбоэмболических осложнений, КОК не следует использовать в течение первых 3 недель после родов, независимо от

решения матери кормить или не кормить ребенка грудью. Однако, после истечения 21 дня свертываемость крови и фибринолиз приходят в норму и, если мать не хочет кормить грудью, она может использовать КОК. Прием чистопрогестогеновых таблеток (ЧПТ) можно начать в любое время после родов, если мать принимает решение не кормить грудью.

Лактация

Во время лактации воздержитесь от приема КОК до истечения 6 месяцев после родов или до тех пор, пока ребенка не отняли от груди (в зависимости от того, какое из этих событий наступит раньше). Использование КОК в период кормления грудью снижает количество грудного молока, длительность лактации и может таким образом отрицательно влиять на рост малыша. Если мать принимает решение начать использование оральных контрацептивов в период кормления грудью, необходимо рекомендовать прием ЧПТ, прием которых можно начать по прошествии 6 недель после родов (см. раздел 3.4).

Подростки

Преимущества использования КОК особенно важны для подростков, подверженных риску беременности. Показания или противопоказания для данной возрастной группы являются такими же, как и для взрослых женщин.

Женщины в возрасте старше 35 лет

Большинство здоровых женщин старше 35 лет могут использовать КОК, если нет факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, таких, как курение, гипертензия и сахарный диабет.

Оперативные вмешательства

Степень риска развития ТГВ/ЭЛА, ассоциируемых с обширными оперативными вмешательствами зависит от продолжительности периода иммобилизации. Прием КОК следует прекратить примерно за 4 недели до любой операции, предполагающей длительную иммобилизацию, которая увеличивает риск развития тромбоза глубоких вен (ТГВ). Прием КОК можно возобновить через 2 недели после выписки женщины из стационара. Посоветуйте ей использовать другие эффективные методы контрацепции, если это необходимо в течение данного периода. Если было предпринято срочное вмешательство, хирург может рекомендовать профилактическое использование противосвертывающих средств и поощрять раннее возобновление подвижности.

Взаимодействие препаратов

Препараты, стимулирующие ферменты печени, особенно те, которые применяются при длительном лечении, могут снизить эффективность КОК. Это рифампицин, гризеофульвин, фенитоин, этосуксимид, карбамазепин, глютетимид, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин и некоторые антиретровирусные агенты. Можно предположить о взаимодействии препаратов, если у женщины, принимающей вместе с КОК какой-либо из вышеуказанных препаратов, наблюдаются межменструальные кровотечения или мажущие кровянистые выделения. В таких случаях проконсультируйте об альтернативных или дополнительных формах контрацепции.

Необычное вагинальное кровотечение

Если у женщины наблюдается вагинальное кровотечение, предполагающее беременность или неустановленную патологию, например, злокачественное новообразование органов таза, прежде чем начинать прием КОК необходимо провести обследование. Однако нерегулярные менструации наблюдаются и у многих здоровых женщин, поэтому не прекращайте прием КОК, если нет веских причин, позволяющих заподозрить патологию.

Злокачественные опухоли половых органов

Женщины с раком половых органов могут использовать КОК, если еще не получают лечения. При злокачественных новообразованиях половых органов лечение в большинстве случаев приводит к тому, что женщина больше не беременеет. *Тем не менее, если рак выявлен в периоде, когда женщина не использует никаких методов контрацепции, до начала лечения ей может потребоваться контрацептивная защита.*

Женщины с успешно излеченным предраковым заболеванием шейки матки обычно сохраняют способность к деторождению и могут продолжить использование любого метода контрацепции, включая КОК.

Лечение хориокарциномы не исключает возможности наступления беременности. Во время лечения необходимо предупреждение беременности, чтобы должным образом наблюдать за течением заболевания. Если при этом женщина выбирает КОК, то она может их использовать.

Серповидно-клеточная болезнь

Серповидно-клеточная аномалия эритроцитов не является противопоказанием к использованию КОК, но женщины с гомозиготной формой серповидно-клеточной болезни могут быть подвержены повышенному риску развития тромбозов. Рекомендуйте таким женщинам использование других методов контрацепции, в частности чисто-прогестогеновых контрацептивов длительного воздействия, прием которых кото-

рые может оказать положительное влияние на течение серповидно-клеточного заболевания.

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП)

Существуют некоторые доказательства того, что КОК защищают от воспалительных заболеваний органов таза (ВЗОТ). Однако гормональные контрацептивы **не** защищают от ИППП, включая ВИЧ, и клиентки должны знать об этом. Посоветуйте клиенткам с высоким риском заражения ИППП использовать презервативы.

Варикозное расширение вен

Женщины с неосложенным варикозным расширением вен без ТГВ в анамнезе и без других противопоказаний могут использовать КОК.

Паразитарные заболевания

В настоящее время нет доказательств того, что паразитарные заболевания могут повлиять на использование КОК. Однако в этой области нужны дополнительные исследования, в частности выяснение возможного взаимодействия КОК и антипаразитических препаратов.

ВИЧ-положительный статус и СПИД

Несмотря на ограниченные научные доказательства в этой области в настоящее время существует мнение, что КОК безопасны для ВИЧ-позитивных женщин. Тем не менее, взаимодействие КОК с некоторыми антиретровирусными (АРВ) препаратами может оказать воздействие на их эффективность или токсичность.

2.5 Консультирование и информирование

Все клиентки должны быть проконсультированы о выборе и приеме КОК, перед тем как начать их использование. Поощряйте женщин задавать все интересующие их вопросы, чтобы с самого начала выяснить все ли понято и нет ли неправильных истолкований. (Смотрите также главу 2 «Консультирование».)

Выбор КОК в качестве средства контрацепции

Подробно обсудите с каждой клиенткой на понятном ей языке следующее:

- Преимущества и недостатки КОК, включая их эффективность, возможный риск и положительное неконтрацептивное воздействие, а также побочные эффекты и стоимость КОК. (Убедите клиентку в том, что повышение риска развития рака минимально, что даже есть четкие доказательства того, что КОК защищают от рака яичников и эндометрия).
- Альтернативные методы планирования семьи, включая эффектив-

ность, риск и преимущества, побочные эффекты и стоимость.

- Выбор наиболее подходящего типа КОК.
- Напомните курящим клиенткам, что курение повышает риск развития серьезных сосудистых нарушений, и посоветуйте всем женщинам, планирующим использовать КОК, бросить курить.

Использование КОК

Смотрите раздел 2.9 данной главы.

2.6 Кто может предоставлять КОК

В зависимости от принятых инструкций и практических установок, пероральные контрацептивы могут назначать врачи, средний медицинский персонал клиник и медицинские работники из местной общины, прошедшие трэйнинг по консультированию и обучению клиентов. Предоставлять КОК таблетки могут все те представители местного населения, которые обычно успешно удовлетворяют медицинские нужды своей общины. Предоставление услуг на общинном уровне (ПУО) – это термин, используемый при распространении КОК не из медицинских источников (см. Вставку 5.1).

Вставка 5.1 Предоставление КОК на общинном уровне (ПУО) не из медицинских источников

Социальные работники или лица, предоставляющие услуги на местах: а) должны быть хорошо обучены; б) должны четко следовать инструкциям и руководствам; в) должны находиться под соответствующим руководством и иметь поддержку медицинских учреждений, в которые при необходимости направляются клиенты.

Обучение должно включать в себя использование соответствующих контрольных листов (см. контрольный лист по распространению КОК для ПУО работников) для выявления клиенток, которых необходимо направить в медицинское учреждение или кабинет планирования семьи для скрининга на приемлемость использования КОК.

Другим способом предоставления КОК является социальный маркетинг, при котором контрацептивы продаются без рецепта через субсидированные коммерческие каналы. **Программы социального маркетинга должны обеспечить адекватное информирование и обучение клиентов о том, как нужно использовать метод, как поступить в случае сомнений или потребности в дополнительной информации. При этом, необходимо уважать право клиентов на приватность и конфиденциальность.**

Для дополнительной информации смотрите раздел 4 данной главы.

2.7 Оценка состояния здоровья

Цель оценки состояния здоровья заключается в том, чтобы определить приемлемость использования клиенткой данного метода контрацепции. Оценку состояния здоровья также следует рассматривать как возможность предложить при необходимости и другие предоставляемые услуги по сексуальному и репродуктивному здоровью.

Предоставление услуг по планированию семьи на общинном уровне (ПУО)

Оценка состояния здоровья женщин на общинном уровне заключается в выявлении состояний, требующих направления на более полную и тщательную клиническую оценку (смотрите контрольный лист предоставления оральных контрацептивов через ПУО на стр. 144).

Персонал медицинских учреждений, предоставляющих КОК, должен быть готов к оценке состояния здоровья женщин, направленных общественными работниками или работниками системы социального маркетинга.

Клинические учреждения

Оценка состояния здоровья в клиническом учреждении должна включать в себя сбор медицинского и социального анамнеза, физический осмотр и необходимые лабораторные исследования.

- *Медицинский и социальный анамнез:* при сборе медицинского и социального анамнеза следует уделить особое внимание состояниям, указанным в медицинских критериях приемлемости методов контрацепции (смотрите разделы 2.3 и 2.4 настоящей главы). Нужно уточнить возраст, историю перенесенных заболеваний, семейный и гинекологический анамнез, дату последней менструации, характер менструаций, а также выяснить курит ли женщина или принимает какие-либо препараты.
- *Физический осмотр:* первоначальный физический осмотр в медицинском учреждении должен включать в себя измерение веса, кровяного давления, осмотр вен на предмет варикозного расширения или признаков тромбоза глубоких вен, осмотр кожных покровов и склер на желтушность, осмотр молочных желез и другие органов, в соответствии с показаниями медицинского и социального анамнеза. Для назначения и использования КОК не требуется проведения бимануального гинекологического осмотра и исследования в зеркалах, но если это нужно и есть возможность, лучше предложить эти исследования в качестве компонента услуг по репродуктивному здоровью.
- *Лабораторные анализы:* для использования КОК лабораторные анализы

обычно не требуются, кроме случаев когда они показаны на основе данных медицинского анамнеза и физического осмотра. Однако, если есть возможность и необходимость, при согласии женщины можно включить некоторые лабораторные исследования в комплекс услуг по репродуктивному здоровью, например:

- анализ мочи на сахар и белок;
- тест на сифилис (с ЛТПС ВВЗ (VDRL);
- лабораторный скрининг на рак шейки матки; скрининг нужно начинать по прошествии 2-3 лет после начала половой жизни и затем повторять его каждые 1-3 года (см. главу 4 «Скрининг здоровых женщин по репродуктивному здоровью»).

Если данные медицинского анамнеза не дают никаких оснований подозревать какое-либо из состояний класса 4, т.е. нет никаких противопоказаний, однако нет возможности провести полностью или частично физический осмотр или лабораторные анализы, не следует воздерживаться от назначения КОК. При этом все необходимые исследования должны быть проведены в течение ближайших 3 месяцев.

В медицинской карточке каждой женщины нужно зарегистрировать данные ее медицинского/социального анамнеза и результаты исследований, особенно при наличие любых состояний, относящихся к классам 2, 3 или 4 медицинских критериев приемлемости методов контрацепции.

2.8 Выбор КОК

Любая женщина может использовать КОК, содержащие самые низкие эффективные и приемлемые дозы эстрогена и прогестогена.

- Начните с комбинированных монофазных препаратов, которые содержат 30-35 мкг эстрогена.
- Измените дозу или тип таблеток только в случае серьезных побочных эффектов, побуждающих женщину прекратить прием или перейти на другие таблетки (смотрите раздел 2.12).

В КОК, существующих в настоящее время содержатся такие прогестогены, как левоноргестрел, норэстирон, дезогестрел, гестоден, ципротерона ацетат, дроспиренон или норгестимат. Медицинских причин отдавать предпочтение какому-либо из этих гормонов нет. Однако, они различаются по стоимости и этот факт необходимо принимать во внимание. Дезогестрел и гестоден ассоциируются с небольшим дополнительным риском развития ТГВ/ЭЛА по сравнению с КОК, которые содержат левоноргестрел. В настоящее время наиболее широко используются КОК, содержащие комбинацию 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг левоноргестрела, о безопасности которых имеется достаточно данных

ПРИМЕЧАНИЕ: на сайте МФПС www.ippf.org в издании *Руководство по использованию гормональных контрацептивов* представлена информация о торговых названиях и составе пероральных контрацептивов, широко используемых во всем мире.

2.9 Инструкции для клиентов

КОК выпускаются в следующих формах:

- Упаковка, содержащая **21 таблетку:** 1 таблетку, содержащую комбинацию эстрогена и прогестогена, принимают каждый день в течение 21 дня, за которыми следует семидневный перерыв, после чего начинают новую упаковку;
- Упаковка, содержащая **28 таблеток:** 1 таблетку, содержащую комбинацию эстрогена и прогестогена, принимают ежедневно в течение 21 дня, затем вместо перерыва принимают 7 таблеток плацебо или 7 железосодержащих таблеток включенных в упаковку, чтобы завершить 28-дневный цикл.

Покажите клиентке упаковку таблеток и объясните как их пить. Если клиентка принимает решение принимать таблетки из 28-дневной упаковки, расскажите ей о таблетках плацебо, во время приема которых наступает менструация. Покажите клиентке, как различать активные таблетки и таблетки плацебо. Таблетки плацебо обычно другого цвета и/или размера. Инструкции должны быть ясными и четкими и на понятном клиентке языке.

Начало приема

Клиентка может начать прием первого цикла таблеток в течение первых 5 дней менструального цикла, предпочтительно в первый день. Некоторым женщинам удобно начать прием в какой-либо определенный день недели, например, воскресенье. Если женщина начала прием таблеток позже, чем на 5-ый день менструального цикла, убедитесь в том, что у нее нет беременности и посоветуйте в течение последующих 7 дней после начала приема КОК использовать дополнительную контрацептивную защиту.

Для женщин, у которых нет менструаций (имеется аменорея)

- Женщина может начать прием КОК в любое время, если у нее есть основания полагать, что она небеременна.
- Ей нужно воздержаться от половой жизни или использовать дополнительную контрацептивную защиту в течение последующих 7 дней.

Для женщин после родов:

- Если женщина кормит ребенка грудью и хочет принимать противо-

зачаточные таблетки, посоветуйте ей использовать таблетки, содержащие только прогестоген (см. раздел 3.8) по прошествии 6 недель после родов. От приема КОК следует воздержаться до того как пройдет 6 месяцев после родов или до того как ребенка отнимут от груди, если это произойдет ранее указанного срока.

- Если женщина не кормит грудью, она может начать прием КОК спустя 3-6 недель после родов (свертываемость крови и фибринолиз приходят в норму по прошествии 21 дня после родов). Если женщина хочет начать прием КОК после шестой недели после родов, но у нее еще не наступила первая послеродовая менструация, исключите возможность беременности до начала приема КОК (смотрите главу 11 «Диагностика беременности»).

Переход на КОК с другого гормонального метода

- Если женщина долгое время и без ошибок использовала другой гормональный метод и у нее есть основания считать, что она не беременна, то при желании она может сразу же перейти на прием КОК и нет необходимости ждать наступления следующей менструации.
- Если женщина использовала инъекционный контрацептив, ей нужно начать прием КОК тогда, когда планировалась следующая инъекция. Дополнительная контрацептивная защита не требуется.

Переход на КОК с негормонального метода контрацепции (кроме ВМС)

- Женщина может начать прием КОК в течение первых 5 дней с начала менструального кровотечения. Дополнительная контрацептивная защита не требуется.
- Женщина может начать прием КОК в любое время, если у нее есть основания считать, что она небеременна. Если с начала менструального кровотечения прошло больше 5 дней, ей следует воздержаться от половых контактов или использовать допол-нительную контрацептивную защиту в течение первых 7 дней приема КОК.

Переход на КОК после ВМС (включая гормональную ВМС)

- Женщина может начать прием КОК в течение первых 5 дней с начала менструального кровотечения. Никакая дополнительная контрацептивная защита не требуется. ВМС можно удалить в это же время.
- Женщина может начать прием КОК в любое время, если она уверена, что небеременна.
- Если женщина имела сексуальные отношения в течении данного менструального цикла и с начала менструального кровотечения прошло более 5 дней, рекомендуется удалить ВМС во время следующей менструации.
- Если женщина не имела сексуальные отношения в течении данного мен-

струального цикла, а с начала менструации прошло более 5 дней, ей следует воздержаться от половой жизни или использовать дополнительную контрацептивную защиту в течение первых 7 дней после начала приема КОК. Если в качестве дополнительной контрацептивной защиты используется ВМС, рекомендуется удалить ее во время следующей менструации.

- Если имеется аменорея или нерегулярные менструации, женщина может начать прием КОК, следуя рекомендациям начала приема при аменорее.

Прием таблеток

Нужно принимать по одной таблетке ежедневно в одно и то же время пока не закончится упаковка. Посоветуйте женщине продолжить прием всех таблеток упаковки, даже если она не будет иметь половых отношений.

Начало новой упаковки

- Если женщина использует таблетки 28-дневной упаковки, ей следует начать прием таблеток новой упаковки без перерыва, на следующий же день после того, как закончилась предыдущая упаковка.
- Если женщина использует таблетки 21-дневной упаковки, ей следует сделать семидневный перерыв и затем начать новую упаковку.

Если принимать таблетки правильно, клиентка будет начинать каждую новую упаковку в один и тот же день недели.

Пропущенные таблетки

Подчеркните, насколько важно не пропускать прием таблеток. Объясните женщине, что если она пропустит одну или больше гормональных таблеток, у нее возможны мажущие кровянистые выделения или кровотечение «прорыва», и, что более важно, что она подвергает себя большему риску наступления беременности. Наибольший риск возможен, при пропуске приема гормональных таблеток в начале или в конце цикла, так как это увеличивает интервал во время которого гормональные таблетки не использовались. Предоставьте женщине следующие инструкции:

Для таблеток, содержащих 30-35 мкг этинилэстрадиола

- *Если пропущен прием 1 или 2 гормональных таблеток,* нужно принять пропущенную таблетку сразу же как только женщина вспомнит об этом. Следующую таблетку необходимо принять в обычное время; это может означать, что ей придется принять 2 таблетки в один и тот же день и в одно и то же время. Дополнительная контрацептивная защита не требуется.

- *Если пропущено 3 или более гормональных таблеток подряд или женщина начинает упаковку на 3 или больше дней позже,* ей следует принять таблетку не откладывая, а затем продолжать прием ежедневно – по одной таблетке в день. Надо посоветовать использовать также презервативы или воздержаться от секса в течение 7 дней после начала приема гормональных таблеток.
  - Если женщина пропустила прием таблеток третьей недели, ей следует докончить прием активных гормональных таблеток и, вместо приема 7 неактивных таблеток данной упаковки, перейти сразу же на новую упаковку.
  - Если женщина пропустила прием таблеток первой недели и имела незащищенный половой акт, ей следует рассмотреть возможность использования неотложной контрацепции (смотрите главу 10 «Неотложная контрацепция»).

Для таблеток, содержащих 20 или меньше мкг этинилэстрадиола

- *Если пропущена 1 гормональная таблетка,* необходимо следовать тем же инструкциям, что и при пропуске 1 или 2 таблеток, содержащих 30-35 мкг этинилэстрадиола.

  Если пропущено 2 или более гормональных таблеток или клиентка начинает упаковку на 2 или больше дней позже, необходимо следовать тем же инструкциям, что и при пропуске 3 и больше таблеток, содержащих 30-35 мкг этинилэстрадиола

Для таблеток, содержащих 30-35 и 20 или меньше мкг этинилэстрадиола

- *Если пропущен прием 1 или более негормональных таблеток (плацебо),* следует выбросить пропущенную таблетку(-и) и продолжить прием оставшихся таблеток по одной в день. Новую упаковку нужно начать как обычно. Никакая дополнительная контрацептивная защита не требуется.

Если возможно, обеспечьте женщину таблетками, чтобы у нее всегда была запасная упаковка. Полезно предоставление и презервативов на тот случай, если ей потребуется дополнительная защита.

Рвота и диарея

Сильная рвота и/или диарея влияют на эффективность КОК. Если рвота наступает в течение часа после приема активной гормональной таблетки, следует принять еще одну активную таблетку. Если симптомы продолжаются более 24 часов, рекомендуйте использование дополнительного метода защиты до тех пор, пока не пройдет 7 дней без проявления симптомов. Если тяжелая рвота или диарея продолжаются более 2 дней, необходимо следовать тем же процедурам, что и при пропуске таблеток.

Другие препараты

Объясните женщине, что прием определенных лекарств снижает эффективность КОК и поэтому нужно сообщать о приеме любых лекарств ко всем медицинским работникам, к которым она обращается, независимо от причины ее обращения.

Побочные воздействия

Проконсультируйте женщину о возможных побочных воздействиях (смотрите раздел 2.12).

Настораживающие признаки

Объясните клиентке, что нужно обратиться в медицинское учреждение, если возникает подозрение на беременность или при появлении нижеперечисленных настораживающих признаков:

- сильная боль внизу живота;
- сильная боль в области грудной клетки, кашель или одышка;
- сильная головная боль;
- потеря или неясность зрения;
- сильная боль в икроножной мышце или бедре;
- желтуха (желтушность кожных покровов и склер).

Чтобы избежать у женщины чувства тревоги, объясните ей, что серьезные осложнения при использовании КОК крайне редки. Заверьте в том, что использование надежного метода контрацепции является лучшим способом защиты здоровья и предотвращения риска осложнений, связанных с прерыванием нежеланной беременности.

2.10 Последующее наблюдение

Посоветуйте женщине примерно через 3 месяца после начала приема КОК обратиться в клинику или к работнику, предоставляющему услуги на уровне общины для контроля за состоянием здоровья. Порекомендуйте также регулярно, хотя бы раз в год, обращаться для последующего наблюдения.

Назначьте дату следующего визита и сообщите название КОК, который вы предоставили. Если консультирование произошло в клинике, удостоверьтесь в том, что женщина знает название этого медицинского учреждения, его адрес и телефон. Если женщина получила КОК от работника, предоставляющего услуги на уровне общины, необходимо сообщить ей название, адрес и телефон ближайшего медицинского учреждения для обращения в случае возникновения каких-либо проблем. Эту информацию, а также список настораживающих признаков можно записать на карточке или отпечатать в виде буклета на понятном языке, как для женщины, так и для ее ближних (на случай, если они не в состоянии будет прочесть).

Поощряйте вопросы, чтобы разъяснить все, что непонятно, и попросите повторить основные инструкции, чтобы удостовериться в том, что она их поняла.

Последующий уход

Рекомендуется визит в медицинское учреждение или к работнику, предоставляющему услуги на уровне общины через 3 месяца после начала приема КОК, а в последующем – повторные визиты хотя бы раз в год.

Протокол посещения через 3 месяца

- Уточните адрес и контактные данные.
- Оцените удовлетворенность методом.
- Выясните, были ли какие-либо проблемы или побочные эффекты, и, если да, зафиксируйте их в медицинской карточке.
- Если серьезные проблемы или побочные явления выявляются на уровне общины, направьте женщину в соответствующее медицинское учреждение.
- При поступлении в медицинское учреждение обновите медицинский анамнез, измерьте артериальное давление и вес и выполните другие исследования, в соответствии с данными анамнеза.
- При необходимости, проведите соответствующее консультирование и/или лечение.
- Повторите вместе с женщиной инструкции по приему КОК и настораживающие признаки. Затем снабдите ее запасом КОК и проинструктируйте о необходимости ежегодного повторного посещения.
- Поощряйте обращение в клинику или к работнику, предоставляющему услуги на общинном уровне в любое время, в случае возникновения вопросов, жалоб или проблем.

Протокол посещения через год

- Следуйте инструкциям протокола посещения через 3 месяца с обновлением медицинского анамнеза и оценки удовлетворенности методом.
- Предложите воспользоваться имеющимися в медицинском учреждении другими услугами по репродуктивному здоровью, например, скринингом на рак шейки матки.

Длительность использования: здоровые женщины могут использовать КОК в течение многих лет. Нет необходимости в периодическом прерывании их приема.

2.11 Предоставление КОК

Система обеспечения должна быть настолько гибкой, чтобы клиенты могли вовремя получать необходимое количество таблеток.

Важно, чтобы уменьшить до минимума количество обращений за таблетками. При первом обращении, если женщина не просит какое-либо определенное количество упаковок, ей можно выдать таблетки на 3 цикла. При посещении через 3 месяца, если нет никаких проблем, можно предоставить таблетки на 10 циклов. При посещении через год, а затем при каждом последующем ежегодном посещении, если нет никаких проблем или состояний, требующих особого внимания, можно предоставлять годовой запас на 13 циклов. Для некоторых клиенток, однако, удобнее получать таблетки в меньших количествах, например, если у них нет возможности правильного и безопасного хранения большого количества упаковок.

2.12 Побочные явления

Во время приема первых 3 циклов КОК возможны побочные явления, которые обычно вскоре исчезают и не должны быть поводом для прерывания метода, например:

- кровотечение «прорыва»;
- легкая тошнота и/или головокружение;
- чувство напряженности в молочных железах;
- слабые головные боли.

К числу побочных явлений можно отнести также прибавку в весе, задержку жидкости в организме и депрессию.

Если клиентки получают консультирование, они обычно нормально переносят большинство побочных воздействий. В некоторых случаях может потребоваться симптоматическое лечение. Если оно не помогает или если проблема вызывает серьезное беспокойство, рассмотрите возможность прекращения приема КОК и проконсультируйте женщину об альтернативных методах контрацепции.

При приеме КОК возможна *задержка менструации (аменорея)*, что требует исключения беременности (смотрите главу 11 «Диагностика беременности»). Это особенно важно в тех случаях, когда таблетки были пропущены или приняты позже обычного. Если при отсутствии беременности менструации не возобновляются, объясните, что это не представляет никакого риска для здоровья. Можно попробовать перейти на другой тип КОК.

2.13 Организация услуг

Смотрите раздел 4 данной главы.

3 Чистопрогестогеновые таблетки (ЧПТ)

3.1 Определение

Чистопрогестогеновые таблетки (ЧПТ) – это пероральные гормональные контрацептивы, содержащие только прогестоген. Доза прогестогена в ЧПТ меньше, чем в комбинированных эстроген-прогестогеновых таблетках (обычно 10-50%). В зависимости от типа прогестогена их содержание в ЧПТ может варьировать от 30 мкг (например, в таблетках, содержащих левоноргестрел) до 600 мкг (например, в таблетках, содержащих норэстирон).

Наиболее широко используемые ЧПТ содержат левоноргестрел, дезогестрел, норэстирон или линестренол. ЧПТ принимают ежедневно по одной таблетке в одно и то же время, без перерыва, независимо от характера менструаций. Эффективность ЧПТ немного ниже эффективности КОК, особенно когда их принимают молодые женщины. Однако, эффективность ЧПТ и КОК примерно одинакова, когда их принимают женщины в возрасте старше 35 лет.

ПРИМЕЧАНИЕ: на сайте МФПС www.ippf.org в издании *Каталог гормональных контрацептивов* представлена информация обспользуемых в мире торговых названиях и составе оральных контрацептивов.

Механизм действия: как и другие чисто прогестогеновые контрацептивы, ЧПТ имеют 2 механизма действия:

- Основой контрацептивного действия ЧПТ является влияние прогестогена на цервикальную слизь, которая становится вязкой и скудной, затрудняя проникновение сперматозоидов.
- Прогестоген воздействует на гипоталамус и гипофиз и подавляет выброс лютеинизирующего гормона, вызывающего овуляцию. Овуляция подавляется по меньшей мере в половине циклов.

Прогестогены, в зависимости от назначенной дозы, вызывают также гистологические изменения в эндометрии, однако не доказано, что это усиливает их контрацептивное воздействие.

3.2 Показания к применению

Чистопрогестогеновые таблетки следует предоставлять любой

женщине, которая после соответствующего консультирования принимает информированное решение их использовать и не имеет никаких противопоказаний к их применению (состояния, входящие в класс 4 медицинских критериев ВОЗ по приемлемости методов контрацепции).

ЧПТ особенно подходят женщинам, которые хотят использовать оральные гормональные контрацептивы, но имеют какое-то состояние, исключающее использование эстрогенов, например, женщины, кормящие грудью.

3.3 Медицинские критерии приемлемости

ЧПТ не влияют на артериальное давление или факторы свертываемости крови и не оказывают негативного воздействия на метаболизм липидов и функцию печени. Поэтому ЧПТ имеют меньше медицинских ограничений к применению по сравнению с КОК.

Класс 4 (противопоказания)

ЧПТ нельзя использовать при наличии:

- Рака молочной железы, обнаруженного в течение последних 5 лет.

Консультируйте женщин, имеющих противопоказание к использованию как ЧПТ, так и КОК об использовании других методов контрацепции (смотрите также главу 2 «Консультирование»).

Класс 3

В целом, ЧПТ не следует использовать при наличии следующих состояний:

- тромбоз глубоких вен или эмболия легочной артерии (ТГВ/ЭЛА) в настоящее время;
- активный вирусный гепатит;
- доброкачественная или злокачественная опухоль печени;
- тяжелый декомпенсированный цирроз;
- рак молочной железы в анамнезе без проявлений заболевания в течение последних 5 лет;
- кормление грудью, если после родов прошло меньше 6 недель;
- лечение препаратами, влияющими на ферменты печени: рифампицин и некоторые противосудорожные препараты (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин).

При наличии состояния класса 3 объясните женщине потенциальный риск и проконсультируйте об альтернативных методах контрацепции. Если женщина все-таки выбирает ЧПТ, потому что другие контрацептивные методы недоступны или неприемлемы, необходимо особенно подчеркнуть важность тщательного последующего медицинского наблюдения.

Класс 2

ЧПТ обычно можно использовать с соблюдением мер предосторожности при наличии следующих состояний:

- ишемическая болезнь сердца в анамнезе или в настоящее время или инсульт (если эти состояния появились во время приема ЧПТ, они переходят в класс 3);
- гипертензия в анамнезе в тех случаях, когда нет возможности измерить артериальное давление;
- повышенное артериальное давление (систолическое равно или выше 160 или диастолическое равно или выше 100 мм рт. ст.);
- гипертензия с сосудистым заболеванием;
- мигрень с аурой или развитие мигрени без ауры в любом возрасте во время приема ЧПТ (если мигрень развивается во время приема ЧПТ, это состояние переходит в класс 3);
- диабет с осложнениями и без них (гестоз в анамнезе является состоянием класса 1);
- ТГВ/ЭЛА в анамнезе;
- крупная операция с длительной последующей иммобилизацией;
- легкий компенсированный цирроз;
- заболевание желчного пузыря;
- опухоль молочной железы с неуточненным диагнозом;
- внематочная беременность в анамнезе;
- диагностированная гиперлипидемия;
- нерегулярные, обильные или длительные вагинальные кровотечения или недиагносцированные вагинальные кровотечения неясной этиологии, предполагающее серьезное заболевание;
- лечение гризеофульвином;
- антиретровирусная терапия.

При наличии какого-либо из вышеперечисленных состояний проведите тщательный скрининг и соответствующий мониторинг для выяснения насколько преимущества приема ЧПТ превышают их потенциальный риск.

3.4 Особые ситуации

Рекомендации по использованию КОК в случае необычного вагинального кровотечения, взаимодействия препаратов, ИППП и злокачественных опухолей половых органов (см. раздел 2.4) применимы также и к ЧПТ.

Первые три недели после родов

Прием чистопрогестогеновых таблеток можно начать в любое время после родов, если женщина решила не кормить грудью.

Лактация

Гормональные методы не являются контрацептивными методами первого выбора для кормящих грудью женщин. Хотя чистопрогестогеновые контрацептивы не влияют на лактацию, существует опасение, что прием ЧПТ приводит к попаданию в молоко оральных активных прогестогенов, которые вместе с молоком попадают к малышу. Женщинам, кормящим грудью, не следует начинать использование любого прогестогенового метода, пока не пройдет 6 недель после родов, за исключением случаев, когда другие контрацептивы недоступны или неприемлемы. Примерная ежедневная доза прогестогена, получаемая младенцем при использовании чистопрогестогеновых инъекций, намного больше, чем при приеме ЧПТ.

Другие особые ситуации

При отсутствии противопоказаний к применению, ЧПТ могут быть использованы:

- подростками;
- женщинами старше 35 лет;
- женщинами с варикозным расширением вен;
- женщинами с серповидно-клеточным заболеванием.

3.5 Консультирование и информирование

До начала использования ЧПТ, все клиенты должны быть хорошо проконсультированы по выбору и применению этого метода. Поощряйте их задавать все интересующие их вопросы, чтобы разъяснить с самого начала все, что непонятно. (Смотрите также главу 2 «Консультирование».)

Выбор ЧПТ в качестве средства контрацепции

Пожалуйста, просмотрите главу 2 «Консультирование» и раздел 2.5 данной главы. При консультировании по использованию ЧПТ упомяните также нижеследующее:

- В общей сложности, эффективность ЧПТ немного ниже эффективности КОК, особенно при пропуске таблеток.
- При приеме ЧПТ нередко наблюдаются кровотечение «прорыва» и аменорея.
- Если женщина кормит грудью и беспокоится по поводу попадания гормона в грудное молоко, объясните ей, что в настоящее время нет дан-

ных, доказывающих, что содержание гормона в грудном молоке при приеме ЧПТ когда-либо наносило вред ребенку.

Использование ЧПТ

Смотрите раздел 3.8 данной главы.

3.6 Кто может предоставлять ЧПТ

Рекомендации по предоставлению КОК, описанные в разделе 2.6 данной главы, применяются так же и к ЧПТ.

3.7 Оценка состояния здоровья

Целью оценки состояния здоровья женщины является определение приемлемости использования ею данного метода контрацепции. Оценку состояния здоровья также следует рассматривать как возможность предложить другие имеющиеся услуги по половому и репродуктивному здоровью.

Инструкцию по оценке состояния здоровья для использования КОК (см. пункт 2.7) можно использовать для оценки здоровья женщин, которые хотят использовать ЧПТ. Однако, судя по медицинским критериям выбора метода контрацепции, ЧПТ имеют меньше ограничений (сравните разделы 2.3 и 2.4 с разделами 3.3 и 3.4).

3.8 Инструктирование клиентов

Покажите клиентке упаковку таблеток и объясните, как их принимать. Инструкции по приему должны быть ясными и четкими и на понятном женщине языке.

Начало приема

Лучше всего начать прием первого цикла таблеток в течение первых 5 дней менструального кровотечения, предпочтительно в первый день. В этом случае дополнительная контрацептивная защита не требуется. Женщина может начать прием ЧПТ в любой другой день при условии, что она уверена в том, что небеременна. Но если с момента начала менструального кровотечения прошло более 5 дней, ей необходимо воздержаться от секса или использовать дополнительный метод контрацепции в течение последующих 2 дней.

Для женщин с аменореей

- Женщина может начать прием ЧПТ в любой день при условии, что есть уверенность в отсутствии беременности.
- Необходимо воздержаться от секса или использовать дополнительный метод контрацепции в течение последующих 2 дней.

Для женщин в послеродовом периоде

- Если женщина кормит грудью и хочет использовать ЧПТ, она может начать прием по прошествии 6 недель после родов, но не раньше. Если женщина с лактационной аменореей хочет использовать ЧПТ в периоде от 6 недель до 6 месяцев после родов, убедитесь в том, что она небеременна, и предоставьте ей ЧПТ (смотрите главу 11 «Диагностика беременности»).
- Если после родов прошло больше 6 недель и менструация возобновилась, женщина может начать прием ЧПТ, согласно рекомендациям предлагаемым другим менструирующим женщинам.
- Если женщина не кормит грудью, она может начать прием ЧПТ сразу же после родов или в любое другое время послеродового периода в течение первых 6 недель. Если женщина хочет начать прием по прошествии 6 недель после родов, но послеродовые менструации еще не возобновились, исключите возможность беременности до предоставления ей ЧПТ.

Переход на ЧПТ после другого гормонального метода

- Женщина может перейти на прием ЧПТ сразу же, при условии, что она правильно и постоянно использовала предыдущий гормональный метод или существует обоснованная уверенность в том, что она небеременна. Нет необходимости ждать наступления следующей менструации.
- Если женщина использовала инъекционный контрацептив, ей нужно начать прием ЧПТ в день, когда планировалась следующая инъекция. Никакая дополнительная контрацептивная защита не требуется.

Переход на ЧПТ после негормонального метода контрацепции (кроме ВМС)

- Женщина может перейти на прием ЧПТ в течение первых 5 дней с начала менструального кровотечения. Никакая дополнительная контрацептивная защита не требуется.
- Женщина также может начать прием ЧПТ в любое время, если существует обоснованная уверенность в том, что она небеременна. Если с начала менструального кровотечения прошло больше 5 дней, ей следует воздержаться от секса или использовать дополнительную контрацептивную защиту в течение первых 2 дней приема ЧПТ.

Переход на ЧПТ после ВМС (в том числе после гормон-высвобождающей ВМС)

- Женщина может начать прием ЧПТ в течение первых 5 дней с начала менструального кровотечения. Никакая дополнительная контрацептивная защита не требуется. ВМС можно удалить в это же время.
- Женщина может начать прием ЧПТ в любое время, если она уверена в

том, что небеременна.

- Если у женщины были половые контакты в текущем менструальном цикле и с начала менструального кровотечения прошло больше 5 дней, ей рекомендуется удалить ВМС во время следующей менструации.
- Если у женщины не было половых контактов в текущем менструальном цикле и с начала менструального кровотечения прошло больше 5 дней, ей следует воздержаться от секса или использовать дополнительную контрацептивную защиту в течение первых 2 дней приема ЧПТ. Если в качестве дополнительной контрацептивной защиты используется ВМС, которую клиентка использует в настоящее время, рекомендуется удалить ВМС во время следующей менструации.
- Если имеется аменорея или нерегулярные менструации, женщина может начать прием ЧПТ, следуя рекомендациям приема при аменорее.

Прием таблеток

Нужно принимать по одной таблетке в день, в одно и то же время, до тех пор, пока не закончится упаковка. Новую упаковку необходимо начать без перерыва, на следующий же день после того, как закончится предыдущая упаковка. Если принимать таблетки правильно, женщина будет начинать каждую новую упаковку в один и тот же день недели.

Пропущенные таблетки

Подчеркните важность следования режиму приема таблеток – не следует опаздывать с приемом таблетки даже на несколько часов. Проинформируйте, что при пропуске одной или более таблеток, возможны мажущие кровянистые выделения или кровотечение «прорыва» и, что более важно, повысится риск наступления нежелательной беременности. Ей следует возобновить прием таблеток как можно быстрее. Если женщина опоздала с приемом таблетки более чем на 3 часа, посоветуйте ей воздерживаться от половых контактов или использовать барьерный метод контрацепции в течение 48 часов после возобновления приема ЧПТ. Если женщина имела половой акт во время этого незащищенного периода, ей следует рассмотреть необходимость использования неотложной контрацепции (смотрите главу 10 «Неотложная контрацепция»).

Если женщина опоздала с приемом одной или нескольких таблеток на более чем 3 часа, и при этом кормит грудью и имеет лактационную аменорею, она должна принять таблетку как можно быстрее и продолжать прием в обычном режиме. Если прошло менее 6 месяцев после родов, дополнительная контрацептивная защита не требуется.

Другие препараты

Объясните женщине, что прием определенных лекарств снижает

эффективность ЧПТ. В связи с этим, она должна сообщать о приеме любых лекарств всем тем медицинским работникам, которые ее консультируют или предоставляют услуги по планированию семьи, независимо от причины ее обращения.

Побочные воздействия

Расскажите женщине о возможных побочных воздействиях (смотрите раздел 3.10).

Последующее наблюдение

Назначьте дату следующего визита и сообщите женщине название препарата, которые ей предоставили. Если консультирование произошло в клинике, удостоверьтесь в том, что она знает название этого медицинского учреждения, его адрес и телефон. Если женщина получила КОК от работника, предоставляющего услуги на уровне общины, необходимо сообщить ей название, адрес и телефон ближайшего медицинского учреждения для обращения в случае возникновения каких-либо проблем. Эту информацию, а также список настораживающих признаков можно записать на карточке или отпечатать в виде буклета на понятном языке, как для клиентки, так и для ее ближних (на случай, если клиентка не в состоянии будет прочесть).

Посоветуйте женщине обратиться в медицинское учреждение или к работнику, предоставляющему услуги на уровне общины в случае возникновения беспокоящих ее побочных явлений или другой проблемы, связанной с приемом ЧПТ (если такая схема предоставления услуг существует и если это удобнее).

Поощряйте женщину задавать вопросы, чтобы разъяснить все непонятные моменты, и попросите повторить основные инструкции, чтобы убедиться в том, что она их правильно поняла.

3.9 Последующее наблюдение и предоставление ЧПТ

Следуйте тем же инструкциям, которые используются при предоставлении КОК, описанные в разделах 2.10 и 2.11 данной главы.

Длительность применения: когда специальные показания к использованию ЧПТ больше не существуют (например, кормление грудью), следует рассмотреть возможность перехода на КОК, которые являются более эффективным методом контрацепции и лучше контролируют цикл. Тем не менее, если женщина хочет использовать ЧПТ и у нее нет серьезных побочных явлений, она может продолжить использовать ЧПТ столько времени, сколько ей захочется.

3.10 Побочные явления

Наиболее частыми побочными воздействиями являются кровотечение

«прорыва», аменорея, болезненное напряжение молочных желез и головные боли. Если клиенты получают консультирование, они обычно нормально переносят большинство побочных явлений. В некоторых случаях может потребоваться симптоматическое лечение. Если оно не помогает или если проблема вызывает серьезное беспокойство, рассмотрите возможность прекращения приема ЧПТ и проконсультируйте женщину об альтернативных методах контрацепции.

3.11 Организация услуг

Смотрите раздел 4 данной главы.

4 Организация услуг по предоставлению оральных контрацептивов

Программы по половому и репродуктивному здоровью, которые включают в себя предоставление оральных гормональных контрацептивов, могут применять подходы, дополняющие клинические услуги, например, предоставление услуг на уровне общины (ПУО) и социальный маркетинг.

Услуги на уровне общины предоставляются лицам, которые:

- не охвачены медицинскими учреждениями; *или*
- для которых ПУО более приемлемы и удобны.

Медицинские учреждения

- предлагают проживающим в районах обслуживания женщинам комплексные услуги по репродуктивному здоровью; и
- оказывают медицинскую поддержку пунктам, предоставляющим услуги на уровне общины ПУО.

Кроме этого,для распространения некоторых контрацептивов может быть использован третий подход – осуществление социального маркетинга через субсидированные коммерческие каналы.

4.1 Предоставление услуг по планированию семьи на уровне общины

Контрольные листы оценки состояния здоровья (скрининга)

В пунктах, предоставляющих услуги на уровне общины должны быть использованы специальные контрольные листы, позволяющие установить возможные противопоказания к использованию оральных контрацептивов и/или выявить женщин, которых необходимо направить в медицинское учреждение для дальнейшего обследования с целью оценки

состояния здоровья. Образец контрольного листа, используемого при предоставлениии оральных контрацептивов на уровне общины приведен в конце этой главы.

Система направлений

При предоставлении услуги по планированию семьи на уровне общины должна быть налажена система направлений в наиболее удобные и соответствующие нуждам клиентов медицинские учреждения на те случаи, когда нужно провести дальнейшее обследование, или предоставить другой метод контрацепции, например, ВМС или стерилизацию, или когда необходимы другие услуги по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья.

- Это может быть государственная клиника, клиника ассоциации по планированию семьи или другой неправительственной организации. Для эффективности системы направлений, необходимо наладить связь и сотрудничество между вовлеченными учреждениями.
- При назначении оральных контрацептивов нет необходимости в физическом и/или гинекологическом обследовании. Тем не менее, для клинической поддержки нужно наладить связь с медицинскими учреждениями, чтобы в случае необходимости можно было бы это осуществить.
- Если у женщины, получившей оральные контрацептивы от работника, предоставляющего услуги на уровне общины возникает проблема, возможно, связанная с использованием этого метода, ее следует направить в медицинское учреждение, где медицинский работник должен выяснить:
  - Может ли клиентка продолжать использование оральных контрацептивов под наблюдением работника, предоставляющего услуги на уровне общины?
  - Может ли клиентка использовать оральные контрацептивы под наблюдением медицинского учреждения?
  - Есть ли противопоказания к использованию оральных контрацептивов или необходимо рекомендовать альтернативный метод?

Результаты оценки следует сообщить работнику, предоставляющему услуги на уровне общины.

Запас таблеток

При предоставлении услуг на уровне общины следует иметь запасы не более чем двух разновидностей таблеток:

- КОК, содержащих 30-35 мкг эстрогена, которые подходят большинству женщин;
- ЧПТ, главным образом для использования кормящими грудью женщинами.

Обучение

Работники, предоставляющие услуги на уровне общины должны быть обучены по следующим вопросам:

- как предоставлять информацию о всех имеющихся в наличии контрацептивах, чтобы помочь клиентам самим выбрать подходящий метод;
- как проводить обучение и консультирование до использования контрацептивного метода, а также в начале и в процессе его применения;
- как использовать контрольные листы для оценки состояния здоровья (скрининга);
- как на основе контрольных листов выявлять ситуации, требующие направления в медицинское учреждение для дальнейшей оценки;
- как распознать настораживающие признаки осложнений, вызванных приемом таблеток, как объяснить их клиентке и как направить в медицинское учреждение, в случае необходимости;
- как использовать основные регистрационные данные для мэнеджмента предоставления услуг клиентам и оценки программы.

4.2 Клинические услуги

Карточка клиента

Должна быть использована стандартная форма ведения записей, которая нужна для:

- документирования основной информации о клиентах;
- для тщательной и полной оценки сотрудниками клиники, насколько использование гормональных таблеток соответствует медицинским критериям приемлемости метода;
- для регистрации предоставленного контрацептивного метода и других клинических услуг;
- для документирования результатов последующих наблюдений.

Запас таблеток

Медицинское учреждение должно иметь в наличии не более четырех типов КОК:

- 2 или максимум 3 типа низкодозированных таблеток (содержащих 30-35 мкг эстрогена); и
- не более 1 типа высокодозированных таблеток (содержащих 50 мкг эстрогена).

Таблетки, содержащие 50 мкг эстрогена, должны быть использованы только для неотложной контрацепции, а также при редких специфиче-

ских состояниях, требующих назначения высоких доз (например, при взаимодействии препаратов или когда низкодозированные таблетки не обеспечивают достаточный контроль за циклом).

- Всем новым клиентам, которые хотят использовать оральные контрацептивы и которые не имеют к этому противопоказаний, лучше начинать прием с низкодозированных КОК. Необходимо зафиксировать в карточке наличие побочных явлений, которые являются показаниями и причиной замены таблеток.
- Кроме этого, клиника должно **иметь в наличии 1 тип ЧПТ,** главным образом для кормящих грудью женщин.
- Не держите и не используйте КОК, которые содержат более 50 мкг эстрогена.

Обучение

Необходима такая система обучения, которая позволила бы медицинским работникам получать современную информацию и приобретать навыки по всем аспектам предоставления качественных услуг и по практике использования гормональной контрацепции. Обучение должно включать в себя тактику ведения клиентов с побочными явлениями, а также предоставление современной информации о медицинских критериях приемлемости метода и возможному риску использования оральных контрацептивов.

Оборудование

Основным клиническим оборудованием, необходимым для управления услугами по предоставлению оральной контрацепции являются:

- сфигмоманометр (прибор для измерения кровяного давления);
- весы.

Базовое лабораторное оборудование и доступ к лаборатории в медицинском учреждении желательны, но необязательны.

4.3 Предоставление таблеток

При первом обращении, если нет противопаказаний, можно предоставить женщине таблетки на 3 цикла; при посещении через 3 месяца, если нет никаких проблем, можно выдать ей таблетки на 10 циклов. При посещении через год, если нет никаких проблем или противопоказаний, можно предоставлять годовой запас на 13 циклов.

Для некоторых клиенток, однако, удобнее получать таблетки в меньших количествах, например, если у них нет возможности правильного и безопасного хранения большого количества упаковок. Однако, важно свести до минимума количество обращений для получения очередных партий таблеток.

Система обеспечения должна быть настолько гибкой, чтобы клиенты могли бы без затруднений получать при необходимости нужное количество таблеток.

4.4 Хранение, срок годности и поставки

- Для хранения оральных контрацептивов необходимо безопасное, хорошо проветриваемое и сухое помещение, без доступа для насекомых. Упаковки должны быть защищены от солнечного света. Коробки с оральными контрацептивами должны находиться на расстоянии минимум 10 см от пола и 30 см от стен. Укажите на коробках дату поступления на склад и сначала используйте таблетки, поступившие ранее.
- Таблетки необходимо использовать в течение 5 лет после даты производства, указанной на упаковке.
- Необходимо иметь достаточный запас таблеток как для продолжающих прием пользователей, так и для новых клиенток. Необходимый запас можно рассчитать следующим образом:
  - умножьте число ожидаемых продолжающих прием пользователей на 13 циклов; затем умножьте число ожидаемых новых пользователей на 6.5.

Этот расчет основан на предположении, что новые пользователи, в отличии от продолжающих прием женщин, будут начинать прием таблеток в разное время в течение года, а в среднем им потребуется упаковок только на половину циклов.

5 Чистопрогестогеновые инъекционные контрацептивы (ЧПИК)

5.1 Определение

Чистопрогестогеновые инъекционные контрацептивы (ЧПИК) состоят из синтетических стероидных гормонов, имеющих сходство с женским гормоном прогестероном. Инъекционный препарат медленно выделяется из места инъекции мышцы и поступает в кровоток. Одна инъекция обеспечивает женщину безопасной и высокоэффективной контрацептивной защитой на 2 или 3 месяца. Наиболее широко

используются следующие ЧПИК:

- Депомедроксипрогестерон ацетат, или ДМПА: каждая доза составляет 1 мл, содержащий 150 мг ДМПА, и вводится каждые 3 месяца.
- Норэстирона энантат, или НЭТ-ЭН, в каждой 1 мл дозе которого содержится 200 мг НЭТ-ЭН-а. Препарат вводится через каждые 2 месяца.

Механизм действия: так же, как и другие чистопрогестогеновые контрацептивы, ЧПИК имеет 2 механизма действия:

- Влияние прогестогена на цервикальную слизь, которая становится вязкой и скудной. Этим затрудняется проникновение сперматозоидов.
- Прогестоген воздействует на гипоталамус и гипофиз и подавляет выброс лютеинизирующего гормона, вызывающего овуляцию. Овуляция предотвращается по меньшей мере в половине циклов.

В большинстве случаев отмечаются признаки подавления роста эндометрия. Однако это воздействие не влияет на эффективность ЧПИК, потому что изменение цервикальной слизи и отсутствие овуляции предотвращают оплодотворение.

5.2 Показания к применению

ЧПИК следует предоставлять любой женщине, которая после соответствующего консультирования принимает информированное решение их использовать и не имеет никаких противопоказаний к их использованию.

ЧПИК могут особенно подходить женщинам, которые:

- хотят использовать высокоэффективный метод контрацепции;
- кормят грудью;
- которым удобно не хранить дома контрацептивы;
- могут забыть принять таблетку;
- не должны использовать эстроген-содержащие контрацептивы;
- которым могут пойти на пользу для здоровья неконтрацептивные преимущества ЧПИК:
  - *серповидно-клеточная болезнь:* среди женщин, использующих ДМПА, значительно реже наблюдаются кризисы;
  - *анемия:* ЧПИК могут повысить концентрацию гемоглобина, главным образом благодаря снижению потери крови.

5.3 Медицинские критерии приемлемости

Долгое время противопоказания к использованию ЧПИК считались такими же, что и противопоказания к использованию КОК. Однако, ЧПИК не влияют на кровяное давление и факторы свертываемости

крови (и поэтому не представляют риска для развития тромбоза вен). Кроме того, они оказывают незначительный эффект на метаболизм липидов и функцию печени. Поэтому противопоказания к применению ЧПИК можно рассматривать отдельно от КОК.

Класс 4 (противопоказания)

Использование ЧПИК не рекомендуется женщинам, имеющим:

- рак молочной железы, обнаруженный в течение последних 5 лет.

Класс 3

В целом, ЧПИК не следует использовать при наличии следующих состояний:

- имеющийся в настоящее время тромбоз глубоких вен или эмболия легочной артерии (ТГВ/ЭЛА);
- перенесенные в прошлом или имеющиеся в настоящее время ишемическая болезнь сердца или инсульт;
- повышенное артериальное давление (систолическое выше или равно 160 или диастолическое выше или равно 100 мм рт. ст.);
- гипертензия с сосудистым заболеванием;
- сахарный диабет с поражением сосудов (включая нефропатию, ретинопатию или нейропатию) или продолжительностью более 20 лет;
- активный вирусный гепатит;
- тяжелый (декомпенсированный) цирроз.
- доброкачественная или злокачественная опухоль печени;
- рак молочной железы в анамнезе без проявления симптомов заболевания в течение последних 5 лет;
- кормление грудью и если после родов не прошло 6 недель;
- вагинальное кровотечение неясной этиологии, когда диагноз еще не установлен, но предполагается серьезное заболевание.

При наличии любого из состояний класса 3, объясните клиентке потенциальный риск и проконсультируйте ее о других альтернативных методах контрацепции. Если клиентка выбирает ЧПИК, потому что другие контрацептивные методы недоступны или неприемлемы, очень важно, чтобы она знала о необходимости медицинского наблюдения. (Смотрите также главу 2 «Консультирование»).

Класс 2

ЧПИК можно использовать с соблюдением мер предосторожности при наличии следующих состояний:

- повышенное артериальное давление (систолическое 140-159 или диастолическое 90-99 мм рт.ст.);

- гипертензия в анамнезе, когда нет возможности измерить артериальное давление (включая гипертензию во время беременности);
- адекватно контролируемая гипертензия, когда есть возможность измерения артериального давления
- сахарный диабет (если при диабете во время использования ЧПИК развивается сосудистое заболевание, это состояние переходит в класс 3);
- мигрень с аурой или без ауры у женщин любого возраста (если мигрень с аурой появилась во время использования ЧПИК, это состояние переходит в класс 3);
- диагностированная гиперлипидемия;
- тромбоз глубоких вен или эмболия легочной артерии (ТГВ/ЭЛА) в анамнезе;
- обширная хирургическая операция с длительной иммобилизацией;
- легкий компенсированный цирроз;
- заболевание желчного пузыря;
- опухоль молочной железы с неустановленным диагнозом;
- цервикальная интраэпителиальная неоплазия (ЦИН) или рак шейки матки (во время ожидания лечения);
- нерегулярные, обильные или длительные вагинальные кровотечения;
- прием препаратов, влияющих на ферменты печени (например, рифампицин, барбитураты, противосудорожные препараты и др.);
- антиретровирусная терапия.

При наличии какого-либо из вышеперечисленых состояний, необходимо провести тщательный скрининг и соответствующий мониторинг, для того чтобы оценить насколько превышают преимущества использования ЧПИК их потенциальный риск. Тем не менее, если женщина имеет более одного из первых трех вышеперечисленых состояний, которые повышают риск развития артериальных сердечно-сосудистых заболеваний, ее следует рассматривать как подпадающую под класс 3 медицинских критериев выбора.

При предоставлении метода зафиксируйте в медицинской карте женщины особые состояния, требующие мер предосторожности и проконсультируйте женщину о связанных с ними настораживающих признаках.

5.4 Особые ситуации

Лактация

Гормональные методы контрацепции не являются методами первого выбора для кормящих грудью женщин. Хотя чистопрогестогеновые контрацептивы не влияют на лактацию, существует опасение, что прием

ЧПТ приводит к попаданию в молоко оральных активных прогестогенов, которые вместе с молоком попадают к младенцу. Женщинам, кормящим исключительно или почти исключительно грудью, не следует начинать прогестогеновый метод, пока не пройдет 6 недель после родов, за исключением случаев, когда другие контрацептивы недоступны или неприемлемы. Примерная ежедневная доза прогестогена, получаемая младенцем, намного больше при использовании чистопрогестогеновых инъекций, чем при приеме ЧПТ.

Подростки

Преимущества использования чистопрогестогеновой контрацепции особенно важны для подростков. Однако существуют опасения по поводу гипоэстрогенного воздействия ЧПИК на девушек моложе 18 лет из-за возможного изменения массы и плотности костей. При консультировании таких молодых женщин об использовании ЧПИК, следует принимать во внимание любые очевидные факторы риска развития остеопороза, например, хроническая кортикостероидная терапия. *Комбинированные инъекционные контрацептивы, если они доступны, могут быть более подходящими для подростков, чем ЧПИК.*

Женщины в возрасте старше 35 лет

Большинство здоровых женщин старше 35 лет могут использовать ЧПИК без опасений за здоровье. Риск развития сердечно-сосудистого заболевания минимален, если женщина не курит и если нет других факторов риска, таких, как гипертензия или сахарный диабет. Существуют некоторые теоретические опасения по поводу гипоэстрогенного воздействия ДМПА на женщин старше 45 лет из-за возможного влияния на плотность костей.

Взаимодействие препаратов

Препараты, стимулирующие ферменты печени, особенно те, которые применяются при длительном лечении, могут снизить эффективность гормональных контрацептивов. Это рифампицин, гризеофульвин, фенитоин, этосуксимид, карбамазепин, глютетимид, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин и некоторые антиретровирусные агенты. Если клиентка принимает какие-либо из этих препаратов в течение длительного времени, посоветуйте ей использовать дополнительный метод контрацепции, например, презервативы.

Необычное вагинальное кровотечение

Если у женщины наблюдается вагинальное кровотечение, связанное с беременностью или патологическим состоянием, например, со злокачественным заболеванием органов таза, до начала использования ЧПИК необходимо провести обследование. Однако нерегулярные менструации

наблюдаются у многих здоровых женщин, поэтому не исключайте возможность использования ЧПИК при отсутствии оснований для подозрений о наличии патологического состояния. Тем не менее, объясните женщине, что при использовании ЧПИК кровотечение может усилиться, и что если она все-таки решит их использовать, необходимо находиться под тщательным медицинским контролем.

Злокачественные опухоли половых органов

Если у женщин, использующих ЧПИК установлен рак половых органов, они могут продолжить использование до начала терапии. В большинстве случаев, лечение злокачественных заболеваний половых органов приводит к тому, что женщина больше не беременеет. Женщины с успешно вылеченным предраковым заболеванием шейки матки обычно сохраняют способность к деторождению и могут использовать любой метод контрацепции, включая ЧПИК. Лечение хориокарциномы не исключает дальнейшего наступления беременности; во время лечения и последующего наблюдения необходимо избегать беременности, чтобы можно было должным образом контролировать течение заболевания. Если при этом женщина выбирает ЧПИК, то она может их использовать.

Серповидно-клеточная болезнь

Женщины с серповидно-клеточной болезнью могут использовать ЧПИК: кроме контрацептивного воздействия чистопрогестогеновые контрацептивы могут положительно повлиять на течение заболевания.

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП)

Гормональные контрацептивы не защищают от ИППП, включая ВИЧ, и клиентки должны знать об этом. Посоветуйте использование презервативов при любом риске заражения ИППП. При инъекциях, строго соблюдайте правила асептики, чтобы избежать риска заражения инфекциями, включая ВИЧ.

5.5 Консультирование и информирование

До начала использования ЧПИК, все клиенты должны быть хорошо проконсультированы по выбору и применению этого метода. Поощряйте задавать все интересующие их вопросы, чтобы разъяснить с самого начала все, что непонятно. (Смотрите также главу 2 «Консультирование».)

Выбор ЧПИК в качестве средства контрацепции

Подробно обсудите с каждой женщиной на понятном ей языке следующее:

- Преимущества и недостатки ЧПИК, включая эффективность, риск применения и положительное воздействие; возможная задержка возврата фертильности, побочные явления; и стоимость.
- Возможное изменение характера менструаций:
  - *аменорея:* убедите женщину в том, что аменорея является ожидаемым побочным эффектом и что менструации возобновятся и в течение 6 месяцев после прекращения использования ЧПИК;
  - *нерегулярные менструации:* женщины часто отмечают кровотечение прорыва и мажущие кровянистые выделения.
- Альтернативные методы планирования семьи, включая эффективность, риск, преимущества, побочные явления и стоимость.
- *Когда нужно делать инъекции:* когда можно назначить первую инъекцию и с какой регулярностью можно делать последующие инъекции.
- Специфическое название назначенного ЧПИК.

Использование ЧПИК

Смотрите раздел 5.9 данной главы.

5.6 Кто может предоставлять ЧПИК

Инъекционные контрацептивы может назначать любой врач, обученный методам информирования и консультирования клиентов и технике проведения инъекции в соответствии с принятыми инструкциями и практическими установками.

5.7 Оценка состояния здоровья

Цель оценки состояния здоровья женщины заключается в том, чтобы определить приемлемость использования данного метода контрацепции.

Оценку состояния здоровья также следует рассмат-ривать как возможность предложить другие имеющиеся услуги по половому и репродуктивному здоровью.

Инструкцию по оценке состояния здоровья для использования КОК (см. пункт 2.7) можно использовать для оценки здоровья женщин, которые хотят использовать ЧПИК. Однако, судя по медицинским критериям приемлемости метода контрацепции, ЧПИК имеют меньше ограничений (сравните разделы 2.3 и 2.4 с разделами 3.3 и 3.4).

5.8 Предоставление ЧПИК

Первая инъекция

Первую инъекцию следует сделать в течение первых 7 дней менструального цикла. Необходимости в дополнительной контрацептивной

защите нет. Женщина также может получить инъекцию в любое другое время, если есть достаточная уверенность в том, что она небеременна. Однако, если инъекция произведена после первых 7 дней от начала менструации, ей необходимо воздержаться от половой жизни или использовать дополнительную контрацептивную защиту в течение последующих 7 дней.

Для женщин с аменореей

- Женщина может получить первую инъекцию ЧПИК в любой день при условии, что она уверена в том, что небеременна.
- Ей необходимо воздержаться от секса или использовать дополнительный метод контрацепции в течение последующих 7 дней.

Для женщин после родов

- Если женщина кормит грудью и хочет использовать ЧПИК, она может получить первую инъекцию по прошествии 6 недель после родов, но не раньше. Если у женщины лактационная аменорея и она желает использовать ЧПИК спустя 6 недель после родов, сделайте ей первую инъекцию после того как убедитесь в том, что она небеременна (смотрите главу 11 «Диагностика беременности»).
- Если женщина не кормит грудью, она может получить первую инъекцию сразу после родов или в любое другое время в течение первых 6 недель после родов. Если женщина хочет начать использование ЧПИК спустя 6 недель после родов, но послеродовые менструации еще не возобновились, исключите возможность беременности до предоставления ей ЧПИК.

Переход на ЧПИК с другого гормонального метода

- Женщина может сразу же получить первую инъекцию, при условии, что она постоянно и правильно использовала другой гормональный метод или если существует обоснованная уверенность в том,что она небеременна. Нет необходимости ждать наступления следующей менструации.
- Если женщина использовала другой инъекционный контрацептив, ей следует начать использование ЧПИК тогда, когда планировалась следующая инъекция. Никакой дополнительной контрацептивной защиты не требуется.

Переход на ЧПИК с негормонального метода контрацепции (кроме ВМС)

- Женщина может получить первую инъекцию немедленно, если существует обоснованная уверенность в том, что у нее нет беременности. Нет необходимости ждать наступления следующей менструации:

– если женщина получает инъекцию в первые 7 дней менструального кровотечения, дополнительной контрацептивной защиты не требуется;
– если с начала менструального цикла прошло больше 7 дней, женщине необходимо воздержаться от половой жизни и использовать дополнительный контрацептивный метод в течение последующих 7 дней.

Переход на ЧПИК после ВМС (в том числе гормон-высвобождающей ВМС)

- Женщина может получить первую инъекцию в течение первых 7 дней менструального кровотечения. Никакой дополнительной контрацептивной защиты не требуется. ВМС можно удалить в это же время.
- Женщина также может начать использование ЧПИК в любое время, если она уверена, что небеременна.
- Если женщина вела активную сексуальную жизнь в данном цикле и с начала менструального кровотечения прошло больше 7 дней, рекомендуется удалить ВМС во время следующей менструации.
- Если женщина не вела половую жизнь в данном цикле и с начала менструального кровотечения прошло больше 7 дней, ей следует воздержаться от секса или использовать дополнительную контрацептивную защиту в течение последующих 7 дней. Если в качестве дополнительной контрацептивной защиты в настоящее время используется ВМС, рекомендуется удалить ее во время следующей менструации.
- Если у женщины аменорея или нерегулярные менструации, она может перейти на инъекции ЧПИК, следуя рекомендациям о началеа приема для женщин с аменореей.

Повторные инъекции

Повторная инъекция предоставляется следующим образом:

- *ДМПА:* 1 мл (в котором содержится 150 мг гормона) через каждые 3 месяца;
- *НЭТ-ЭН:* 1 мл (в котором содержится 200 мг гормона) через каждые 2 месяца.

Если женщина обращается за инъекцией раньше назначенного срока:

- Повторную инъекцию можно сделать не раньше, чем через 2 недели.

Если женщина обращается за инъекцией позже назначенного срока:

- Повторную инъекцию ДМПА и НЭТ-ЭН можно сделать на 2 недели позже назначенного срока без дополнительной контрацептивной защиты.
- Если женщина опоздала с получением следующей инъекции ДМПА или

НЭТ-ЭН более, чем на 2 недели, она может получить инъекцию при условии, что существует уверенность в отсутствии беременности. Ей необходимо воздержаться от половой жизни или использовать дополнительный контрацептивный метод в течение следующих 7 дней.

- Женщина может рассмотреть возможность использования неотложной контрацепции, если это необходимо (смотрите главу 10 «Неотложная контрацепция»).

Переход с ДМПА на НЭТ-ЭН и наоборот

- Чередование ДМПА и НЭТ-ЭН не рекомендуется.
- Если все-таки есть необходимость в переходе с одного ЧПИК на другой, перейти на другую инъекцию можно в момент получения повторной инъекции.

Получение повторной инъекции ЧПИК, если вид предыдущей инъекции и/или время получения инъекции неизвестно

- Женщина может получить инъекцию, если это необходимо и при условии, что существует уверенность в отсутствии беременности. Ей необходимо воздержаться от половой жизни или использовать дополнительный контрацептивный метод в течение следующих 7 дней.
- Женщина может рассмотреть возможность использования неотложной контрацепции, если это необходимо.

Техника введения инъекции

- Необходимо использовать только стерильные или прошедшие высокий уровень дезинфекции шприцы и иглы. Одноразовые шприцы и иглы нельзя использовать повторно (инструкции по обработке шприцов и игл смотрите в главе 15 «Предупреждение инфекций и контроль», раздел 5.7).
- Хорошо взболтайте флакон (если флакон был охлажден, что обычно делается с НЭТ-ЭН, то сначала согрейте его до комнатной температуры.)
- Осторожно удалите защитную крышку, чтобы не загрязнить пробку.
- Наберите необходимый объем содержимого флакона в стерильный шприц.
- Продезинфицируйте место инъекции.
- Введите стерильный шприц глубоко в ягодицу (верхний внешний квадрат) или дельтовидную мышцу. (Многие медицинские работники предпочитают вводить инъекционные препараты на масляной основе, такие, как НЭТ-ЭН, только в ягодицу, чтобы уменьшить болезнен-

ность инъекций).

- Не массируйте место инъекции.
- Уничтожьте одноразовые шприцы и иглы (смотрите главу 15 «Предупреждение инфекций и контроль», разделы 5.7 и 8.5).

5.9 Инструкции для клиентов

До ввода первой инъекции очень важно, чтобы каждая потенциальная пользовательница понимала следующее:

Повторные инъекции

Регулярные повторные инъекции обязательны для предохранения от нежелательной беременности. Женщина должна получать повторные инъекции через каждые 3 (для ДМПА) или 2 (в случае с НЭТ-ЭН) месяца. Посоветуйте женщине обратиться в клинику немедленно, если она опоздала с получением очередной инъекции.

Побочные явления

Расскажите женщине о возможных побочных воздействиях (см. раздел 5.11).

Возвращение фертильности

У женщин, использующих ЧПИК может наблюдаться отсутствие менструаций после получения последней инъекции и они могут не беременеть в течение нескольких месяцев после прекращения ЧПИК. Однако, в долгосрочной перспективе, использование ЧПИК не сказывается на фертильности.

Настораживающие признаки

Посоветуйте женщине обратиться в медицинское учреждение при подозрении на беременность и при возникновении следующих проблем:

- необычно обильное менструальное кровотечение;
- сильные головные боли;
- неприятные ощущения или другие проблемы на месте инъекции.

Для предупреждения тревоги скажите женщине, что серьезные осложнения крайне редки. Объясните, что благодаря использованию высоконадежного метода контрацепции и предупреждению нежелательной беременности ее здоровье будет защищено.

Последующее наблюдение

Проинформируйте женщину о названии инъекции и о сроке получения следующей инъекции. Эту информацию, а также список настораживающих признаков, адрес и телефон медицинского учреждения можно запи-

сать на карточке или отпечатать в виде буклета на понятном языке, как для женщины, так и для ее ближних (на случай, если клиентка не в состоянии будет прочесть).

5.10 Последующее наблюдение

Протокол предоставления повторной инъекции

Рекомендации для врачей перед предоставлением первой повторной инъекции:

- Подтвердите адрес женщины и как с ней можно связаться.
- Оцените удовлетворенность данным методом контрацеп-ции.
- Выясните, были ли у женщины какие-либо проблемы или побочные эффекты, и, если да, зафиксируйте их в ее медицинской карточке.
- Обновите анамнез, измерьте кровяное давление и вес, выполните любые другие обследования, если они показаны данными анамнеза.
- Предоставьте соответствующее консультирование и/или лечение, если требуется.
- Попросите женщину обращаться в медицинское учреждение в любое время, если возникнут вопросы, жалобы или проблемы.

Протокол посещения через год

- Следуйте инструкциям протокола предоставления повторной инъекции с обновлением медицинского анамнеза и оценки удовлетворенности женщины методом.
- Предложите другие услуги по репродуктивному здоровью, имеющиеся в медицинском учреждении, например, скрининг на рак шейки матки.

5.11 Побочные воздействия

Аменорея

Аменорея является наиболее частым побочным воздействием ЧПИК. Она обычно наступает от третьей инъекции. Если возможность беременности исключена, нет повода для беспокойства. Если для женщины неприемлемо состояние аменореи, прекратите использование ЧПИК и помогите ей выбрать другой метод контрацепции.

Мажущие кровянистые выделения или легкое кровотечение

Мажущие кровянистые выделения или легкое кровотечение (кровотечение «прорыва») возможны, особенно после получения первых 2 инъекций. Эти симптомы в большинстве случаев временны и редко представляют риск для здоровья.

Подробное консультирование женщин, начинающих использовать ЧПИК, уменьшило число женщин, которые прекращают использование метода из-за этих побочных эффектов.

Женщины, которые заранее подробно проинформированы о том, что можно ожидать во время использования ЧПИК, смогут лучше понять и совладать с этими и другими побочными эффектами, а этот метод обычно ассоциируется с высокой степенью удовлетворенности женщин.

Если легкое кровотечение повторяется, необходимо исключить гинекологические проблемы. Если диагностировано ИППП или ВЗОТ, женщина может продолжать использование метода одновременно с лечением. Ее необходимо проконсультировать об использовании презервативов.

Если никакой гинекологической проблемы не было выявлено и женщина предпочитает прекратить использование ЧПИК, помогите ей выбрать другой метод контрацепции.

Обильное или длительное кровотечение (или вдвое обильнее обычной менструации, продолжительностью более 8 дней)

Объясните женщине, что обильное или длительное кровотечение возможно после получения первой инъекции. Тем не менее, если кровотечение продолжается или становится обильнее, необходимо исключить гинекологическую проблему, которая могла вызвать кровотечение.

Если гинекологические проблемы исключены, а кровотечение продолжается, можно попробовать лечение эстрогенами, комбинированными оральными контрацептивами или нестероидными противовоспалительными препаратами.

Для профилактики анемии пересмотрите образ питания женщины и, если необходимо, предоставьте препараты железа. Если лечение не дало результата и проблема становится неприемлемой для женщины или представляет угрозу ее здоровью, необходимо прекратить использование ЧПИК и помочь выбрать альтернативный метод контрацепции.

Другие незначительные побочные воздействия

Это могут быть прибавка веса и слабая головная боль. Эти симптомы неопасны, необходимо заверить женщину в этом и поощрять продолжение использования ЧПИК.

5.12 Организация услуг

Смотрите раздел 7 данной главы.

6 Комбинированные инъекционные контрацептивы (КИК)

6.1 Определение

Комбинированные инъекционные контрацептивы (КИК) содержат эстрогены короткого периода действия и прогестогены длительного действия. Инъекционный препарат медленно выделяется в организм с места введения инъекции в течение 28 дней. Инъекция производится раз в месяц.

В настоящее время имеются в наличии 2 типа препарата со следующим составом:

- 25 мг медроксипрогестерона ацетата/ 5 мг эстрадиола ципионата (*Циклофем, Циклопровера, Люнель и Новафем).*
- 50 мг норэстирона энантата/ 5 мг эстрадиола валерата (*Мезигина* и *Норигинон).*

В некоторых странах имеются другие препараты комбинированных инъекционных контрацептивов; однако имеющиеся данные о безопасности и эффективности их применения недостаточны для того, чтоб их можно было рекомендовать для использования..

Механизм действия: контрацептивный эффект КИК заключается главным образом в подавлении овуляции. КИК также влияют на цервикальную слизь, затрудняя продвижение сперматозоидов. В основном это происходит под влиянием содержащегося в препарате гормона прогестогена. Под влиянием КИК снижается также восприимчивость эндометрия к бластоцисте, однако нет доказательств того, что эти изменения способствует контрацептивному действию.

6.2 Показания к применению

Комбинированные инъекционные контрацептивы следует предоставлять любой женщине, которая после соответствующего консультирования принимает информированное решение применять их и не имеет никаких противопоказаний к их использованию.

КИК подходят следующему контингенту женщин:

- которые хотят использовать высокоэффективный метод контрацепции;
- которым удобно не хранить контрацептивы дома;
- которые имеют проблемы с соблюдением правил приема оральных контрацептивов;
- которые но желают иметь кровотечений или мажущих кровянистых выделений, связанных с приемом ЧПИК и отдают предпочтение инъекционным методам контрацепции.

Несмотря на отсутствие достаточных данных о неконтрацептивных преимуществах КИК, сведения о преимуществах комбинированных оральных контрацептивов, отмеченные в разделе 2.2 данной главы, могут быть приемлемы и для инъекционных контрацептивов.

6.3 Медицинские критерии приемлемости

В связи с недостатком клинических данных по КИК, медицинские критерии допустимости их применения основаны на данных о комбинированных оральных контрацептивах (КОК) и чистопрогес-могеновых инъекционных контрацептивах (ЧПИК).

Класс 4 (противопоказания)

КИК нельзя использовать при наличии следующих состояний:

- кормление грудью и если после родов прошло меньше 6 недель;
- тромбоз глубоких вен или эмболия легочной артерии (ТГВ/ЭЛА) в анамнезе или в настоящее время;
- крупная хирургическая операция с длительной последующей иммобилизацией;
- ишемическая болезнь сердца или инсульт, перенесенные в прошлом или имеющиеся в настоящее время;
- повышенное артериальное давление (систолическое 160 или диастолическое 100 мм ртутного столба);
- гипертензия с сосудистым заболеванием;
- мигрень с аурой;
- рак молочной железы, обнаруженный в последние 5 лет;
- сахарный диабет с сосудистыми осложнениями (включая гипертензию, нефропатию, ретинопатию или нейропатию) или продолжительностью более 20 лет;
- активный вирусный гепатит;
- злокачественная опухоль печени.

Класс 3

В целом, КИК не следует использовать при наличии следующих состояний:

- повышенное артериальное давление (систолическое до 140-159 или диастолическое до 90-99 мм рт.ст);
- гипертензия в анамнезе (если нет возможности измерить артериальное давление) или адекватно контролируемая гипертензия с возможностью измерения артериального давления;
- курение до 15 сигарет в день, если женщина в возрасте 35 лет и старше;
- установленная гиперлипидемия;
- мигрень без ауры, если женщина в возрасте 35 лет и старше (если мигрень появилась во время использования КИК, это состояние переходит в класс 4 – противопоказание);
- кормление грудью, после 6 недель до 6 месяцев после родов;
- ранний послеродовый период (прошло менее 21 дня после родов) у некормящих грудью женщин;
- тяжелый декомпенсированный цирроз;
- доброкачественная опухоль печени.
- рак молочной железы в анамнезе без проявлений заболевания в течение последних 5 лет;
- холестаз в анамнезе, вызванный приемом КОК;
- заболевание желчного пузыря с симптомами;
- лечение препаратами, влияющими на ферменты печени: рифампицин и некоторые противосудорожные препараты (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин).

При наличии состояния класса 3 объясните женщине потенциальный риск и проконсультируйте ее об альтернативных методах. Если она выбирает КИК, потому что другие контрацептивные методы недоступны или неприемлемы, особенно важно, чтобы КИК были предоставлены квалифицированным медицинским работником и женщина находилась бы под медицинским наблюдением. Если у женщины имеется более одного из вышеуказанных первых пяти состояний, повышающих риск развития сердечно-сосудистого заболевания, решение о приеме КИК должно быть основано на клинических данных. В большинстве случаев комбинированные состояния должны рассматриваться как состояние класса 4 (противопоказание).

Класс 2

КИК можно использовать с соблюдением мер предосторожности при наличии следующих состояний:

- курение женщинами в возрасте моложе 35 лет или курение менее 15 сигарет в день женщинами в возрасте 35 лет и старше;
- мигрень без ауры у женщины моложе 35 лет (если мигрень появилась во время использования КИК, это состояние переходит в класс 3);
- сахарный диабет без сосудистых осложнений;
- ожирение с индексом массы тела (ИМТ) => 30 кг/кв.м.;
- повышенное артериальное давление во время предшествующих беременностей (в случаях, когда есть возможность измерить давление и оно в норме);
- тромбофлебит поверхностных вен;
- ТГВ/ЭЛА в семейном анамнезе (у родственников первой степени);
- кормление грудью, если после родов прошло 6 и более месяцев;
- неосложненное сердечно-сосудистое заболевание;
- вагинальное кровотечение неясной этиологии, но предполагающее серьезное заболевание (до установления диагноза);
- легкий (компенсированный) цирроз;
- заболевание желчного пузыря, с симптомами или без симптомов, или холестаз в анамнезе;
- серповидно-клеточная болезнь;
- цервикальная интраэпителиальная неоплазия (ЦИН) или рак шейки матки;
- опухоль молочной железы с неустановленным диагнозом;
- лечение препаратами, влияющими на ферменты печени: рифампицин и некоторые противосудорожные препараты (фенитоин, карбамазапин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин);
- антиретровирусная терапия.

При наличии какого-либо из этих состояний необходим тщательный скрининг и соответствующий мониторинг, которые позволят преимуществам использования КИК перевесить любые потенциальные риски. Тем не менее, если женщина имеет 2 или более состояний из первых 4, указанных выше, которые повышают риск сердечно-сосудистого заболевания, решение о приеме КИК должно быть основано на клинических данных. В большинстве случаев комбинированные состояния должны рассматриваться как состояние класса 3.

При предоставлении метода подробно опишите состояние женщины в ее медицинской карточке и проконсультируйте ее о настораживающих признаках, связанных с ее здоровьем.

6.4 Особые ситуации

Рекомендации по использованию ЧПИК, касающиеся необычных вагинальных кровотечений, взаимодействия препаратов, злокачественных

опухолей половых органов и ИППП, приемлемы и для КИК (смотрите раздел 5.4 данной главы).

Лактация

До настоящего времени нет данных о влиянии КИК на количество и качество грудного молока или длительность лактации. Поэтому использование КИК лучше отложить до окончания 6 месяцев после родов или до тех пор, пока ребенка не отняли от груди, в зависимости от того, какое из этих событий наступит раньше. Если женщина принимает решение начать использование инъекционного контрацептива в период кормления грудью, следует рекомендовать прием ЧПИК.

Подростки

Контрацептивный эффект КИК особенно важен для молодых людей. Показания и противопоказания для данной возрастной группы являются такими же, как и для женщин старшего возраста. Когда возникает беспокойство по поводу возможного гипоэстрогенного эффекта ЧПИК, комбинированный инъекционный контрацептив является более приемлемым вариантом.

Женщины в возрасте старше 35 лет

КИК могут использовать большинство здоровых женщин старше 35 лет. Возможный риск развития сердечно-сосудистого заболевания будет сведен до минимума, если женщина не курит и если нет других факторов риска, таких, как гипертензия или сахарный диабет.

Оперативные вмешательства

Использование КИК следует прекратить примерно за 4 недели до операции, после которой возможна длительная иммобилизация. Использование КИК можно возобновить после 2 недель после того, как женщина начала двигаться. Проконсультируйте об использовании других эффективных методов контрацепции в течение данного периода. При неотложных состояниях хирургу может потребоваться использование антикоагулянтов с профилактической целью. При улучшении состояния более предпочтительно амбулаторное лечение.

Серповидно-клеточная болезнь

Данных по использованию КИК женщинами, имеющими серповидно-клеточную болезнь, в настоящее время нет. Серповидно-клеточная аномалия не является противопоказанием к использованию комбинированных гормональных контрацептивов, но женщины с гомозиготной формой серповидно-клеточной болезни могут быть подвержены повышенному риску развития тромбозов. Для таких женщин методом предпочтения должен быть ЧПИК, а не КИК.

6.5 Консультирование и информирование

До принятия решения об использовании данного метода контрацепции женщины должны быть проконсультированы о выборе и использовании КИК. Поощряйте клиентов задавать все интересующие их вопросы, чтобы с самого начала разъяснить любые неопределенности и недопонимание. (Смотрите также главу 2 «Консультирование».)

Выбор КИК в качестве средства контрацепции

При консультировании подробно обсудите с каждой женщиной на понятном ей языке следующие вопросы:

- *Преимущества и недостатки КИК*, включая их эффективность, риск, преимущества и стоимость. (Заверьте женщину, что нет никаких достоверных данных о том, что КИК может стать причиной рака, уродства плода или бесплодия).
- *Альтернативные методы планирования семьи,* включая информацию об эффективности, рисках и преимуществах, побочных воздействиях и стоимости методов контрацепции.
- *Курение:* напомните курящим женщинам, что курение повышает риск развития серьезных сосудистых нарушений, и посоветуйте всем женщинам, планирующим использовать КИК, бросить курить.
- *Время введения инъекции:* объясните, когда нужно сделать первую инъекцию, когда и как часто нужно обращаться для повторных инъекций.
- *Название КИК,* который будет использован женщиной.

Использование КИК

Смотрите раздел 6.9 данной главы.

6.6 Кто может предоставлять КИК

Исходя из действующих инструкций и практики применения, этот метод контрацепции может предоставлять любой медицинский работник, обученный вопросам информирования и консультирования клиентов и умеющий делать инъекции.

6.7 Оценка состояния здоровья

Цель оценки состояния здоровья заключается в том, чтобы определить приемлемость использования женщиной данного метода контрацепции. Оценку состояния здоровья следует рассматривать также как возможность предложить другие имеющиеся услуги по половому и репродуктивному здоровью.

Инструкции по оценке состояния здоровья перед назначением КОК (см. раздел 2.7) приемлемы и при назначении КИК (сравните разделы 2.3 и 2.4 с разделами 6.3 и 6.4).

6.8 Предоставление КИК

Первая инъекция

Первую инъекцию следует ввести в течение первых 7 дней менструального цикла, предпочтительно в первый день. Женщина может получить инъекцию и в любое другое время, если есть обоснованная уверенность в том, что она небеременна. Однако если инъекция произведена позже, чем в течение первых 7 дней менструального цикла, ей необходимо воздерживаться от половой жизни или использовать дополнительную контрацептивную защиту в последующие 7 дней.

Для женщин с аменореей

- Женщина может получить первую инъекцию в любой день, при условии, что она уверена в том, что небеременна. Ей необходимо воздерживаться от секса или использовать дополнительный метод контрацепции в течение последующих 7 дней.

Для женщин после родов

- Если женщина кормит грудью и хочет использовать инъекционный контрацептив, рекомендуйте использование чистопрогестогенового инъекционного контрацептива. КИК следует использовать не раньше 6 месяцев после родов или после того, как ребенок отнят от груди.
- Если женщина не кормит грудью, она может получить первую инъекцию по прошествии 3-6 недель после родов. Если она желает использовать КИК спустя 6 недель после родов, но послеродовые менструации еще не возобновились, исключите возможность беременности до предоставления ей КИК.

Переход на КИК с другого гормонального метода

- Женщина может получить первую инъекцию без промедления, при условии, что она ранее постоянно и правильно использовала другой гормональный метод, если существует обоснованная уверенность в отсутствии беременности. Нет необходимости ждать наступления следующей менструации.
- Если женщина использовала ранее другой инъекционный контрацептив, ей следует начать применение нового КИК в день, когда планировалась повторная инъекция. Никакой дополнительной контрацептивной защиты не требуется.

Переход на КИК с негормонального метода контрацепции (кроме ВМС)

- Женщина может получить первую инъекцию без промедления, если существует обоснованная уверенность в том, что у нее нет беременности. Нет необходимости ждать наступления следующей менструации.

- Если женщина получает инъекцию в первые 7 дней менструального кровотечения, дополнительной контрацептивной защиты не требуется.
- Если с начала менструального кровотечения прошло больше 7 дней, женщине необходимо воздержаться от половой жизни или использовать дополнительный контрацептивный метод в последующие 7 дней.

Переход на КИК с ВМС (включая гормональную ВМС)

- Женщина может получить первую инъекцию в течение первых 7 дней менструального кровотечения. Никакой дополнительной контрацептивной защиты не требуется. ВМС можно удалить в это же время.
- Женщина также может начать использование КИК в любое другое время, если есть обоснованная уверенность в том, что она небеременна.
  - если во время данного менструального цикла женщина вела активную половую жизнь и с начала менструации прошло больше 7 дней, рекомендуется удалить ВМС во время следующей менструации.
  - если женщина во время данного менструального цикла не жила половой жизнью и с начала менструации прошло больше 7 дней, ей следует воздержаться от секса или использовать дополнительную контрацептивную защиту в течение последующих 7 дней. Если в качестве дополнительной контрацептивной защиты используется ВМС, которую женщина использует в настоящее время, рекомендуется удалить ВМС во время следующей менструации.
- Женщины с аменореей или нерегулярными менструациями могут начать использование КИК, следуя рекомендациям начала использования при аменорее.

Повторные инъекции

Интервал между инъекциями

- Инъекции нужно повторять через каждые 4 недели (примерно раз в месяц) следующим образом:

Если женщина обращается за инъекцией раньше назначенного срока:

- Если женщина не может придерживаться стандартного 4-недельного интервала между инъекциями, повторную инъекцию можно сделать до 7 дней раньше запланированного срока, но при этом возможны нарушения менструального цикла.

Если женщина обращается за инъекцией позже назначенного срока:

- Повторную инъекцию можно сделать до 7 дней позже запланированного срока без дополнительной контрацептивной защиты.

- Если женщина опоздала с получением следующей инъекции больше, чем на 7 дней, она может получить инъекцию при условии, что существует обоснованная уверенность в отсутствии беременности. Ей необходимо воздержаться от сексуальной жизни или использовать дополнительный контрацептивный метод в последующие 7 дней.
- Женщина может рассмотреть возможность использования неотложной контрацепции, если имел место незащищенный половой акт (смотрите главу 10 «Неотложная контрацепция»).

Техника введения инъекции

Техника введения КИК такая же, как и при введении ЧПИК (смотрите раздел 5.8).

6.9 Инструкции для клиентов

До ввода первой инъекции очень важно, чтобы каждая потенциальная пользовательница понимала следующее:

Повторные инъекции

Регулярные повторные инъекции обязательны для предохранения от нежелательной беременности. Женщина должна получать инъекцию каждые 4 недели (примерно раз в месяц). Посоветуйте ей обратиться в медицинское учреждение немедленно, если она опоздала с получением очередной инъекции.

Побочные воздействия

Расскажите женщине о возможных побочных явлениях (см. раздел 6.11).

Возвращение фертильности

Задержка восстановления фертильности после получения последней инъекции КИК несущественная.

Настораживающие признаки

Посоветуйте женщине проконсультироваться или обратиться в медицинское учреждение при подозрении на беременность или при возникновении какой-либо из перечисленных проблем:

- сильная боль внизу живота;
- сильная боль в области грудной клетки, кашель или одышка;
- сильная головная боль;
- потеря или неясность зрения;
- сильная боль в икроножной мышце или бедре;
- желтуха (желтушность кожных покровов и склер);
- необычное обильное кровотечение;
- неприятные ощущения или другие проблемы на месте инъекции.

Для предупреждения тревоги у женщины скажите ей, что серьезные осложнения крайне редки. Объясните, что использование высоконадежного метода контрацепции позволит ей избежать наступления нежелательной беременности и связанного с этим риска для здоровья.

Последующее наблюдение

Проинформируйте женщину о названии инъекционного препарата и о сроке получения следующей инъекции. Эту информацию, а также список настораживающих признаков, название, адрес и телефон медицинского учреждения можно записать на карточке или отпечатать в виде буклета на понятном языке, как для женщины, так и для ее ближних (на случай, если она не в состоянии будет прочесть).

6.10 Последующее наблюдение

Протоколы предоставления повторной инъекции и посещения через год при использовании КИК такие же, как и при предоставлении ЧПИК (см. раздел 5.10).

6.11 Побочные воздействия

- Изменения менструального цикла менее редки, чем при использовании ЧПИК. Первый менструальный цикл обычно короткий, от 10 до 20 дней с последующими кровотечениями раз в месяц. У 30% женщин возможны нерегулярные менструации в течение первых 3 месяцев, но к концу первого года использования большинство пользователей КИК отмечают нормальный характер менструального цикла.
- Аменорея крайне редка.
- Могут иметь место и другие незначительные побочные явления, такие как повышение веса, слабые головные боли и головокружение. Заверьте женщину в том, что эти симптомы неопасны, посоветуйте правильно питаться и выполнять физические упражнения.

6.12 Организация услуг

Смотрите раздел 7.

7 Услуги по предоставлению инъекционных контрацептивов

Анкета

Должна быть использована стандартная форма ведения записей, которая нужна:

- для документирования основной информации о клиентах;

- в качестве путеводителя, представляющего медицинским работникам информацию для точной и полной оценки противопоказаний и состояний, требующих особого внимания при назначении инъекционных контрацептивов;
- для регистрации предоставленного метода и других услуг по СРЗ и ПС;
- для регистрации услугпри последующих наблюдениях.

Запас инъекционных контрацептивов

Если в рамках одной и той же программы по сексуальному и репродуктивному здоровью/ планированию семьи хранятся и используются разные формы инъекционных контрацептивов, не исключены проблемы и ошибки. Поэтому лучше выбрать только один чистопрогестогеновый инъекционный препарат и придерживаться только его назначения, для того, чтоб четко знать какая формулировка препарата используется в данной местности. Эти же рекомендации приемлемы и для комбинированных инъекционных контрацептивов.

Иглы и шприцы

- В медицинском учреждении должен быть адекватный запас игл и шприцов, в частности 2мл или 5 мл шприцов и игл для внутримышечных инъекций.
- Удобнее использовать одноразовые шприцы, если они имеются.
- Одноразовые шприцы **нельзя** использовать повторно - после использования их необходимо соответствующим образом ликвидировать (см. главу 15, раздел 8.5).
- Если постоянное обеспечение одноразовыми шприцами не является возможным, можно использовать обычные шприцы и иглы, *при условии* правильного обеззараживания, стерилизации или дезинфекции методом кипячения до использования в очередной раз (см. главу 15, раздел 5.7).

Хранение и срок годности

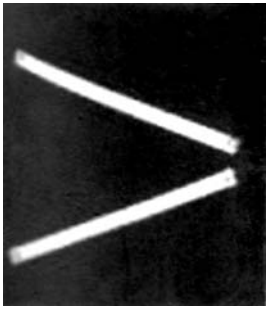
- Используйте только флаконы с одной дозой.
- Инъекционные контрацептивы не нужно хранить в холодильнике.
- Следуйте инструкциям производителя о сроках и условиях хранения.
- Исследуйте состояние жидкости во всех флаконах, а также сроки годности.

Обучение

Медицинские работники, которые предоставляют инъекционную контрацепцию, должны быть обучены всем аспектам предоставления этих

услуг, а также тому, как информировать и консультировать клиентов. Все работники должны знать технику процедуры для обеспечения безопасности инъекций. В тех случаях, когда имеются оба типа инъекционных контрацептивов, медицинские работники должны хорошо знать разницу между ЧПИК и КИК.

8 Подкожные имплянты



8.1 Определение

Чистопрогестогеновые имплянты помещаются под кожу и ежедневно высвобождают с регулируемой интенсивностью незначительные дозы прогестогена, чем и обеспечивается их контрацептивный эффект.

В настоящее время запатентованы следующие имплянты: *Норплант*, состоящий из шести капсул, *Жадель,* состоящий из двух стержней, и *Импланон,* состоящий из одной капсулы.

Система *Норплант* является высокоэффективным обратимым низкодозированным чистопрогестогеновым контрацептивом длительного действия. Система состоит из 6 тонких мягких силастиковых капсул, сделанных из силиконовой резины. Диаметр капсулы - 2.4 мм, длина - 34 мм. В каждой капсуле содержится 36 мг левоноргестрела. Система *Норплант* выделяет примерно 30 мкг левонорегстрела в день и ее эффективность длится 7 лет (если вес женщины не превышает 70 кг).

Жадель состоит из двух силастиковых стержней, которые выделяют левоноргестрел. Его эффективность сохраняется до 5 лет. Каждый стержень *Жадели* содержит 75 мг левоноргестрела. Длина его - 43 мм, диаметр -2.5 мм.

Импланон – это единичная капсула, выделяющая этоногестрел и эффективная в течение 3 лет. Длина капсулы - 40 мм, диаметр - 2 мм. Капсула *Импланон* содержит 68 мг этоногестрела.

Имплянты вводятся под кожу в плечо или предплечье путем небольшой хирургической процедуры под местной анестезией. После введения имплянты едва видимы, но их можно пропальпировать.

Контрацептивный эффект достигается медленным равномерным выделением прогестогена в кровь через *силастиковую* мембрану.

Импланты начинают действовать в течение 24 часов после введения. Действие *Норпланта* длится приблизительно 7 лет, *Жаделя* - 5 лет, *Импланона* - 3 года. Фертильность возвращается почти сразу же после удаления имплантов.

Механизм действия: как и другие чистопрогестогеновые контрацептивы, импланты имеют 2 механизма действия:

- Основным механизмом контрацептивного действия является влияние прогестогена на цервикальную слизь. Слизь становится вязкой и скудной, что затрудняет проникновение сперматозоидов.
- Прогестоген воздействует на гипоталамус и гипофиз и подавляет выброс лютеинизирующего гормона, вызывающего овуляцию. Овуляция не происходит по меньшей мере в половине циклов.
- В большинстве случаев отмечаются признаки подавления роста эндометрия. Однако, этот эффект не играет столь существенной роли в действии прогестогеновых имплантов, потому что изменения цервикальной слизи и отсутствие овуляции уже предотвращают оплодотворение.

8.2 Показания к применению

Чистопрогестогеновые импланты, если они доступны, следует предоставлять любой женщине, которая после соответствующего консультирования принимает информированное решение их использовать, но при отсутствии противопоказаний.

Чистопрогестогеновые импланты являются подходящим методом для большинства женщин репродуктивного возраста, но они больше подходят женщинам, которые:

- хотят использовать высокоэффективный метод контрацепции;
- хотят использовать долгосрочный контрацептивный метод;
- хотят использовать метод, не связанный с половым актом;
- предпочитают метод, который не нужно использовать каждый день и который не требует частого пополнения запасов;
- уже имеют столько детей, сколько хотели иметь, но не желают использовать стерилизацию;
- рассматривают возможность стерилизации, но не готовы принять окончательное решение;
- не могут использовать эстрогенсодержащие контрацептивы;
- забывают вовремя принимать таблетки.

8.3 Медицинские критерии приемлемости

Обычно противопоказания к использованию чистопрогестогеновых контрацептивов считались такими же, как к использованию КОК. Однако, чистопрогестогеновые импланты не влияют на кровяное давление или факторы свертываемости крови (и, следовательно, не представляют риска развития тромбоза вен), оказывают незначительное воздействие на метаболизм жиров и функцию печени. Таким образом, противопоказания к использованию чистопрогестогеновых имплантов можно рассматривать независимо от противопоказаний к приему КОК.

Класс 4 (противопоказания)

Чистопрогестогеновые импланты нельзя использовать при наличии:

- Рака молочной железы в течение последних 5 лет.

Класс 3

Не рекомендуйте и не предоставляйте чистопрогестогеновые импланты при следующих состояниях:

- признаки тромбоза глубоких вен или эмболии легочной артерии (ТГВ/ЭЛА);
- активный вирусный гепатит;
- тяжелый декомпенсированный цирроз;
- доброкачественная или злокачественная опухоль печени;
- рак молочной железы в анамнезе, протекающий без симптомов в течение последних 5 лет;
- кормление грудью и если после родов прошло меньше 6 недель;
- необычное вагинальное кровотечение неясной этиологии, предполагающее серьезное заболевание;
- лечение препаратами, влияющими на ферменты печени: рифампицин и некоторые противосудорожные препараты (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин).

При наличии состояния класса 3 объясните женщине потенциальный риск и проконсультируйте ее об альтернативных методах контрацепции. Если она выбирает чистопрогестогеновые импланты, потому что другие контрацептивные методы недоступны или неприемлемы, очень важно, чтобы метод был предоставлен квалифицированным медицинским работником и женщина находилась бы под медицинским наблюдением (также смотрите главу 2 «Консультирование»).

Класс 2

Чистопрогестогеновые импланты можно использовать с соблюдением мер предосторожности при наличии следующих состояний:

- повышенное кровяное давление (систолическое равно или выше 160 или диастолическое равно или выше 100 мм рт. ст.);
- гипертензия в анамнезе в случаях, когда нет возможности измерить артериальное давление;
- гипертензия с сосудистым заболеванием;
- ишемическая болезнь сердца или инсульт, в настоящее время и в прошлом;
- диабет с осложнениями и без осложнений (гестоз в анамнезе является состоянием класса 1);
- мигрень с аурой или без ауры (если мигрень с аурой развивается во время использования имплантов, это состояние переходит в класс 3);
- диагностированная гиперлипидемия;
- тромбоз глубоких вен или эмболия легочной артерии (ТГВ/ЭЛА) в анамнезе;
- обширная операция с длительной последующей иммобилизацией;
- нерегулярные и необильные вагинальные кровотечения, а также обильные или длительные кровотечения (включая как регулярные, так и нерегулярные);
- легкий компенсированный цирроз;
- заболевание желчного пузыря;
- опухоль молочной железы с неустановленным диагнозом;
- цервикальная интраэпителиальная неоплазия (ЦИН);
- рак шейки матки (в периоде ожидании лечения);
- лечение гризеофульвином;
- антиретровирусная терапия.

При наличии какого-либо из этих состояний тщательный скрининг и соответствующий мониторинг позволят выяснить насколько преимущества использования имплантa превышают их любой потенциальный риск. Тем не менее, если женщина имеет более одного из вышеуказанных первых пяти состояний, повышающих риск развития сердечно-сосудистого заболевания, их следует рассматривать как состояния класса 3 медицинских критериев выбора метода. Если женщина выбирает имплант, потому что другие контрацептивные методы недоступны или неприемлемы, особенно важно посоветовать ей находиться под строгим медицинским наблюдением.

При предоставлении метода зафиксируйте специфические состояния женщины в ее медицинской карточке и расскажите ей о связанных с этими состояниями настораживающих признаках.

8.4 Особые ситуации

Рекомендации, касающиеся особых ситуаций, описанных в разделе по

чистопрогестогеновым инъекционным контрацептивам, приемлемы также к чистопрогестогеновым имплантам (см. раздел 5.4 данной главы).

8.5 Консультирование и информирование

Все клиенты должны быть хорошо проконсультированы о выборе и использовании данного метода контрацепции. Побуждайте их задавать вопросы, чтобы разъяснить все непонятные моменты с самого начала. (Смотрите также главу 2 «Консультирование».)

Перед выбором подкожных имплантов в качестве средства контрацепции обсудите с женщиной на понятном ей языке следующие моменты:

- Физические характеристики имплантов, каким образом и куда они вводятся, как они ощущаются под кожей.
- Преимущества и недостатки имплантов, включая эффективность, длительность предохраняющего воздействия, потенциальный риск, положительное воздействие, возможные побочные явления (в частности, нарушения менструального цикла), как осуществляется процедура введения и удаления имплантов, а также их стоимость.
- Когда следует удалить имплант.
- Важность последующих визитов.
- После того, как женщина решает использовать имплант в качестве метода контрацепции, перед тем как начать его введение убедитесь в том, что она поняла следующие моменты:
  - возможные изменения характера менструальных кровотечений и тот факт, что со временем они становятся более скудными;
  - побочные воздействия и осложнения, требующие наблюдения;
  - важность удаления импланта, после того, как срок его эффективности закончился (7 лет для *Норпланта*, 5 лет для *Жаделя*, 3 года для *Имплaнона*);
- Альтернативные методы планирования семьи, включая информацию о соответствующей эффективности, риске, преимуществах, побочных воздействиях и стоимости.

Использование подкожных имплантов

См. раздел 8.9 данной главы

8.6 Кто может предоставлять подкожные импланты

В зависимости от действующих инструкций и практики, метод могут предоставлять медицинские сестры, акушерки и другие медицинские работники, обученные навыкам консультирования, процедурам введения и удаления имплантов.

8.7 Оценка состояния здоровья

Цель оценки состояния здоровья заключается в том, чтобы определить приемлемость использования женщиной данного метода контрацепции. Оценку состояния здоровья также следует рассматривать как возможность предложить клиентам другие имеющиеся услуги по сексуальному и репродуктивному здоровью.

Инструкции по оценке состояния здоровья женщин для применения КОК (см. раздел 2.7) в общей сложности приемлемы и для оценки здоровья женщин, желающих использовать импланты. Однако, противопоказания и состояния, требующие особого внимания при использования подкожных имплантов, не являются такими же, как для КОК (сравните разделы 2.3 и 2.4 с разделами 8.3 и 8.4).

8.8 Выбор импланта

Легче вводить и удалять два новейших импланта *Жадель* и *Импланон,* чем *Норплант*. При обновлении запасов подкожных имплантов руководителям медицинских учреждений советуется заменить *Норплант Жаделем* или *Имплаионом*. Выбор импланта может зависеть от ряда факторов, но в основном от их наличия и цены.

8.9 Введение и удаление

Введение

Введите подкожный имплант в течение первых 7 дней менструального цикла. Дополнительной контрацептивной защиты не требуется. Имплант можно ввести в любое другое время, если существует обоснованная уверенность в отсутствии беременности. Если с начала менструального кровотечения прошло больше 7 дней, клиентам нужно воздержаться от активной половой жизни или использовать дополнительный контрацептивный метод в последующие 7 дней.

Для женщин с аменореей

- Имплант можно ввести в любой день при уверенности в отсутствии беременности. В таком случае необходимо воздержаться от секса или использовать дополнительный метод контрацепции в течение последующих 7 дней.

Для женщин после родов

- Если женщина кормит грудью и хочет использовать чистопрогестогеновый подкожный имплант, его можно ввести не ранее 6 недель после родов. Если же женщина находится в периоде от 6 недель до 6 месяцев после родов и у нее еще не возобновились менструации, имплант можно ввести в любое время. Если ребенок находится на

исключительном или почти исключительном грудном вскармливании, дополнительной контрацептивной защиты не требуется.

- Если женщина не кормит грудью, ей можно ввести имплант как только она этого захочет или в любое другое время в течение первых 6 недель после родов. Если она хочет начать использовать имплант спустя 6 недель после родов, но послеродовые менструации еще не возобновились, до введения импланта исключите возможность беременности (см. главу 11 «Диагностика беременности»).

Переход на имплант после использования другого гормонального метода

- Имплант может быть введен сразу же, как только женщина этого захочет, но при условии, что она постоянно и правильно использовала предыдущий гормональный метод, и что есть основания полагать, что она небеременна. Нет необходимости ждать наступления очередной менструации.
- Если женщина использовала инъекционный контрацептив, имплант может быть введен в день, когда была запланирована следующая инъекция. Дополнительной контрацептивной защиты не требуется.

Переход на имплант с негормонального метода контрацепции (кроме ВМС)

- Имплант может быть введен сразу же, как только женщина этого захочет, если есть обоснованная уверенность в отсутствии беременности. Нет необходимости ждать наступления очередной менструации:
  - Если женщина находится в периоде первых 7 дней менструального цикла, дополнительной контрацептивной защиты не требуется;
  - Если с начала менструации прошло более 7 дней, женщине необходимо воздержаться от половой жизни или использовать дополнительный контрацептивный метод в последующие 7 дней.

Переход на имплант с ВМС (включая гормональную ВМС)

- Имплант может быть введен в течение первых 7 дней менструального цикла. Никакой дополнительной контрацептивной защиты не требуется. ВМС можно удалить в это же время.
- Имплант также можно ввести в любое другое время, если есть обоснованная уверенность в отсутствии беременности.
  - если женщина в течение данного цикла вела активную половую жизнь в текущеме и с начала менструации прошло более 7 дней, во время следующей менструации рекомендуется удалить ВМС.
  - если женщина в течение данного цикла не имела половых сношений

и с начала менструации прошло более 7 дней, ей следует воздержаться от секса или использовать дополнительную контрацептивную защиту в последующие 7 дней. Если в качестве дополнительной контрацептивной защиты используется ВМС, рекомендуется удалить ее только во время следующей менструации.

- Если у женщины аменорея или нерегулярные менструации, она может начать использовать имплант.

Основные принципы введения и удаления импланта

- Введение и удаление имплантов должны проводиться только специально обученными медицинскими работниками.
- Точное соблюдение инструкции по технике введения имплантов чрезвычайно важно. Это облегчает также процедуру удаления.
- Процедуры введения и удаления должны выполняться только в хорошо оснащенном клиническом учреждении.
- Необходимо строго следовать правилам соблюдения стерильности.
- До и во время введения импланта объясняйте женщине, что будет происходить во время процедуры и поощряйте ее задавать вопросы. Объясните, что во время выполнения некоторых шагов данной процедуры она может испытать определенный дискомфорт.

Показания к удалению импланта

- *Просьба женщины:* если она обращается с твердым намерением удалить имплант, сделайте это без ненужной задержки,.
- *Беременность:* удалите имплант сразу же, как только подтвердится наличие беременности.
- *Медицинские показания:*
  - обильное менструальное кровотечение;
  - повторяющиеся сильные головные боли или впервые возникшая головная боль, напоминающая мигрень;
  - симптомы острого заболевания печени;
  - серьезная инфекция на месте введения импланта, не поддающаяся лечению антибиотиками и/или местными мерами.
- *По прошествии 7/5/3 лет после введения:* если женщина хочет продолжить использование метода, можно удалить старый имплант и ввести новый.

8.10 Инструкции для клиентов

Проинструктируйте клиентов на понятном им языке.

Инструктирование после введения имплантa

- После того, как действие местной анестезии прекратилось, женщина может испытать некоторый дискомфорт. В течение 1-2 дней возможна припухлость на месте введения имплантa.
- Место введения должно быть сухим в течение 3 дней.
- Марлю необходимо удалить по истечении трех дней после введения имплантa, а повязку – на пятый день.
- Контрацептивный эффект имплантa начинается вскоре после введения капсул, поэтому половую жизнь можно возобновить через день после процедуры.

Побочные воздействия

- Проконсультируйте женщину о возможных побочных явлениях (см. раздел 8.12).

Настораживающие признаки

Посоветуйте немедленно обратиться в медицинское учреждение при возникновении любых из перечисленных ниже проблем:

- Боль, нагноение или кровотечение на месте введения имплантa.
- Экспульсия имплантa.
- Необычно обильное вагинальное кровотечение.
- Отсутствие менструального кровотечения в течение 6 недель после предыдущей менструации.
- Сильная боль внизу живота или в области таза.
- Не наблюдавшаяся ранее или очень сильная головная боль.
- Желтушность кожных покровов или склер.
- Одышка или сильная боль в груди.

Для предупреждения тревоги скажите женщине, что серьезные осложнения крайне редки. Объясните, что использование высоконадежного метода контрацепции позволит ей избежать наступления нежелательной беременности и связанного с этим риска для здоровья.

Последующее наблюдение

Назначьте дату последующего посещения (в течение месяца после введения). Объясните, что имплант необходимо удалить по прошествии 7/5/3 лет и укажите месяц и год, когда нужно произвести процедуру удаления. Также подчеркните важность обращения за процедурой удаления в то же самое медицинское учреждение, где был введен имплант, но, если это невозможно, в медицинское учреждение, где есть обученный технике удаления имплантa персонал. Эту информацию, а также список настораживающих признаков, название, адрес и телефон медицинского учреждения можно записать на карточке или отпечатать

в виде буклета на понятном языке, как для женщины, так и для ее ближних (на случай, если она не в состоянии будет прочесть).

Удаление

Если у женщины возникли проблемы с подкожным имплантантом или если она просто решила его удалить, она должна вернуться в медицинское учреждение, которое предоставляет услуги по удалению имплантов со стороны обученного персонала.

8.11 Последующее наблюдение

Женщину необходимо осмотреть спустя месяц после введения имплантa, главным образом для того, чтобы осмотреть место введения и обсудить любые возникшие вопросы или проблемы. После этого необходимо проводить осматр по меньшей мере раз в год. Женщине надо предоставить возможность обращения в наиболее удобное для нее медицинское учреждение, имеющее персонал, обученный методам предоставления услуг по введению и удалению имплантов.

Протокол посещения через год

- Уточните адрес женщины и ее контактные данные.
- Оцените удовлетворенность выбранным методом.

Выясните, были ли какие-либо проблемы или побочные явления, и, если да, зафиксируйте их в ее медицинской карточке. Обновите анамнез.

- Проведите осмотр, включая следующее:
  - измерение кровяного давления;
  - обследование молочных желез (с предоставлением инструкции по проведению самостоятельного обследования);
  - бимануальный осмотр и взятие мазка из шейки матки, если это необходимо и есть условия.
- При необходимости предоставьте соответствующее консультирование и/или лечение.
- Повторите вместе с женщиной настораживающие признаки и инструкции, предоставленные ей во время предыдущего визита. Напомните о необходимости удаления импланта. Если используется *Норплант* - по прошествии 7 лет, если *Жадель* - через 5 лет, если *Импланон* - через 3 года. Скажите, что для удаления импланта ей необходимо обратиться в ту же самую клинику или в любое другое компетентное медицинское учреждение (соответственно, предоставьте информацию о таком медицинском учреждении). Проинструктируйте о необходимости ежегодного повторного посещения для осмотра.
- Поощряйте обращаться в медицинское учреждение в любое время, если возникнут вопросы, жалобы или проблемы.

8.12 Побочные воздействия

- Наиболее часто встречающимся побочным воздействием является нарушение менструального цикла, включая длительные менструации, мажущие кровянистые выделения между менструациями или аменорею. В общей сложности, общая месячная потеря крови меньше, чем при обычном менструальном цикле, но у некоторых женщин наблюдаются обильные кровотечения.
- Часто, особенно в течение первого года использования, наблюдаются изменения характера менструальных кровотечений: появляются кровотечения «прорыва» и мажущие кровянистые выделения. Эти побочные явления в большинстве случаев временны и очень редко представляют риск для здоровья. Подробное консультирование перед введением подкожных имплантов уменьшает число женщин, которые прекращают использование метода из-за этих побочных явлений. Женщины, которые были заранее проинформированы о том, что можно ожидать во время использования импланта, лучше понимают и справляются с этими и другими побочными явлениями, так что метод обычно ассоциируется с высокой степенью удовлетворенности клиентов. Если же проблема продолжает иметь место или кровотечение становится очень обильным, необходимо исключить гинекологические проблемы. Если диагностировано ИППП или ВЗОТ, женщина может продолжать использование метода одновременно с лечением. При этом ей можно порекомендовать использование презервативов. Если никакой гинекологической проблемы не было выявлено, можно порекомендовать лечение этинилэстрадиолом, низкодозированными комбинированными оральными контрацептивами или нестероидными противовоспалительными препаратами. Если лечение оказалось неэффективным и проблема начинает представлять угрозу здоровью женщины или становится непереносимой, следует прекратить использование импланта. Помогите выбрать другой метод контрацепции.
- Головная боль является второй наиболее частой жалобой женщин. Менее частыми побочными эффектами являются нервозность, тошнота, головокружение, прибавка в весе и угревая сыпь.
- Если какая-либо из капсул выпала (что очень редко случается), необходимо заменить выпавшую капсулу новой, как только заживет место выпадения. Между тем предоставьте женщине дополнительный метод контрацепции.

8.13 Организация услуг

Предоставление чистопрогестогеновых подкожных имплантов требует особого внимания руководителей программ, главным образом потому, что этот метод предполагает проведение хирургической процеду-

ры, требует длительного последующего наблюдения и облегченного доступа к медицинским учреждениям, готовым оказать услуги по удалению импланта. Для организации услуг по сексуальному и репродуктивному здоровью/планированию семьи, необходимо следовательно создать:

- тщательно разработанную систему информации, образования и коммуникации;
- соответствующее клиническое помещение;
- центры для трейнинга;
- соответствующую систему документирования информации и последующего наблюдения клиентов.

Ведение записей и последующее наблюдение

Необходима иметь систему документирования информации о клиентах, которая обеспечивает постоянное обновление данных обо всех пользователях имплантов. В медицинских карточках всех клиентов нужно зарегистрировать данные клинической оценки и детали процедуры введения импланта. Система документирования предполагает также ведение регистра с датами запланированных процедур удаления имплантов, который позволяет своевременно выявлять клиентов, нуждающихся в удалении имплантов по прошествии 7/5/3 летнего периода. Программа должна включать в себя систему обеспечения должного наблюдения за всеми женщинами, включая процедуру напоминания о необходимости повторного посещения клиники с целью осмотра или удаления импланта в связи с завершением срока его эффективности.

Клиническое помещение

Помещение должно соответствовать следующим требованиям:

- достаточно места для удовлетворения любого объема потребностей;
- постоянная возможность обеспечения услуг по удалению имплантов по требованию пользователей;
- наличие основных инструментов и оборудования для введения и удаления имплантов;
- доступа к помещениям для парового автоклавирования, а также для производства обеззараживания, очистки и стерилизации инструментов.
- постоянное присутствие обученных специалистов.

Обучение

Медицинские работники должны быть обучены консультированию и скринингу женщин, процедуре введения и удаления имплантов, мерам по

устранению побочных эффектов и осложнений.

В процессе обучения прививайте практические навыки по различным техникам введения и удаления имплантов. Цель обучения заключается в развитии компетентности по оказанию этих услуг, поэтому рекомендуется, чтобы каждый участник выполнил во время тренинга от 5 до 10 процедур удаления и введения имплантов. Использование анатомических моделей помогает медицинским работникам приобрести необходимые практические навыки, что максимально снижает возможность дискомфорта или риска при предоставлении услуг.

Хранение, срок годности и поставки

- Импланты необходимо хранить при комнатной температуре в сухом и прохладном месте.
- При соблюдении указанных выше условий хранения, импланты можно хранить на складе до 5 лет.

9 Другие способы введения в организм комбинированных гормональных контрацептивов

9.1 Контрацептивный пластырь

Контрацептивный накожный пластырь является новейшей системой, обеспечивающей поступление в организм комбинированных гормональных контрацептивов. Метод обратимый и его легко использовать. Его эффективность подобна эффективности комбинированных пероральных контрацептивов. Преимуществом является еженедельное использование, тогда как пероральные таблетки нужно принимать ежедневно. Это облегчает применение метода.

Контрацептивный пластырь бежевого цвета, размер его поверхности около 4 кв.см. При приклеивании на кожу он ежедневно выделяет в кровь 150 мкг норелгестромина и 20 мкг этинилэстрадиола. Его можно наклеивать на нижнюю часть живота, на ягодицу, плечо, верхнюю часть туловища (но не грудь).

Каждый пластырь рассчитан на использование в течение 7 дней подряд. В каждом цикле используются по 3 пластыря, затем следует семидневный перерыв. Пластырь является эффективным средством профилактики беременности, но он менее эффективен для женщин, весящих более 90 кг. Риск, связанный с использованием пластыря похож на риск использования КОК. Пластырь не защищает от ИППП и ВИЧ.

9.2 Вагинальное кольцо

Вагинальное кольцо – это тонкое прозрачное гибкое кольцо, которое вводится во влагалище с целью контрацептивной защиты. Это легкий и обратимый метод контрацепции, который выделяет низкие дозы эстрогена и прогестогена. Кольцо носят 3 недели, затем делают перерыв на 7 дней. Каждый месяц используется новое кольцо. При правильном использовании метод является высокоэффективным. Риски и побочные эффекты примерно такие же, как и при использовании КОК. Кольцо не защищает от ИППП и ВИЧ.

Контрольный лист для предоставления оральных контрацептивов на уровне общины

Фамилия, имя: Возраст:

Адрес: Дата:

Дата последней менструации или родов:

1. Имеется ли задержка менструации? ☐ Да ☐ Нет

Если ДА, *не предлагайте таблеток, пока не удостоверитесь в отсутствии беременности.*

Если НЕТ, *задайте следующий вопрос:*

2. Спросите, имеет ли она сейчас или имела в прошлом какое-либо серьезное заболевание.

Если НЕТ, перейдите на *вопрос 3.*

Если ДА, *спросите, какое это было заболевание. Зафиксируйте наличие следующих состояний:*

А) Прием препаратов против туберкулеза или эпилепсии	Да ☐	Нет ☐
Б) Необычное вагинальное кровотечение	Да ☐	Нет ☐
В) Рак молочной железы в настоящее время или в прошлом	Да ☐	Нет ☐
Г) Опухоль или другое заболевание печени	Да ☐	Нет ☐
Д) Болезнь сердца, тромбоз или инсульт в настоящее время или в прошлом	Да ☐	Нет ☐
Е) Высокое артериальное давление	Да ☐	Нет ☐
Ж) Диабет	Да ☐	Нет ☐

Если женщина ответила ДА на какой-либо из этих вопросов, *направьте ее в медицинское учреждение для оценки ее состояния и /или получения рекомендаций по выбору контрацептивного метода. До этого порекомендуйте ей использовать барьерный метод контрацепции, в частности, презерватив.*

Если женщина ответила ДА на вопросы д, е или ж, *можно порекомендовать ей использовать ЧПТ.*

Если женщина ответила НЕТ на все вопросы, *задайте ей следующий вопрос:*

3. Имеет ли она какие-либо из нижеперечисленных проблем?

Курение в возрасте старше 35 лет	Да ☐	Нет ☐
Желтушность кожи или склер и недомогание	Да ☐	Нет ☐
Сильные боли в груди	Да ☐	Нет ☐
Необычная одышка	Да ☐	Нет ☐
Сильные головные боли и затуманенное зрение	Да ☐	Нет ☐
Образования в молочных железах или кровяные выделения из сосков	Да ☐	Нет ☐
Сильная боль в ноге и/или отек	Да ☐	Нет ☐

Если женщина ответила ДА на какой-либо из этих вопросов, *направьте ее в медицинское учреждение для оценки ее состояния и /или получения рекомендаций по выбору контрацептивного метода. До этого порекомендуйте ей использовать барьерный метод контрацепции, в частности, презерватив.*

Если женщина ответила НЕТ на все вопросы, *задайте ей следующий вопрос:*

4. Кормит ли она грудью? Да ☐ Нет ☐

Если ДА *и младенцу еще нет 6 месяцев - порекомендуйте только ЧПТ. Если младенцу исполнилось 6 месяцев или он старше, можно предоставить ЧПТ или КОК в зависимости от того, что ей больше подходит.*

Если НЕТ, *рекомендуйте прием КОК, но можно предоставить ЧПТ или КОК в зависимости от того, что более подходит ей.*

Если женщину необходимо осмотреть в медицинским учреждении для дальнейшей оценки состояния здоровья, или если необходим метод, который предоставляется только медицинскими учреждениями, дайте соответствующее направление и сделайте все возможное, чтоб ей предоставили консультацию.

Фото: Дженни Матеус/Непал

6 ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА

1 Определение

Внутриматочное средство (ВМС) или внутриматочная спираль является безопасным и эффективным методом обратимой контрацепции. Внутриматочная спираль представляет из себя небольшое гибкое устройство, изготовленное из металла и/или пластика. Спираль может быть инертной, но также может выделять медь или гормон. Медьсодержащими спиралями являются «Copper T380A» (TCu380A), «Copper T220C» (TCu220C), «Multiload Copper 375» (ML Cu 375) и «Nova T» (Nova T) (см. рисункк 6.1). Спирали, выделяющие левоноргестрел, имеются только в нескольких странах.

Продолжительность использования. Доказано, что спираль TCu380A обладает высокой эффективностью в течении по крайней мере 12 лет; кумулятивный коэффициент наступления беременности при пользовании этой спиралью составляет 2,2 на 100 женщин. ВМС TCu220C можно использовать в течение такого же периода времени, но она обладает меньшей эффективностью. ВМС ML Cu 375 эффективна по меньшей мере в течение 10 лет. Спираль Nova T 200 рекомендована к использованию в течение 3-х лет; по истечении этого срока коэффициент неудач значительно возрастает. Спираль Nova T380 эффективна в течение 5 лет; кумулятивным коэффициентом наступления беременности равен 2,0.

Продолжительность использования ВМС, выделяющих левоноргестрел, превышает 5 лет; кумулятивный коэффициент наступления беременности в течение 5 лет использования составляет 0,3-1,1 на 100 женщин.

Инертные внутриматочные спирали могут быть использованы вплоть до менопаузы. Хотя их больше не рекомендуют для новых пользователей, нет необходимости удалять их перед менопаузой, если женщина удовлетворена этим методом и не испытывает никаких проблем.

Рисунок 6.1. Медьсодержащие ВМС

Механизм действия:

Предупреждение беременности при использовании любой ВМС достигается комбинацией механизмов действия, в том числе:

- препятствие продвижению сперматозоидов в верхнюю часть женских половых органов;
- препятствие транспорту яйцеклетки;
- подавление процесса оплодотворения.

ВМС, выделяющие левогестерол, вызывают также изменение количества и вязкости цервикальной слизи, препятствуя проникновению спермы в полость матки.

2 Показания

ВМС можно предоставить любой женщине, которая после соответствующего консультирования принимает информированное решение его использовать и не имеет никаких противопоказаний (смотрите раздел 3 данной главы).

ВМС особенно подходят женщинам, которые:

- Имеют детей и хотят использовать эффективный, долговременный и обратимый метод контрацепции.
- Предпочитают метод контрацепции, не требующий ежедневных действий или манипуляций при каждом половом контакте.
- Кормят грудью.
- Испытывают затруднения с регулярным пополнением запаса метода контрацепции.
- Не имеют достаточных приватных условий для использования некоторых других методов контрацепции (например стесненные жилищные условия, отсутствие места для хранения контрацептивов).
- Женщины, чей статус риска меняется во время использования других методов контрацепции (например, женщины, которые используют контрацептивы, содержащие эстроген, и начинают курить; или женщины, у которых развиваются заболевания периферических сосудов или сахарный диабет).
- Не желают иметь больше детей, но в то же время не хотят стерилизацию.

3 Медицинские критерии приемлемости

При разработке медицинских критериев допустимости применения различных средств контрацепции Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) сотрудничала с Международной Федерацией планирования семьи и другими организациями. Была принята следующая

классификация (медицинские критерии ВОЗ по приемлемости средств контрацепции):

- *Класс 1:* состояние, при котором нет ограничений для использования метода контрацепции.
- *Класс 2*: состояние, при котором преимущества использования метода в целом превышают теоретический или доказанный риск.
- *Класс 3*: состояние, при котором теоретический или доказанный риск обычно превышает преимущества использования метода.
- *Класс 4*: состояние, при котором использование метода контрацепции создаст недопустимый риск для здоровья (т.е. метод контрацепции противопоказан).

Класс 4 (противопоказания)

Не рекомендуйте и не предоставляйте ВМС женщинам, имеющим следующие состояния:

- Установленная или предполагаемая беременность.
- Послеродовый или послеабортный сепсис в настоящее время или в последние три месяца.
- Воспалительные заболевания органов таза (ВЗОТ) в настоящее время (если оно развивается во время использования ВМС, то это состояние переходит в класс 2).
- Инфекция, передаваемая половым путем (ИППП) в настоящее время (имеется ввиду ИППП, способная вызвать инфицирование шейки матки, в частности, хламидиоз или гонорея). Если ИППП развивается на фоне использования ВМС, надо относить к состояниям класса 2.
- Гнойный цервицит.
- Подтвержденная злокачественная опухоль половых органов или подозрение на злокачественную опухоль.
- Необычные вагинальные кровотечения, дающие основание предполагать о наличии серьезного заболевания (если развивается во время использования ВМС, то это состояние переходит в класс 2).
- Рак шейки матки в ожидании лечения (если развивается во время использования ВМС, то это состояние переходит в класс 2).
- Рак эндометрия (если развивается на фоне использования ВМС, то это состояние переходит в класс 2).
- Врожденные аномалии развития матки или доброкачественные опухоли матки (фибромиома), которые деформируют полость матки, что делает невозможным правильное расположение ВМС.
- Злокачественная гестационная болезнь трофобласта.
- Диагностированный туберкулез органов малого таза (если развивается на фоне использования ВМС, то это состояние переходит в

класс 3).

Для ВМС, высвобождающих левоноргестрел, противопоказанием к использованию также является

- наличие в настоящее время рака молочной железы.

Проконсультируйте каждую женщину, имеющую какое-либо противопоказание (кроме беременности) об альтернативных методах контрацепции (смотрите также главу 2 «Консультирование»).

Класс 3

Есть состояния, которые требуют особо внимательного рассмотрения при предоставлении рекомендаций о возможном использовании ВМС, потому что потенциальный риск может перевесить пользу применения данного метода. При наличии какого-либо из таких состояний объясните женщине потенциальный риск и рекомендуйте другой метод контрацепции. Если она все-таки выбирает ВМС, потому что другие методы контрацепции недоступны или неприемлемы, очень важно подчеркнуть необходимость тщательного последующего медицинского наблюдения. К таким состояниям относятся:

- Рак яичников (если развивается на фоне использования ВМС, то это состояние переходит в класс 2).
- Повышенный риск заражения ИППП (например, многочисленные половые партнеры или партнер, имеющий многочисленных половых партнеров).
- Введение ВМС женщине, живущей со СПИДом (если развивается во время использования ВМС, то это состояние переходит в класс 2).
- Доброкачественная гестационная болезнь трофобласта (существует повышенный риск перфорации матки, а лечение болезни может потребовать многочисленных процедур кюретажа матки).
- Период после родов от 48 часов до 4 недель.

Для ВМС, высвобождающих левоноргестрел, следующие состояния также требуют внимательного рассмотрения:

- Активный вирусный гепатит.
- Тяжелый (декомпенсированный) цирроз печени.
- Доброкачественные и злокачественные опухоли печени.
- Тромбоз глубоких вен или эмболия легочной артерии (ТГВ/ЭЛА) в настоящее время.
- Менее 48 часов после родов.
- Рак молочной железы в анамнезе при отсутствии симптомов заболевания в последние 5 лет.

При предоставлении ВМС зафиксируйте особенности состояния женщины в ее медицинской карточке и объясните симптомы, связанные с ее

состоянием, которые должны настораживать ее. В таких случаях ВМС должен вводить только опытный врач, который должен поставить подпись в истории болезни.

Класс 2

При перечисленных ниже ситуациях ВМС можно использовать, но с соблюдением мер предосторожности:

- Возраст до 20 лет, начиная с менархе.
- Нерожавшая женщина (смотрите раздел 4).
- Прошло менее 48 часов после родов (для ВМС, выделяющих левоноргестрел, это состояние класса 3).
- После аборта во втором триместре беременности.
- Аномалии развития (включая стеноз цервикального канала или разрыв шейки матки), которые не деформируют полость матки и не мешают введению ВМС.
- Осложненные заболевания клапанов сердца.
- Фибромиома матки без деформации полости матки
- ВЗОТ, после которых не наступала беременность.
- Вагиниты без гнойных цервицитов, хламидиоза, гонореи и других ИППП (за исключением ВИЧ и гепатита).
- Высокий риск заражения ВИЧ.
- ВИЧ-позитивные женщины и женщины, живущие со СПИДом, которые не имеют клинических проявлений и получают антиретровирусное лечение (они могут быть подвержены повышенному риску ВЗОТ из-за подавления иммунологического ответа).
- Анемия, включая талассемию, серповидно-клеточную анемию, железодефицитную анемию (не относится к ВМС, выделяющим левоноргестрел).
- Тяжелая дисменорея (не относится к ВМС, выделяющим левоноргестрел).
- Обильные или длительные кровотечения (как регулярные, так и нерегулярные).
- Эндометриоз (не относится к ВМС, выделяющим левоноргестрел).

При предоставлении ВМС, высвобождающих левоноргестрел, особо внимательного рассмотрения требуют и следующие состояния:

- Многочисленные факторы риска развития артериальных сердечно-сосудистых заболеваний.
- Гипертония в анамнезе (в тех случаях, когда невозможно вести учет кровяного давления).
- Повышенное кровяное давление (систолическое выше или равно 160 или диастолическое выше или равно 100 мм. рт. ст.).

- Гипертония с поражением сосудов.
- Тромбоз глубоких вен или эмболия легочной артерии в анамнезе (ТГВ/ЭЛА) в анамнезе.
- Обширное хирургическое вмешательство с длительной иммобилизацией.
- Установленная гиперлипидемия.
- Ишемическая болезнь сердца в настоящее время или в прошлом (если развивается на фоне использования ВМС, то это состояние переходит в класс 3).
- Инсульт.
- Мигрень с аурой или без (если мигрень развивается во время использования ВМС, то это состояние переходит в класс 3).
- Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (ЦИН).
- Опухоль молочной железы с неустановленным диагнозом.
- Сахарный диабет.
- Заболевание желчного пузыря.
- Компенсированный цирроз печени средней тяжести.

При наличии какого-либо из этих состояний необходим тщательный скрининг и соответствующий мониторинг, чтоб можно было оценить насколько преимущества превышают потенциальный риск применения ВМС.

4 Особые ситуации

Нерожавшие женщины

Нерожавшие женщины могут применять ВМС - отсутствие родов не является противопоказанием к их использованию. Однако, ВМС не подходит тем нерожавшим женщинам, которые перенесли воспалительные заболевания органов малого таза или внематочную беременность, или имеют многочисленных половых партнеров. До того, как женщина примет решение о выборе ВМС, четко объясните ей возможность повышения риска воспалительных заболеваний органов таза и последующего бесплодия при использовании ВМС.

Необычное кровотечение из влагалища

Нерегулярные кровотечения часто встречаются и у здоровых женщин, поэтому не отказывайте во введении ВМС, если отсутствуют каких-либо симптомы, указывающие на патологию. Если предполагается, что кровотечение из влагалища связано с беременностью или с патологическим состоянием, например со злокачественной опухолью органов малого таза, до введения ВМС необходимо провести тщательное обследование.

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП)

Если женщина подвержена повышенному риску заражения ИППП, включая ВИЧ, посоветуйте ей использовать презервативы в дополнение к ВМС.

ВИЧ - инфекция

Если женщина ВИЧ-позитивна или же больна СПИДом, получает лечение в связи с этим и не имеет клинических симптомов, чувствует себя хорошо на фоне антиретровирусной терапии (АРВТ) и после соответствующего консультирования и обсуждения других методов контрацепции выбирает ВМС для предупреждения беременности, рекомендуйте ей использование презервативов в дополнение к ВМС для предупреждения ИППП и передачи ВИЧ.

5 Консультирование и информирование

Все клиенты перед введением ВМС должны быть соответствующим образом проконсультированы о выборе и использовании этого метода контрацепции. Соберите анамнез женщины для выявления имеющихся противопоказаний к использованию метода, а при консультировании примите их во внимание. В целом, ВМС является безопасным методом контрацепции для женщин, имеющих моногамные половые отношения, потому что вероятность развития у таких женщин воспалительных заболеваний органов малого таза, связанных с использованием ВМС, очень мала. **Поощряйте задавать любые вопросы, чтобы с самого начала прояснить все непонятные моменты** (смотрите также главу 2 «Консультирование»).

Выбор метода

Обсудите с каждой женщиной на понятном ей языке следующие вопросы:

- Преимущества и недостатки использования ВМС, включая:
  - эффективность;
  - риск и преимущества;
  - побочные воздействия, в частности, возможность увеличения обильности менструальной кровопотери;
  - процедуры введения и удаления ВМС; *и*
  - стоимость метода.
- Альтернативные методы планирования семьи, включая информацию:
  - об эффективности;
  - риске и преимуществах;

- побочных воздействиях;
- стоимости.

- Тип ВМС, которая будет введена (следует показать образец ВМС), и срок ее замены.
- Важность обращения к врачу в любое время для обсуждения проблем или для удаления ВМС.

Использование данного метода

Смотрите инструкции в разделе 11 данной главы.

6 Кто может вводить ВМС

ВМС могут вводить врачи, акушерки, медицинские сестры или другие медицинские работники, в соответствии с действующими положениями и инструкциями, при условии, что они должным образом обучены.

7 Оценка состояния здоровья

Цель оценки состояния здоровья заключается в том, чтобы определить приемлемость использования женщиной данного метода контрацепции. Оценку состояния здоровья также следует рассматривать как возможность предложить женщине при необходимости и другие имеющиеся услуги по сексуальному и репродуктивному здоровью.

- *Медицинский/социальный анамнез:* включает гинекологический и акушерский анамнез; имеющиеся в настоящее время заболевания, включая сахарный диабет, анемию или состояние иммунодефицита; ИППП, ВИЧ, ВЗОТ в анамнезе, факторы риска ИППП, например, наличие многочисленных половых партнеров.
- *Гинекологический осмотр:* осмотр в зеркалах и бимануальный осмотр обязателен, вместе с другие необходимыми методами обследования, в соответствии с данными анамнеза.
- *Лабораторное исследование:* нет необходимости в рутинном проведении лабораторных исследований, их нужно проводить только при наличии показаний, основанных на данных анамнеза или физического обследования. При возможности и наличии оснований, женщинам нужно предлагать проведение некоторых лабораторных исследований, которые являются компонентом услуг по репродуктивному здоровью, в частности:
  - лабораторное тестирование для скрининга на ИППП/ВИЧ;
  - определение гемоглобина или гематокрита;
  - мазок из цервикального канала – ПАП мазок.

8 Выбор ВМС

- Небольшие медьсодержащие ВМС являются подходящими безопасными и эффективными средствами с весьма низким коэффициентом наступления беременности. По сравнению с более громоздкими инертными ВМС их легче вводить, они реже вызывают побочные явления, такие, как боль и обильная менструальная кровопотеря. Новейшие медьсодержащие спирали (TCu 380A, TCu 220C, MLCu 375 и Nova T), по сравнению с медьсодержащими ВМС старого поколения (TCu 200 и Copper 7), более эффективны и имеют более продолжительный срок действия. По этим причинам медьсодержащие и инертные ВМС старого поколения больше не рекомендуются для использования. ВМС, выделяющие левоноргестрел, могут быть подходящим выбором для женщин, у которых при использовании медьсодержащих ВМС появляются боли или усиливается менструальная кровопотеря. Однако наличие таких ВМС ограничено.
- При выборе ВМС можно принять во внимание и их цену, если нет существенных медицинских преимуществ между имеющимися разновидностями спиралей.
- Из-за возможных проблем с дезинфекцией упакованных большими партиями ВМС используйте только индивидуально запакованные стерильные ВМС.
- Для введения различных ВМС используются различные техники введения. В медицинских учреждениях рекомендуется использовать только 1 тип ВМС или максимум 2 типа, со схожими техниками введения. Такая специализация поможет медицинским работникам поддерживать высокий уровень навыка введения ВМС.

9 Время введения

Для введения медьсодержащих ВМС, также как ВМС, высвобождающих левоноргестрел, применяются следующие инструкции, если не оговорено иное:

Для менструирующих женщин

- ВМС можно ввести в любое время в течение первых 12 дней после начала менструации, тогда, когда это удобно женщине. Дополнительной контрацептивной защиты не требуется.
- При возможности уточнить отсутствие беременности, ВМС можно ввести также в любой другой день менструального цикла, если женщине это удобнее (смотрите главу 11 «Диагностика беременности»). Дополнительной контрацептивной защиты не требуется.

Переход на ВМС с другого метода

Если точно установлено, что у женщины нет беременности, можно сразу перейти на ВМС. Нет необходимости ждать начала следующей менструации. Дополнительной контрацептивной защиты не требуется.

- *Преимущества введения ВМС во время менструации:*
  - Менее вероятно, что ВМС будет введена при беременности.
  - ВМС легче вводить.
  - Менее вероятно, что кровотечение, связанное с введением ВМС, вызовет у женщины беспокойство.
- *После родов доношенным плодом:* медьсодержащая ВМС может быть введена сразу после выделения плаценты или в течение 1-2-х дней после родов доношенным плодом. Эту процедуру имеет право проводить медицинский работник, который прошел соответствующее обучение. При этом, для обеспечения правильного расположения ВМС и предотвращения перфорации матки нужна особая осторожность. Если ВМС не введена ко второму дню после родов, следует отложить ее введение на 4 недели. ВМС, высвобождающие левоноргестрел, следует вводить только по прошествии 6 недель после родов, если женщина кормит или планирует кормить грудью.
- *После самопроизвольного или индуцированного медикаментозного аборта в первом триместре:* в случае отсутствия инфекций органов малого таза, ВМС можно ввести сразу же после аборта, без всяких опасений.

Только специально обученные медицинские работники имеют право введения ВМС в раннем послеродовом периоде или непосредственно после аборта.

10 Техника введения ВМС

Минимальное оснащение, необходимое для введения ВМС:

- пинцет для тампонов - 1;
- пулевые щипцы или зажим Аллиса-Чалмерса - 1;
- изогнутый зажим артерий Пина - 1;
- вагинальное зеркало - 1;
- маточный зонд - 1;
- чашечка для йода - 1;
- пара ножниц - 1.

Принципы безопасного и эффективного введения ВМС

- Весь инструментарий должен быть простерилизован или подвергнут дезинфекции высокого уровня (смотрите главу 15, раздел 5.5).

Одноразовые нестерильные перчатки могут быть использованы только в том случае, если заправка ВМС в проводник осуществляется внутри пакета и при ее введении применяется бесконтактная техника.

- Как до, так и в процессе введения ВМС, объясняйте женщине, что происходит во время процедуры и поощряйте задавать вопросы. Скажите, что во время некоторых этапов процедуры введения спирали она может почувствовать некоторый дискомфорт.
- Выполните бимануальное исследование органов малого таза для определения размера, формы, положения и подвижности матки, для выявления нет ли новообразований в придатках, а также исключения любых проявлений инфекции тазовых органов или беременности на ранней стадии.
- Различные ВМС требуют разной техники введения. Самое безопасное правило - это неукоснительно следовать инструкциям производителя.
- Все этапы процедуры введения должны выполняться медленно и осторожно.
- Перед началом введения ВМС с особой тщательностью обработайте шейку матки антисептическим раствором.
- Для фиксирования шейки матки, особенно при загибе матки вперед или назад, может возникнуть необходимость использования пулевых щипцов.
- Всегда проводите зондирование полости матки для подтверждения направления и положения канала матки и определения ее глубины.
- Не пытайтесь ввести ВМС в матку, длина полости которой меньше 6,5 см (кроме Nova T – можно вводить при 6 см или даже меньше).
- Необходимо неукоснительно соблюдать стерильность маточного зонда; перед введением зонда в эндоцервикальный канал не допускайте его соприкосновения с любой потенциально загрязненной поверхностью, включая зеркало и слизистые стенок влагалища.
- Если во время введения ВМС на уровне внутреннего зева ощущается преграда, для облегчения введения зонда сделайте небольшое движение или натяжение пулевых щипцов в направлении от центра кнаруже. Для преодоления спазма в течение 2-3 минут поддерживайте постоянное мягкое давление зондом на внутрений зев, но **не применяйте силу**. Если зонд все-таки не проходит через канал, **прекратите процедуру**. Если есть сомнения, обсудите с клиенткой другие методы контрацепции или проконсультируйтесь с кем-либо из старшего персонала.
- Чтобы уменьшить вероятность загрязнения, заправляйте ВМС в про-

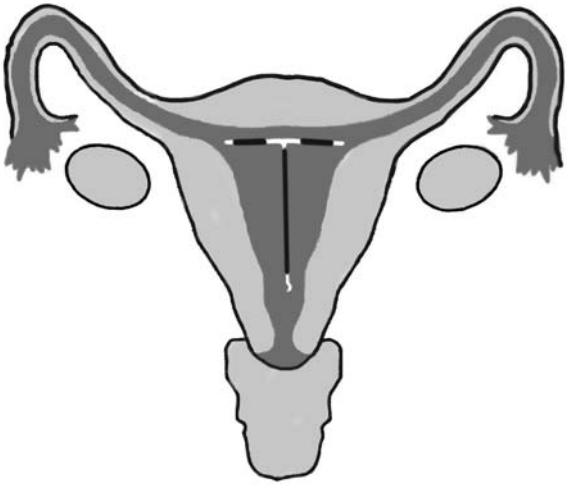
водник внутри пакета, даже когда используете стерильные перчатки. Все медицинские работники, предоставляющие услуги по введению ВМС, должны уметь заправлять спираль внутри пакета и знать технику безконтактного введения, предотвращающую загрязнение (смотрите рисунок 6.2).

Рис. 6.2. Введение внутриматочной спирали Cu T 380A

Профилактическое назначение антибиотиков при введении ВМС

- Профилактика антибиотиками при введении ВМС обычно не рекомендуется. Однако необходимо строго следовать всем ирструкциям по профилактике инфекций.
- Вместе с тем, в местах широкой распространенности ИППП и ограниченной возможности проведения скрининга, профилактика антибиотиками может стать необходимой.
- Проконсультируйте женщину о симптомах ВЗОТ и посоветуйте наблюдать за их возможными проявлениями, особенно в первый месяц после введения ВМС.

Рис. 6.3. Правильно расположенная ВМС Cu T 380.



11 Инструкции для клиентов

Проинструктируйте женщину на понятном ей языке о следующем:

Определение правильности расположения ВМС

Объясните женщине, что ВМС может самопроизвольно выпасть, особенно в течение первых 6 недель после введения или во время менструации.

Посоветуйте ей проверять, находится ли ВМС в матке, путем прощупывания нитей спирали. Нити ВМС следует проверять после каждой менструации и в любое время, когда появляются необычные спазмы во время менструации. Некоторые женщины могут отказатся проверять нити. В этом случае подчеркните важность вашего совета, в то же время скажите, что понимаете причины ее беспокойства и затруднений. Используйте образец ВМС для того, чтобы женщина смогла на практике ощущать нити и нижнюю часть ВМС.

Посоветуйте женщине как можно скорее обратиться в медицинское учреждение, если:

- она не может нащупать нитей;
- она чувствует твердую часть ВМС;
- ВМС выпало; или
- отмечается задержка менструации.

При этом, до обращения в медицинское учреждение посоветуйте ей использовать негормональный метод контрацепции, например, презервативы.

Побочные воздействия

Проинформируйте женщину о возможных побочных воздействия (смотрите раздел 13).

Настораживающие признаки

Посоветуйте женщине обратиться в клинику при подозрении на беременность или проявлении любых из нижеописанных признаков и симптомов, которые могут указывать на возможные осложнения:

- повышение температуры и/или озноб;
- боль внизу живота или напряжение мышц живота;
- гнойные выделения из влагалища;
- чрезмерно обильное необычное кровотечение.

Чтобы не вызвать чувства тревоги, объясните женщине, что серьезные осложнения при использовании ВМС наблюдаются крайне редко. Заверьте ее в том, что использование высоконадежного метода контрацепции является лучшим гарантом для ее здоровья, тогда как незапланированная беременность чревата проблемами.

Последующее наблюдение

Посоветуйте клиентке в течение первых трех месяцев от начала первой менструации после введения ВМС обратиться в клинику для повторного осмотра. Скажите, что основная цель этого посещения заключается в том, чтобы проверить, не выпала ли ВМС и нет ли у нее серьезных жалоб. Порекомендуйте ежегодные повторные посещения.

Назначьте дату следующего визита. Сообщите женщине название и тип ВМС, которую ей ввели, когда ВМС следует удалить или заменить (смотрите раздел 1 этой главы).

Эту информацию, а также список настораживающих признаков, название, адрес и телефон медицинского учреждения можно записать на карточке или в виде лифлета и дать клиентам. Информация должна быть записана и представлена на языке, понятном для женщине или ее ближних (на тот случай, если женщина не в состоянии будет прочесть).

12 Последующее наблюдение

Протокол наблюдения через 3 месяца и через год

- Уточните адрес и контактные данные.

- Обсудите с женщиной любые тревожащие ее вопросы или проблемы, которые, по ее мнению, могут быть вызваны использованием ВМС.
- Проведите влагалищное исследование и повторите инструкции для проверки нитей ВМС.
- Обследуйте область живота или проведите лабораторные анализы, в зависимости от проблем женщины или задаваемых ею вопросов.
- Проведите лечение любых цервицитов, вагинитов или вульвовагинитов, которые развились на фоне использования ВМС.

Во время ежегодных повторных посещений обследуйте молочные железы и проинструктируйте о технике самостоятельного осмотра. Возьмите мазок из цервикального канала (ПАП мазок), если наступил срок и есть возможность исследования.

Если вышеописанные регулярные наблюдения невозможно организовать, подробно проконсультируйте о возможных осложнениях и объясните, куда она может обратиться за помощью в случае необходимости.

13 Побочные явления

- В течение первых 24-48 часов после введения ВМС женщина может испытать схваткообразные боли. В этом случае можно принять болеутоляющие таблетки, например, аспирин, ибупрофорен или парацетомол (ацетаминофен). Если боль не уменьшается или даже усиливается, ей следует обратиться к врачу. (После 48 часов обычно болей не бывает)
- Выделения из влагалища возможны в течение первых нескольких недель после введения ВМС вследствие первичной реакции слизистой матки (эндометрия). Это не должно быть причиной для беспокойства, но если выделения сильные или сопровождаются болью внизу живота и/или повышением температуры тела, женщина должна немедленно обратиться в медицинское учреждение.
- В течение первых 3-6 месяцев использования медьсодержащих ВМС возможны изменения в менструальном цикле, включая мажущие кровянистые выделения или незначительные кровотечения между менструациями. Эти выделения не вредят здоровью и обычно со временем проходят. Женщине можно посоветовать принять во время кровотечений короткий курс приема нестероидных противовоспалительных препаратов. Если изменения в менструальном цикле продолжаются или менструация обильнее обычной более чем в два раза, необходимо исключить возможные гинекологические проблемы. Если для женщины такие изменения цикла неприемлемы, удалите ВМС и помогите ей выбрать другой метод контрацепции.

14 Осложнения

При возникновении осложнений женщина может быть в состоянии эмоционального стресса. Важно, чтобы медицинский работник позаботился не только о ее клиническом, но и о психологическом состоянии. **Успокойте женщину и окажите ей эмоциональную поддержку**.

Каждый медицинский работник, вводящий ВМС, должен уметь распознавать осложнения при введении и использовании ВМС и знать как организовать хотя бы первичные мероприятия для их устранения. При необходимости следует как можно скорее созвать консилиум специалистов.

Возможные осложнения при использовании ВМС включают в себя перфорацию, обильное кровотечение и воспалительные заболевания органов таза (ВЗОТ).

14.1 Перфорация

Перфорация случается редко. Она чаще всего происходит во время введения ВМС и может сопровождаться внезапной болью и/или кровотечением, но иногда может пройти бессимптомно. Риск перфорации повышен при введении ВМС после родов и аборта во втором триместре, когда матка мягкая, а также во время кормления грудью, когда матка очень маленькая.

Если во время зондирования полости матки или введения ВМС обнаружена перфорация или имеется подозрение на перфорацию:

- Немедленно остановите процедуру. Удалите ВМС, потянув за нити, если ВМС уже выведена из проводника; если еще не выведена, удалите ВМС вместе с проводником для введения.
- Предоставьте женщине абсолютный покой и наблюдайте за жизненно важными признаками через каждые 5-10 минут в течение первого часа после перфорации. Если состояние удовлетворительное, наблюдайте за жизненно важными признаками через каждые 30 минут до тех пор, пока состояние не нормализуется и не станет стабильным.
- Если наблюдаются изменения жизненно важных функций или гематокрита, внезапная боль или перитонеальные явления, начните внутривенное введение жидкостей с помощью иглы большого диаметра и обеспечьте неотложный доступ в оснащенное соответствующим образом медицинское учреждение. Не пытайтесь решать проблемы, если вы не обладаете соответствующим навыком и опытом или не чувствуете себя уверенно. Если необходимо, как можно скорее вызовите гинеколога или хирурга.
- Если перфорация протекает без каких-либо признаков или симптомов, женщину можно отправить домой через 2 или 6 часов после пер-

форации, если есть доступ неотложной помощи к месту ее проживания.

Если перфорация выявлена в позднем периоде после введения ВМС и нити ВМС невозможно нащупать (смотрите раздел 16 «Отсутствие нитей»):

- Для извлечения может потребоваться лапароскопия или лапаротомия, которые может выполнить только обученный врач.
- Замкнутые инертные ВМС (например, кольца) должны быть обязательно удалены, поскольку они могут вызвать непроходимость кишечника. Незамкнутые инертные средства (например, петля Лунса) могут быть оставлены в брюшной полости, если не наблюдаются симптомы или проблемы и если женщина не требует удалить ВМС. Медьсодержащая ВМС должна быть удалена для предотвращения образования спаек. Если спаечный процесс уже развился, а поиск и удаление ВМС затруднены, то ВМС следует оставить на месте.

14.2 Обильное кровотечение

В настоящее время нет общепринятых эффективных медикаментов для лечения кровотечений у пользователей ВМС. Тем не менее, с некоторым успехом используются нестероидные противовоспали-тельные и антифибринолитические препараты. Правильное консультирование, поддержка и убеждение помогает женщинам справиться с этим побочным явлением. В некоторых случаях, помогает компенсировать кровопотерю лечение железосодержащими препаратами. Нерегулярные и обильные кровотечения обычно нормализируются после нескольких циклов. Если кровотечение чрезмерно обильное и угрожает здоровью женщины, или если женщина недовольна методом, необходимо удалить ВМС и помочь женщине выбрать другой метод контрацепции. Анемию лечите железосодержащими препаратами и/или поощряйте употребление продуктов, содержащих железо. Избегайте переливания крови.

14.3 Воспалительные заболевания органов малого таза

Причинами воспалительных заболеваний органов малого таза, ассоциированных с применением ВМС, могут быть антисанитарные условия при введении ВМС или ее введение на фоне невыявленной ИППП. У женщин, подверженных риску заражения ИППП, могут развиться ВЗОТ и намного позже. Обычными симтомами тазовой инфкции являются выделения из влагалища, боль внизу живота или напряжение мышц живота, необычное кровотечение, озноб, повышение температуры, но инфекция может протекать и бессимптомно.

Если диагностировано ВЗОТ:

- Лечите ВЗОТ, используя подходящие антибиотики.

- Если женщина хочет продолжить использование ВМС, нет необходимости ее удалять.
- Если женщина не хочет продолжать использовать ВМС, удалите его только после того как начнете лечение антибиотиками.
- Если ВМС удалена, при необходимости можно рассмотреть возможность использования таблеток неотложной контрацепции (смотрите главу 10 «Неотложная контрацепция»).
- Если ВМС не удалена и состояние не улучшается, надо ее удалить и продолжить лечение антибиотиками. Если же ВМС решено оставить, лечение антибиотиками надо продолжить до улучшения состояния женщины. В обоих случаях нужно тщательное наблюдение за состоянием женщины.
- Организуйте проведение полноценного лечения ИППП, включая консультирование по использованию презервативов.

15 Беременность

Несмотря на высокую контрацептивную эффективность метода, даже при правильном введении и применени ВМС, возможно случайное наступление беременности. При таких обстоятельствах, множество женщин успешно доносили беременность на фоне имеющейся спирали. Вместе с тем, если при наличии беременности ВМС не удалена, наблюдается повышенный риск самопроизвольного аборта, преждевременных родов и септического аборта во втором триместре.

При выявлении беременности у женщины, использующей ВМС, объясните ей что при удалении ВМС степень риска меньше, чем при оставлении ее в матке. Если женщина согласна и нити спирали доступны, осторожно удалите ВМС. Посоветуйте ей немедленно обратиться за помощью, если у неё начнется сильное кровотечение, возникнут спазмы, боль, необычные выделения из влагалища или повысится температура.

Если нити недоступны, попытайтесь определить местоположение ВМС при помощи ультразвукового исследования. Если ВМС не обнаружена, можно предположить, что она выпала и женщина этого не заметила (этим можно и объяснить наступление беременности). Если ВМС на месте, посоветуйте женщине прервать беременность, если это разрешено законом. Если женщина все-таки хочет продолжить беременность, обеспечьте тщательное наблюдение за ее состоянием.

В общей сложности, использование ВМС не увеличивает риска наступления внематочной беременности. Однако ВМС лучше предупреждает наступление маточной беременности, чем внематочной. Если у женщин, применяющих ВМС наступает беременность, имеется больше вероятности, что она будет внематочной. Внематочная беременность пред-

ставляет угрозу для жизни женщины. Любая женщина, использующая ВМС, с жалобами на боль и кровотечение из влагалища или на отсутствие менструации, должна быть осмотрена врачом для исключения возможной внематочной беременности. Помните, что при внематочной беременности бимануальное исследование может вызвать разрыв трубы, поэтому проводите это исследование в клинике, имеющей оснащение для срочной лапаротомии.

16 Отсутствие нитей

Отсутствие нитей очень часто является первым признаком перфорации матки или выпадения ВМС. Это наблюдение также может указывать на возможную беременность.

Если нити действительно потеряны, в первую очередь исключите беременность. Затем обследуйте цервикальный канал узкими щипцами - «аллигаторами». Если нити не обнаружены в цервикальном канале, для их извлечения из полости матки используйте спиралевидный крючок. Если нити не найдены, можно уточнить находится ли ВМС в матке при помощи маточного зонда.

Если в полости матки нет ВМС, можно произвести ультразвуковое исследование брюшной полости (или рентгенографию, если нет беременности) для исключения возможной перфорации. Если и в брюшной полости нет ВМС, перфорацию можно исключить и предположить, что спираль выпала.

17 Когда удалять ВМС

ВМС следует удалить:

- *Когда женщина настаивает на этом*: ВМС следует удалить без ненужной задержки.
- *Когда имеются медицинские показания для удаления*: такие показания включают в себя беременность, острое воспалительное заболевание органов малого таза, злокачественные новообразования эндометрия или шейки матки, перфорацию матки, частичное выпадение спирали, необычное или обильное кровотечение, влияющее на здоровье женщины.
- *Когда истек срок эффективного действия ВМС*: это относится только к медикаментозным ВМС, включая медьсодержащие спирали и спирали, высвобождающие левоноргестрел (см. раздел 1).
- *Когда у женщины наступает менопауза*: удалите ВМС через год после ее последней менструации.

18 Организация услуг

18.1 Ведение записей

- Все клиенты должны иметь иметь медицинскую карту.
- В медицинской карте каждой женщины должны быть указаны сведения о проведенных консультациях, данные анамнеза и физического обследования, результаты лабораторных исследований, сведения о введении ВМС и последующих наблюдениях, включая любые осложнения.

18.2 Запас и обеспечение ВМС

- В клинике рекомендуется использовать только один тип ВМС (или максимум 2). Такая специализация повысит успешность обучения и качество услуг.
- Нет необходимости держать инертные ВМС (например, петлю Липпса).
- Используйте стерильные, индивидуально запакованные ВМС. Списывайте ВМС, если упаковка распечатана.
- Предпочтительно иметь медьсодержащие внутриматочные средства нового поколения (TCu 220C, TCu 380A, ML Cu 375 и Nova T), вместо старых марок медьсодержащих спиралей, таких, как TCu 200 и Copper 7.
- При введении в матку спиралей, которые нужно выдавить из аппликатора, имеется большая вероятность перфорации, по сравнению с ВМС, которые вводят с использованием **техники «извлечения» без выдавливания из аппликатора**. Рекомендуется использование именно этих спиралей, так как при их введении обеспечивается также хорошее расположение спирали у основания матки.

18.3 Обучение

- Все клинические сотрудники и консультанты должны быть обучены теоретическим и практическим аспектам предоставления услуг по ВМС, включая обследование для выявления противопоказаний и распознавание настораживающих признаков у пользователей ВМС.
- Весь медицинский персонал, предоставляющий услуги по введению ВМС, должен пройти полный курс обучения технике введения ВМС, включая технику заправления ВМС внутри пакета. Обучение должно подчеркивать важность соблюдения стерильности.

Фото: Марк Эдвардс/Бразилия

7 БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ

1 Введение

Барьерные методы контрацепции предотвращают беременность, препятствуя проникновению сперматозоидов в полость матки. Некоторые барьерные методы, особенно презервативы, помогают также защитить от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), включая ВИЧ-инфекцию.

Основным преимуществом барьерных методов является их безопасность. Они могут вызвать только незначительное местное воздействие и не имеют почти никаких медицинских противопоказаний к использованию. Большинство из них можно приобрести без назначения врача и они удобны для системы общественного распространения.

Недостатком барьерных методов является их более низкая эффективность использования, по сравнению с гормональной контрацепцией, ВМС и стерилизацией. Медицинские работники, предоставляющие услуги по сексуальному и репродуктивному здоровью (СРЗ)/планированию семьи, должны помнить, что для обеспечения максимальной эффективности барьерных методов важно правильное обучение и консультирование клиентов. Клиенты должны понимать, что если они пользуются только барьерным методом контрацепции и хотят, чтоб он был максимально эффективным, нобходимо пользоваться им правильно и при *каждом* половом акте.

К барьерным методам относятся:

- презервативы;
- диафрагмы;
- спермициды: кремы, желе, суппозитории, пенящиеся суппозитории или таблетки и пенящиеся аэрозоли.

Все программы СРЗ/планирования семьи должны иметь для предоставления клиентам хотя бы только презервативы и один или два типа спермицидов. Должны быть в наличии также и диафрагмы, если на них есть спрос и имеются медицинские работники, обученные методике их предоставления.

1.1 Общие инструкции

Барьерные методы контрацепции следует предоставлять по просьбе всех тех клиентов, как мужчин, так и женщин, которые приняли решение об их использовании после соответствующего консультирования и информации.

Барьерные методы контрацепции особенно подходят клиентам, которые:

- имеют медицинские противопоказания к применению других обратимых методов контрацепции и не хотят стерилизации;

- имеют редкие половые контакты;
- хотят использовать барьерные средства в качестве промежуточного метода контрацепции, например:
  - в периоде лактационной аменореи;
  - сразу после вазектомии;
  - когда женщина не может нащупать нити ВМС;
  - когда женщина принимает препараты, влияющие на эффективность оральных контрацептивов;
  - в периоде ожидания предоставления другого метода (например, стерилизации или введения ВМС);
  - в периоде обследования по поводу симптомов, указывающих на гинекологическое заболевание;
  - когда нужен временный альтернативный метод или есть необходимость в дополнительном методе контрацепции;
  - при использовании во время фертильной фазы менструального цикла, в сочетании с естественными методами планирования семьи, основанными на знании фертильности;
- для защиты от ИППП, включая ВИЧ-инфекцию (презервативы).

1.2 Медицинские критерии приемлемости

В разработке медицинских критериев приемлемости различных методов контрацепции ВОЗ сотрудничала с Международной Федерацией планирования семьи и другими организациями. Была принята следующая классификация (медицинские критерии ВОЗ по допустимости использования методов контрацепции):

- *Класс 1:* состояние, при котором нет ограничений к использованию метода контрацепции.
- *Класс 2*: состояние, при котором преимущества использования метода в целом превышают теоретический или доказанный риск.
- *Класс 3*: состояние, при котором теоретический или доказанный риск обычно превышает преимущества использования метода.
- *Класс 4*: состояние, при котором использование метода контрацепции может создать недопустимый риск для здоровья (т.е. контрацептив противопоказан).

Класс 4 (противопоказания)

В целом, нет противопоказаний к использованию барьерных методов.

Класс 3

Некоторые состояния требуют тщательного рассмотрения при кон-

сультировании об использовании барьерных методов, потому что могут представлять риск для благополучия здоровья клиентов. Специфические состояния, относящиеся к каждому отдельному барьерному методу, описаны в соответствующих разделах данной главы. Ниже перечислены состояния, требующие тщательного рассмотрения при применении всех барьерных методов:

- невозможность приобретения барьерных средств или их постоянного использования;
- необходимость в высокоэффективной защите от беременности, например, если беременность в случае неудачи с использованием метода может представить большой риск для здоровья женщины.

Для информации о специфических состояниях, требующих особого внимания при применении каждого отдельного барьерного метода, смотрите разделы 2.3, 3.3 и 4.3 данной главы.

1.3 Оценка состояния здоровья

Для предоставления барьерного метода контрацепции оценка состояния здоровья необязательна. Тем не менее, обращение клиента в медицинское учреждение за барьерным методом контрацепции следует рассматривать как возможность предложить при необходимости другие имеющиеся услуги по сексуальному и репродуктивному здоровью.

Общее физическое обследование женщин должно включать гинекологический осмотр с визуализацией шейки матки в зеркалах и бимануальное исследование. При показаниях и возможности можно взять мазок из шейки матки (ПАП мазок).

1.4 Организация услуг

Хранение, срок годности, контроль качества и пополнение запасов

Любая программа/медицинское учреждение, которая включает в себя предоставление барьерных методов контрацепции, должна иметь хорошо налаженную систему обеспечения контрацептивов допустимого качества. Для этого требуются:

- правильная транспортировка и хранение;
- система, позволяющая исключить возможность использования контрацептивов после истечения срока их годности, а если срок годности не указан, после рекомендуемого срока хранения;
- процедуры проверки образцов контрацептивов через каждые 6-9 месяцев. Если выявлены образцы сомнительной надежности, необходимо их протестировать до предоставления клиентам.

Обучение

Медицинские работники, предоставляющие барьерные методы контрацепции, должны быть обучены тому, как проводить консультирование, а также техническим аспектам, связанным с предоставлением различных типов барьерных методов.

Для дополнительных указаний по применению каждого отдельного барьерного метода контрацепции смотрите разделы 2.8., 3.12 и 4.8 настоящей главы.

2 Презервативы

2.1 Определение

Мужской презерватив

Мужской презерватив – это мешочек, который надевается на пенис в состоянии эрекции. Он служит коллектором для спермы и действует как барьер, предотвращающий проникновение сперматозоидов во влагалище. Презервативы упакованы в индивидуальных пакетах в свернутом виде; они раскручиваются перед половым актом при надевании на пенис, находящийся в состоянии эрекции.

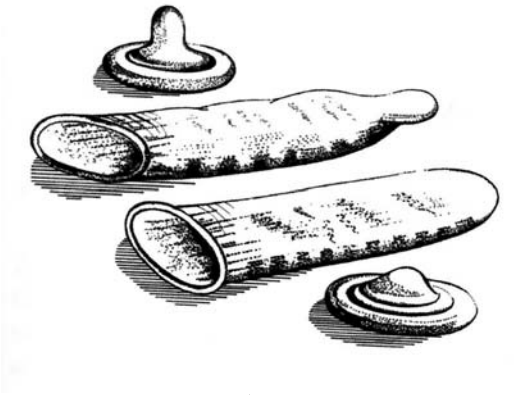
Большинство презервативов сделаны из тонкой латексной резины.

При правильном использовании при каждом половом акте, презерватив может быть довольно эффективным методом контрацепции. Более того, латексные презервативы являются эффективными барьерами для предотвращения передачи ИППП, включая ВИЧ.

В настоящее время имеются различные виды и торговые марки презервативов (смотрите рисунок 7.1). Они могут отличаться по следующим характеристикам:

- форма (простые презервативы, презервативы со спермоприемником на конце, плотно прилегающие контурные презервативы);
- цвет (непрозрачные, прозрачные, различных цветов);
- смазка (с силиконовой смазкой, желе, пудрой или без смазки);
- плотность (от ультратонких до стандартных);
- фактура (гладкая, с фактурным узором или с ребристой поверхностью);
- со спермицидами или без спермицидов.

Рисунок 7.1 Презервативы – свернутые и развернутые, в форме соска и простые.



Медицинские работники должны знать характеристики и отличия различных типов и торговых марок презервативов, имеющихся в данном медицинском учреждении/программе, и быть в состоянии консультировать клиентов соответствующим образом.

Женский презерватив

Женский презерватив (рисунок 7.2) сделан из мягкого эластичного полиуретана и имеет силиконовую смазку (диметикон). Вводится во влагалище до полового акта. Внутреннее кольцо презерватива используется для его введения. Оно удерживает презерватив высоко внутри влагалища. Внешнее кольцо остается плоским и покрывает половые губы во время полового акта. После семяизвержения семенная жидкость собирается в презерватив, что предотвращает ее контакт с шейкой матки.

Контрацептивная эффективность женского презерватива варьируется в пределах эффективности других барьерных методов, но она ниже эффективности мужских презервативов.

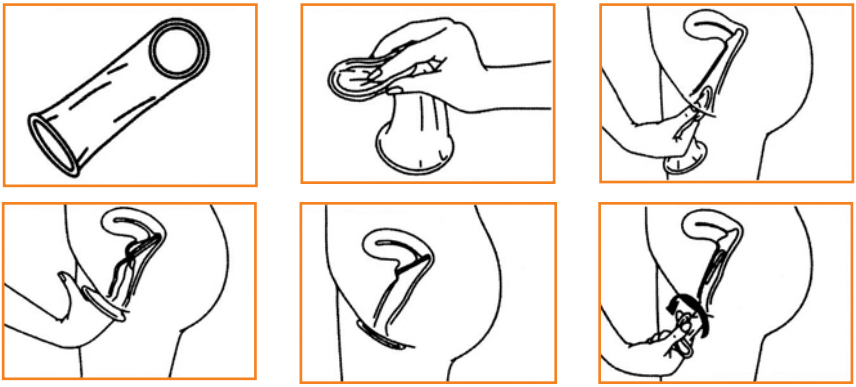
Лабораторные исследования показали, что женский презерватив – это барьер не только для проникновения спермы, но также бактерий и вирусов, включая ВИЧ.

Женские презервативы в настоящее время доступны во многих странах, но их использование ограничено их высокой стоимостью. В настоящее время проводятся исследования по изучению возможности и безопасности повторного использования женских презервативов, однако повторное использование женских презервативов все еще не рекомендуется.

Тем не менее, принимая во внимание разнообразие культурного и соци-

ального контекста и личные обстоятельства, при которых повторное использование женского презерватива является приемлемым, осуществимым и безопасным, а также то, что баланс риска и преимуществ зависит от каждого конкретного случая, окончательное решение о том, поддерживать или нет идею повторного использования женских презервативов, должно в итоге приниматься на местном уровне.

Рисунок 7.2 Женский презерватив



2.2 Показания к применению

Латексные презервативы следует предоставлять всем клиентам, которые за ними обращаются, даже если обратившиеся используют другой контрацептивный метод и не являются зарегистрированными клиентами данной программы/учреждения. Официальная регистрация в учреждении/программе не должна быть условием получения презервативов.

Презерватив особенно подходит парам, принявшим решение использовать барьерный метод контрацепции (смотрите раздел 1.1), при следующих обстоятельствах:

- мужчина-партнер хочет взять на себя ответственность за использование контрацепции;
- необходима или желательна защита от ИППП, включая ВИЧ.

Другие показания:

- преждевременное семяизвержение;
- женщина имеет изъязвления или другую патологию шейки матки.

2.3 Медицинские критерии приемлемости

Класс 4 (противопоказания)

Противопоказаний нет.

Класс 3

Состояния, требующие внимательного рассмотрения при предоставлении метода перечислены в разделе 1.2. Кроме этого есть и другое состояние, которое надо учитывать при предоставлении латексных презервативов, в частности:

- аллергия или чувствительность к латексу.

2.4 Консультирование и информирование

Клиенты, обращающиеся за презервативами, при возможности и в удобное для них время должны пройти соответствующее консультирование о выборе и использовании этого метода контрацепции. Это поможет обеспечить информированный выбор метода и правильное использование презерватива. Тем не менее, консультирование не должно быть обязательным условием предоставления презервативов.

Для того, чтобы клиент смог сделать правильный выбора метода:

- Обсудите с клиентом преимущества и недостатки презерватива и других методов планирования семьи.
- Объясните, что латексные презервативы помогают защитить от ИППП, включая ВИЧ.
- Объясните, что презерватив не всегда может защитить от нежелательной беременности и/или ИППП/ВИЧ, особенно если его неправильно использовать.
- Обсудите вероятность участия партнера при использовании презерватива.

Для использования данного метода:

- Подробно и ясно объясните, как нужно пользоваться презервативом. Используйте демонстрационную модель пениса, если таковая имеется, чтоб показать как правильно надевать презерватив.
- Подчеркните, что при каждом половом акте необходимо использовать новый презерватив.
- Посоветуйте клиентам использовать и спермициды для повышения эффективности использования презерватива.
- Поощряйте клиентов обращаться за советом как только возникают вопросы, сомнения или проблемы, связанные с использованием презерватива.
- Объясните клиентам, что если у женщины наблюдается задержка менструации, ей необходимо обратиться в медицинское учреждение для исключения возможной беременности и организации последующих действий.

Также смотрите раздел 4.6 «Инструкции для клиента» (для спермицидов).

2.5 Выбор презерватива

- *Сравнение презервативов со смазкой с презервативами без смазки:* если естественной вагинальной смазки недостаточно, есть большая вероятность разрыва во влагалище презервативов без смазок.
- *Ультратонкие презервативы более подвержены риску разрыва:* если у пары были проблемы, связанные с разрывом презерватива, посоветуйте им использовать другую разновидность презервативов.

2.6 Инструкции для клиентов

Объясните клиентам важность точного следования инструкциям по использованию и причины необходимости каждого шага (причины выделены *курсивом*).

Очень важно подчеркнуть следующие правила:

- Надевать презерватив следует до соприкосновения половых органов партнеров, *потому что в противном случае возможно проникновение спермы или передача возбудителей инфекций*.
- При надевании презерватива на пенис, находящийся в состоянии эрекции, сожмите кончик презерватива большим и указательным пальцем и оставьте свободной около пол-дюйма (1 дюйм = 2,54 см) латексного материала. *Эякулят соберется в это свободное пространство, что снизит вероятность разрыва презерватива.*
- Используйте только те смазки и спермициды, которые рекомендованы программой/медицинским учреждением. Нельзя использовать вазелин, минеральное масло, лосьоны или другие жиросодержащие смазки, *потому что они увеличивают вероятность разрыва презерватива.* Использование нон-оксинола-9 для защиты от ВИЧ не рекомендуется (смотрите раздел 4.1).
- Извлеките пенис из влагалища сразу после семяизвержения, пока состояние эрекции еще сохранено; выньте презерватив из влагалища, крепко придерживая пальцами его ободок у основания пениса, *так чтобы презерватив не соскользнул и сперма не пролилась.*
- Если во время полового акта презерватив порвался или соскользнул, *для защиты от беременности* немедленно используйте спермициды (пенку или желе) и обдумайте возможность использования неотложной контрацепции (смотрите главу 10 «Неотложная контрацепция»).
- Обращайтесь с презервативом осторожно, *чтобы не нарушить его целостность*; будьте особенно осторожны при длинных ногтях.
- *Для максимальной эффективности* используйте не только презерва-

тив, но и спермициды.

- Храните презервативы в прохладном и сухом месте. Не используйте презерватив, если он выглядит поврежденным или хрупким, *потому что велика вероятность того, что он порвется.*
- После использования презерватива, выбросьте его в мусорное ведро или туалет, *чтобы не допустить того, чтобы он попал кому-нибудь в руки, особенно детям.*

После того, как вы проинструктируйте клиента (-ку), попросите его/ее повторить сказанное вами своими словами. Если необходимо, объясните инструкции по использованию еще раз, подчеркивая те моменты, которые не были поняты. Эту информацию можно записать на карточке или дать клиенту (-ке) в виде лифлета. Информация должна быть ясно записана и представлена на понятном языке, как для клиента (-ки), так и для его/ее ближних, на тот случай, если он/она не в состоянии будут прочесть.

2.7 Побочные воздействия

- Побочные явления при использования презерватива крайне редки.
- Иногда возможна аллергическая реакция на латекс, на смазку или спермицид, который используется вместе с презервативом. В случае появления аллергической реакции:
  - рекомендуйте перейти на другой тип или торговую марку презервативов;
  - если вместе с презервативом использовались спермициды, рекомендуйте использовать презервативы без спермицидов или перейти на другой тип спермицидов;
  - если у клиента (-ки) аллергия на латекс, рекомендуйте гипоаллергенные презервативы, сделанные из очищенной резины, если доступны (имеются в некоторых странах);
  - если проблема продолжается, посоветуйте использовать другой контрацептивный метод.

2.8 Организация услуг

Хранение, срок годности, отбор образцов и тестирование

- Срок хранения презервативов зависит от условий хранения. В жарких и/или влажных условиях безопасным сроком хранения может быть всего лишь 3-6 месяцев. В сухих и прохладных условиях презервативы в упаковке могут храниться 3-5 лет с момента производства. Дата производства или срок годности обычно напечатаны на упаковке.
- Требования к хранению следующие: прохладная комнатная темпера-

тура, сухость помещения, удобное и доступное место вдали от прямого солнечного света.

- Минимум два раза в год необходимо выборочно проверять на складе презервативы, чтоб выявить признаки ухудшения качества. При этом надо внимательно просмотреть, нет ли сухих или липких презервативов, не изменен ли их цвет.
- Проверку на протекание можно провести, используя простое переносное оборудование. Это особенно рекомендуется в тех случаях, когда:
  - визуальный осмотр вызывает сомнения в качестве презерватива;
  - при хранении и распространении большого количества презервативов.

Выборочная проверка должна быть регулярной.

Предоставление презервативов

- Презервативы с более ранней датой изготовления нужно распространять раньше недавно произведенных презервативов.
- Если возможно, дайте клиенту (-ке) трехмесячный запас презервативов, в соответствии с потребностью. Приблизительный трехмесячный запас составляет 40 штук.

ПРИМЕЧАНИЕ: программы/учреждения по СРЗ/планированию семьи должны расширять образовательные мероприятия среди клиентов и местного населения с акцентом на то, что презервативы защищают от ИППП, включая ВИЧ.

3 Диафрагмы

3.1 Определение

Диафрагма – это неглубокая резиновая чашечка куполообразной формы с гибким ободком. При правильном введении во влагалище диафрагма закрывает шейку матки. До введения во влагалище на купол диафрагмы накладывают спермицидный крем или желе. Контрацептивный эффект диафрагмы частично достигается тем, что диафрагма служит барьером между шейкой матки и спермой; эффект частично достигается и тем, что диафрагма является своеобразным контейнером для спермицидов. При правильном использовании при каждом половом акте диафрагма может служить относительно эффективным методом контрацепции.

Существует четыре типа диафрагм:

- *плоская диафрагма,* на основании которой имеется плоский металлический ободок;
- *цилиндрическая диафрагма,* с плотным винтовидным основанием;

- *дугообразная диафрагма,* со встроенным металлическим основанием, которое придает ободку скорее дугообразную форму, чем плоское складчатое очертание; и
- *диафрагма с широким ободком,* которая имеется в двух видах - в виде дугообразной диафрагмы и в виде цилиндрической диафрагмы. Последняя имеет гибкую кромку шириной приблизительно 1,5 см, прикрепленную к внутреннему краю ободка/кольца диафрагмы; эта кромка удерживает спермициды на месте и лучше прикрепляет диафрагму к стенке влагалища.

3.2 Показания к применению

Диафрагму необходимо предоставлять по просьбе любой женщины, которая приняла решение об использовании метода после соответствующего консультирования и информирования.

Диафрагма особенно подходит женщинам, принявшим решение использовать барьерный метод контрацепции (смотрите раздел 1.1), при следующих обстоятельствах:

- Хотят сами использовать метод контрацепции и не зависеть от желания партнера использовать презерватив.
- Хотят, чтоб время применения контрацептивного метода не совпадало с половым актом.
- Способны научиться технике введения диафрагмы.
- Имеют дома приватные условия, позволяющие вводить, удалять и хранить диафрагму.
- Имеют условия для правильного ухода за диафрагмой, например, чистая вода и мыло.

3.3 Медицинские критерии приемлемости

Класс 4 (противопоказания)

Противопоказаний нет.

Класс 3

В дополнение к состояниям, перечисленным в разделе 1.2 этой главы, есть и другие состояния, требующие внимательного рассмотрения до того, как женщина начнет использовать диафрагму, в частности:

- синдром токсического шока в анамнезе;
- дефекты строения матки и влагалища, которые могут помешать правильно поместить диафрагму во влагалище, например, выпадение матки, слабый влагалищный тонус, сужение влагалища или слабое лонное сочленение;

- высокий риск ИППП, ВИЧ-инфекции и СПИДа;
- аллергия на латекс и чувствительность к спермицидам.
- неспособность клиентки правильно вводить диафрагму и адекватно ощущать шейку матки.

Класс 2

При наличии следующих состояний необходимо соблюдать осторожность:

- Роды в срок, имевшие место в течение последних 6-12 недель. Диафрагму нельзя вводить пока полностью не завершится инволюция матки;
- Рожавшие женщины;
- Осложненная болезнь клапанов сердца;
- Инфекции мочевыводящих путей.

3.4 Консультирование и информирование

Все клиенты, обращающиеся за диафрагмой, должны быть соответствующим образом проконсультированы о выборе и использовании данного метода контрацепции.

Для выбора метода:

- Обсудите преимущества и недостатки использования диафрагмы и других альтернативных методов планирования семьи. Расскажите об эффективности данного метода и о том, как важно использовать его при каждом половом акте. Соберите или проверьте медицинский анамнез и следуйте схеме индивидуального консультирования, останавливаясь подробно на любых специфических вопросах и беспокойствах этой женщины.

Для использования метода:

Смотрите инструкции в разделе 3.9 данной главы.

- Расскажите женщине о правильном использовании и хранении диафрагмы, о сроке ее проверки и замены. Женщина должна знать, что при задержке менструации или дискомфорте от применения диафрагмы, ей следует вновь обратиться в клинику для получения соответствующей помощи.
- *Побочные явления:* расскажите женщине о признаках инфекции мочевыводящих путей, синдрома токсического шока и вагинита. Объясните ей, что она должна немедленно обратиться за помощью, если появятся подобные признаки или симптомы. Проинформируйте ее, что когда диафрагма находится во влагалище, ни она, ни ее парт-

нер не должны испытывать дискомфорта.

- Если пара хочет использовать диафрагму в качестве второго метода контрацепции в дни предполагаемой овуляции, проконсультируйте о фертильных днях цикла.

3.5 Оценка состояния здоровья

Смотрите раздел 1.3 данной главы. Кроме этого, до предоставления диафрагмы, надо всегда проводить гинекологический осмотр для исключения состояний, требующих внимательного рассмотрения при выборе и использовании данного метода контрацепции.

3.6 Выбор диафрагмы

Дугообразная диафрагма

- Большинство пользователей считает, что дугообразная диафрагма удобна и комфортабельна.
- Дугообразная диафрагма создает возможность правильного расположения задней части ободка за шейкой матки.
- Для женщин с загибом матки назад (ретроверзия) или заметным наклоном матки вперед (антеверсия), или с длинной, нерожавшей шейкой матки может быть легче вводить дугообразную диафрагму, чем цилиндрическую или плоскую.
- Дугообразная диафрагма может подойти женщинам с грыжей мочевого пузыря или легким пролапсом.

Цилиндрическая и плоская диафрагмы

- Любая из этих диафрагм может подойти женщинам, которые испытывают дискомфорт при использовании дугообразной диафрагмы или у которых исключительно сильный вагинальный тонус.
- Плоская диафрагма подходит женщинам, имеющим неглубокий свод позади лобкового сочленения; если же свод глубокий, больше подойдет цилиндрическая диафрагма.
- Цилиндрическую диафрагму следует использовать только в тех случаях, когда нет смещения матки; плоскую диафрагму можно использовать и при отклонении матки вперед.

3.7 Кто может предоставлять диафрагмы

Этот метод контрацепции могут предоставлять обученные врачи, акушерки, медицинские сестры и другие медицинские работники, в соответствии с действующими положениями и инструкциями.

3.8 Процедура подбора диафрагмы нужного размера

Диафрагмы имеются в размерах от 50 до 95 мм. Подходящий размер подбирается специально обученным этому медицинским работником. Процедура подбора диафрагмы может быть выполнена в любое время менструального цикла.

- Перед процедурой подбора проведите внимательный гинекологический осмотр на предмет выявления любой тазовой патологий и состояний, требующих особого внимания.
- Для подбора нужного размера диафрагмы, а также для приобретения практики, пользуйтесь набором диафрагм, а не набором колец для подгонки.

Процедура подбора диафрагмы

Выбор диафрагмы будет зависеть от глубины влагалища, тонуса вагинальных мышц и положения матки.

ПРИМЕЧАНИЕ: если женщина предпочитает введение диафрагмы при помощи специального устройства для ввода, необходимо использовать цилиндрическую или плоскую диафрагмы. Но обычно устройства для ввода диафрагмы редко используются. Во всех случаях, расположение диафрагмы следует проверять вручную.

- Приблизительный размер можно получить, измерив вручную расстояние между задним сводом влагалища и гребнем тазовой кости:
  - введите указательный и средний пальцы во влагалище до тех пор, пока средний палец не упрется в верхнюю часть задней стенки влагалища;
  - кончиком большого пальца отметьте точку, где указательный палец касается лобковой кости. Расстояние между кончиком среднего пальца и большим пальцем и есть предполагаемый диаметр диафрагмы.
- Поместите диафрагму между лобковым сочленением и задним сводом влагалища (слепой мешок). Диафрагма должна покрывать шейку матки и верхнюю часть передней стенки влагалища, при этом прикасаясь к обеим боковым стенкам влагалища.
- Среди наиболее удобных для клиентки диафрагм, которые хорошо держатся лобковой костью, выберите диафрагму наибольшего размера. Если диафрагма находится на своем месте, женщина не должна ощущать ее:
  - если диафрагма слишком большая, она может вызвать неудобство, деформироваться или сместиться;
  - если диафрагма недостаточно большая, она может сместиться и не покрыть полностью цервикальный канал.

Обучение женщины использованию диафрагмы

После выбора типа и размера диафрагмы научите женщину, как нащу-

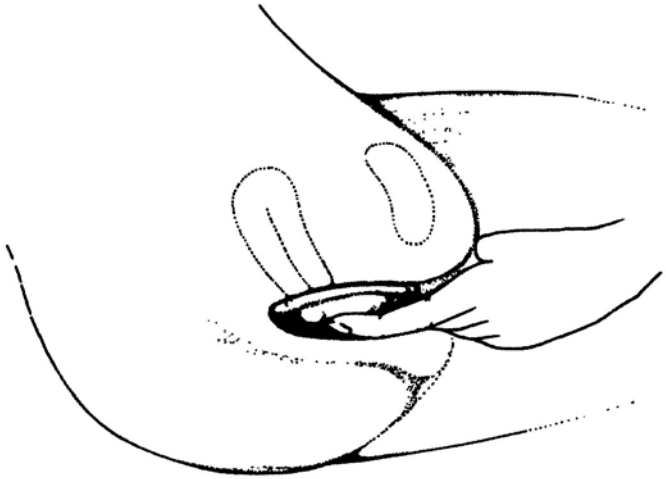
пать шейку матки под куполом диафрагмы («чувствуется как кончик носа») и как проверять расположение передней части ободка за лобковым сочленением (рисунок 7.3)

Дайте четкие инструкции о введении и удалении диафрагмы и введении спермицидов (смотрите ниже).

- Проинструктируйте женщину о том, что необходимо глубоко ввести согнутую диафрагму вдоль задней стенки влагалища, а затем толкнуть кончиком пальца переднюю часть ободка за гребень тазовой кости.
- Проинструктируйте о том, что для удаления диафрагмы следует положить палец на ближайшую (переднюю) часть ободка диафрагмы и потянуть ее вниз и вперед. Ободок диафрагмы также можно захватить и потянуть двумя пальцами.
- Для демонстрации правильного введения и размещения диафрагмы используйте пластиковую тазовую модель, если таковая имеется.

Во время практики обеспечьте женщину приватную обстановку. Предложите ей практичную и удобную позицию для введения, например, с опорой на одной ноге, сидя на корточках или лежа. После того, как женщина сама введет диафрагму, проверьте правильное расположение диафрагмы и повторно проверьте, насколько выбранная диафрагма подходит женщине.

Рисунок 7.3 Нащупывание шейки матки через диафрагму



Назначьте точный размер и тип диафрагмы, которую женщина сможет с комфортом носить и успешно вводить и удалять. Дайте запас спермицидного желе или крема.

3.9 Инструкции для клиентов

Когда вводить диафрагму

Диафрагму можно ввести в любое время до полового акта.

Использование диафрагмы

- До каждого использования диафрагму необходимо положить на нее по меньшей мере одну столовую ложку спермицидов и добавлять спермициды при каждом половом акте. Если диафрагма была введена раньше чем за 2 часа до полового акта, рекомендуется непосредственно перед этим добавить спермициды.
- До полового акта женщина должна проверить, покрыта ли шейка матки диафрагмой и насколько удобно размещен ободок за лобковой костью.
- Женщина должна оставить диафрагму на месте минимум на 6 часов после последнего полового акта, но не более чем на 24 часа после введения.

Очищение, проверка и хранение диафрагмы

- Женщине необходимо мыть диафрагму теплой водой с мягким мылом, после чего высушить. Можно посыпать ее кукурузным крахмалом. Диафрагму необходимо хранить в своем контейнере, вдали от источников тепла. Женщина должна регулярно проверять диафрагму на предмет перфорации, рассматривая ее на свету.
- Вазелин, дезинфицирующие и моющие средства, ароматизированные мыла и порошки использовать не следует.

Замена диафрагмы

- Диафрагму следует заменить новой после 2 лет использования.
- Если женщина родила ребенка, набрала или потеряла вес (на 3-7 кг или больше), необходимо проверить, подходит ли ей диафрагма, которую она использует и подобрать соответствующий размер.

Напоминание для пары: «Эффективность диафрагмы зависит от того, используется ли она при каждом половом акте».

Последующее наблюдение

Назначьте последующий визит через 1-2 недели, чтобы проверить, подходит ли диафрагма женщине и как она используется. Проинструктируйте о том, что до посещения в клинику нужно носить диафрагму по меньшей мере 8 часов.

После того, как вы проинструктируйте женщину, попросите ее повторить сказанное вами своими словами. Если необходимо, объясните

инструкции по использованию еще раз, подчеркивая те моменты, которые не были поняты. Предложите письменные инструкции с иллюстрациями.

3.10 Последующее наблюдение

- Проведите очередной осмотр через 1-2 недели после процедуры подбора диафрагмы, чтобы проверить, правильно ли она используется и насколько подходит женщине.
- Запланируйте повторную проверку через год в это же время.
- Попросите женщину обращаться в медицинское учреждение в случае побочных явлений, потери или прибавки в весе более чем на 4,5 кг, а также если она будет недовольна данным методом.

3.11 Побочные воздействия

Побочные явления при использовании диафрагмы редки, но возможны, в частности.

- *Инфекции мочевыводящих путей (ИМП)*

  Лечение: лечите ИМП или направьте на лечение. Женщина должна прекратить использование диафрагмы во время лечения. Проверьте размер диафрагмы и, если она слишком большая, предоставьте диафрагму меньшего размера. Во время лечения предоставьте промежуточный метод контрацепции.
- *Местное раздражение, вызванное повышенной чувствительностью или аллергией:* обычно, бывает по отношению к спермицидам, используемым вместе с диафрагмой.

  Лечение: предложите перейти на другой спермицидный препарат, отличающийся по составу активного компонента. Если раздражение продолжается, предложите перейти на другой метод контрацепции.
- *Дискомфорт, испытываемый партнером или самой женщиной (спазмы, давление на мочевой пузырь или прямую кишку)* от механического контакта или давления ободка диафрагмы.

  Устранение: если женщина хочет продолжить использование данного метода предложите поменять размер диафрагмы или использовать диафрагму с другим типом ободка.
- *Выделения или запах из влагалища* возможны, если диафрагма находится во влагалище более 24 часов.

  Лечение: успокойте женщину и рекомендуйте соблюдение гигиенических мер, если нет вагинита. Назначьте лечение или направьте на лечение, если симптомы продолжаются или присутствуют какие-либо возбудители вагинита.
- *Повреждения влагалища, вызванные ободком диафрагмы.*

Устранение: женщина должна на время прекратить использование диафрагмы. Временно предоставьте ей другой метод контрацепции. Проверьте еще раз, насколько диафрагма подходит женщине. Использование диафрагмы можно возобновить, как только заживут ранки.

- *Повреждения передней стенки влагалища*, вызванные удалением диафрагмы.

  Устранение: женщина должна на время прекратить использование диафрагмы. Временно предоставьте ей другой метод контрацепции. Проверьте технику извлечения; проверьте длину ногтей.

3.12 Организация услуг

Условия и сроки хранения

Срок хранения диафрагм должен быть ограничен 3-5 годами. На качество латекса влияют ультрафиолетовые лучи и тепло, поэтому хранимые на складе диафрагмы необходимо проверять через каждые 6-9 месяцев на предмет выявления повреждений. Кроме этого, необходимо проверять диафрагмы непосредственно перед предоставлением клиентам, в каждом отдельном случае.

Припасы спермицидов

На каждые 3 месяца использования диафрагмы требуется приблизительно 2 тюбика желе. Каждый тюбик желе рассчитан примерно на 25 аппликаций; в течении года может потребоваться 6-8 тюбиков.

Принадлежности, необходимые для подбора диафрагмы

- Стерильные или продезинфицированные образцы диафрагм различных размеров.
- Стерильное желе или кипяченная/дезинфицированная вода для смазки диафрагмы во время процедуры подбора.
- Нестерильные перчатки (если используются перчатки многократного использования, после каждой женщины они должны быть простерилизованы или подвергуты дезинфекции высокого уровня).

Уход за принадлежностями для подбора диафрагмы

Это относится к диафрагмам и/или кольцам, которые используются во время процедуры подбора диафрагмы и в процессе обучения женщин правильному пользованию методом.

- Обеззаразить путем замачивания использованных принадлежностей в 0,5%-ном растворе хлора на 10 минут.
- Надев перчатки, промыть моющим средством и водой, удаляя любой органический материал.

- Высушить перед погружением в дезинфицирующий раствор.
- Продезинфицировать путем погружения в 0,1%-ный раствор хлора на 20 минут. Дезинфицировать также можно путем кипячения, однако это снижает срок использования диафрагмы и/или колец для подгонки.
- Высушить на воздухе или полотенцем и хранить в чистом контейнере.

В медицинских учреждениях, где есть автоклав, набор диафрагм для подбора должен быть простерилизован паром после обеззараживания и мытья.

Обучение

Диафрагмы можно предоставлять только в клинике планирования семьи или сексуального и репродуктивного здоровья, имеющей обученный этому персонал. Решение о необходимости обучения персонала принимает руководитель программы, на основе изучения спроса на данный метод.

4 Спермициды

4.1 Определение

Спермициды – это химические вещества, которые инактивируют и убивают сперматозоидов. В определенной степени они также создают барьер на пути к шейке матки. К основным поверхностно-активным спермицидным агентам относятся: ноноксинол-9, октоксинол, менфегол и хлорид бензалкониума.

Спермициды выпускаются в форме кремов, желе (гель), суппозиториев, а также в виде пенящихся таблеток, шариков или аэрозолей.

Спермициды сами по себе обладают низкой контрацептивной эффективностью, но при использовании в качестве дополнения к другим барьерным методам могут иметь высокую эффективность. Доказательств того, что спермициды, включая ноноксинол-9, защищают от ВИЧ и других ИППП, нет. Более того, есть некоторые данные, указывающие на то, что при частом использовании ноноксинола-9 (два раза в день или чаще) возможность передачи ВИЧ скорее увеличивается, чем снижается, что может быть связано с раздражением слизистой влагалища и шейки матки. Поэтому спермициды не рекомендуются использовать для защиты от ВИЧ и других ИППП.

Медицинские работники должны знать характеристики и отличия различных типов и торговых марок спермицидов, имеющихся в данном медицинском учреждении/программе, и консультировать клиентов соответствующим образом.

4.2 Показания к применению

Спермициды следует предоставлять любому клиенту, кто обращается за ними для использования с целью контрацептивной защиты, включая тех, которые не являются регулярными клиентами программы/ медицинского учреждения. Официальная регистрация в учреждении/программе не должна быть условием получения спермицидов.

Спермициды могут быть подходящим выбором для пар, которые решили использовать барьерный метод контрацепции, особенно в случаях когда:

- Пара очень заинтересована, чтоб использование спермицидов было эффективным.
- Естественная фертильность женщины снижена в связи с ее возрастом или лактацией.
- Возможная беременность не представляет особого риска для здоровья женщины.
- Пара хочет использовать спермициды вместе с диафрагмой или презервативом.

4.3 Медицинские критерии приемлемости

Класс 4 (противопоказания)

- клиенты с высоким риском ВИЧ-инфекции;
- ВИЧ-положительные клиенты;
- клиенты, больные СПИДом.

Класс 2

Спермициды можно использовать с соблюдением мер предосторожности при определенных обстоятельствах:

- если неудача при использовании спермицидов может привести к беременности, представляющей высокий риск для здоровья женщины, при предоставлении спермицидов необходимо принимать во внимание их низкую эффективность;
- чувствительность к спермицидам;
- рак шейки матки.

4.4 Консультирование и информирование

Проконсультируйте клиентов о выборе и использовании данного метода контрацепции.

Для выбора данного метода

Женщину или пару необходимо проконсультировать о преимуществах и недостатках использования только спермицидов, включая:

- более высокий риск беременности по сравнению с другими контрацептивными методами;
- необходимость правильного использования и обращения со спермицидами; в том числе необходимость подождать некоторое время, чтобы суппозитории и таблетки растворились.

Для использования метода

Смотрите раздел 4.6 ниже.

4.5 Выбор спермицида

- Если используются только спермициды, то рекомендуется спермицидная пенка. Пенка в аэрозольном контейнере активируется немедленно; для введения требуется аппликатор.
- Пенки-суппозитории и таблетки удобно носить и хранить, однако после их введения до начала полового акта необходимо подождать 10-15 минут.
- Растаивающие суппозитории также требуют 10-15 минутного ожидания перед началом полового акта.
- Контрацептивное желе обычно используется с диафрагмой.

Спермициды, содержащие ртутные соединения, нельзя рекомендовать для использования или хранения.

4.6 Инструкции о спермицидах

Расскажите женщине о следующем:

- Важность использования спермицидов при каждом половом акте.
- Необходимость подождать 10-15 минут после введения таблеток или суппозиториев. Такой необходимости нет при использовании кремов и желе.
- Важность точного следования рекомендациям производителя по использованию и хранению каждого продукта (например, пенки-аэрозоли перед наполнением аппликатора необходимо взболтать).
- Необходимость повторного введения спермицидов, если после введения спермицидов до начала полового акта прошло более часа.
- Важность правильного введения спермицидов глубоко во влагалище, чтобы хорошо покрыть шейку матки.
- Необходимость обращения в медицинское учреждение для исключения возможной беременности, если наблюдается задержка менструации.

После того, как вы дадите женщине эти инструкции, попросите ее повторить своими словами все, что было сказано вами. Если необходимо, объясните инструкции еще раз, подчеркивая те моменты, которые женщина не поняла. Предложите письменные инструкции с иллюстрациями.

4.7 Побочные явления

Побочные явления от применения спермицидов редки и незначительны:

- *Местное раздражение, вызванное повышенной чувствительностью или аллергией:*

  Устранение: перейдите на другой спермицидный продукт, в состав которого входит другой активный компонент. Если проблема продолжается, предложите перейти на другой контрацептивный метод.

Предположения о возможных врожденных пороках развития плода при беременности, вызванной неудачей в использовании спермицидов, в ходе различных исследований не получили подтверждения.

4.8 Организация услуг

Хранение и срок годности

- Срок хранения спермицидов должен быть ограничен сроком, указанным производителем каждого продукта. Примерный срок хранения с момента производства – 5 лет.
- Через каждые 6-9 месяцев проводите тестирование образцов имеющихся в медицинском учреждении запасов спермицидов:
  - *пенящиеся таблетки:* проверьте сухость упаковки, насколько она влагоустойчива;
  - *пенки-аэрозоли:* проверьте, как функционирует контейнер.

Обеспечение запасов спермицидов

Если возможно, предоставьте трехмесячный запас спермицидов, согласно потребностям клиентов. На 3 месяца обычно хватает: 1 пенящийся аэрозоль, 2 тюбика крема или желе или 40 пенящихся таблеток.

Фото: Фатиха Терки/Эфиопия

8 ЖЕНСКАЯ И МУЖСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ

1 Введение

1.1 Определение

Добровольная женская и мужская стерилизация (известная также как сальпингоэктомия, окклюзия маточных труб, перевязка маточных труб или хирургическая контрацепция и вазектомия) является одним из наиболее эффективных контрацептивных методов для мужчин и женщин, которые не хотят иметь больше детей. Стерилизация также является одним из наиболее безопасных методов, имеющих низкий уровень смертности и осложнений как для мужчин, так и для женщин. Процедура стерилизации заключается в блокировании семенных протоков (vasa deferentia) или яйцеводов (фаллопиевых труб), что предотвращает соединение спермы с яйцеклеткой.

1.2 Общие показания

Услугу стерилизации следует предоставлять всем клиентам, которые имеют желаемое количество детей и обращаются за данной услугой после соответствующего консультирования и принятия информированного решения.

Примечание: при некоторых тяжелых необратимых психиатрических или неврологических состояниях, несовместимых с материнством или отцовством, клиенты могут быть не в состоянии дать свое согласие на стерилизацию. В таких случаях необходимо получить письменное заключение опытного консультанта. При этом, все документы должны быть сохранены, включая обсуждение альтернатив стерилизации.

1.3 Предоперационный скрининг

Предоперационный скрининг клиентов проводится для того, чтобы:

- **В процессе консультирования и информированного выбора удостовериться в том, что:**
  - клиент (-ка) делает добровольный информированный выбор данного метода без принуждения родственников или медицинских работников;
  - установлены все немедицинские факторы, которые могут вызвать сожаление о сделанной стерилизации (например, клиенты слишком молоды, не имеют детей или имеют мало детей; когда отношения с партнером нестабильны или есть неуверенность в принятом решении).
- **В процессе медицинской оценки установить следующее:**
  - подходит ли данный метод клиенту (-ке);

- есть ли состояния, которые могут увеличить риск, связанный с процедурой стерилизации;
- какой хирургический метод и режим анестезии наиболее подходят клиенту (-ке); в каком медицинском учреждении они хотели бы пройти процедуру стерилизации.

При производстве стерилизации, если она разрешена законода-тельством и нормативными положениями, надо основываться на наиболее подходящем выборе для клиента. В рамках программ необходимо избегать установления обязательных критериев, основан-ных на возрасте, количестве детей или семейном статусе. Инструкции надо интерпретировать с учетом потребностей каждого отдельного клиента.

В некоторых случаях (например, при наличии медицинского состояния, требующего оценки здоровья или лечения) процедуру приходится отложить. При этом надо объяснить клиенту (-ке) причину отсрочки и об этом записать в медицинской карте. Необходимо запланировать дату проведения отсроченной стерилизации и посоветовать времен-ное использование других методов контрацепции.

1.4 Консультирование и информирование

Все клиенты, обратившиеся за стерилизацией, должны получить соответствующее консультирование для окончательного решения о выборе данного метода:

- **Если возможно, проконсультируйте обоих партнеров.**
  - Необходимо обсудить вопрос о том, кто из партнеров пройдет стерилизацию и помочь паре принять твердое и наиболее удобное для обоих партнеров решение. Следует принять во внимание возможный риск для здоровья каждого из партнеров, связанный со стерилизацией.
  - При обсуждении вопроса о стерилизации кого-либо из партнеров следует принять во внимание и такой фактор, как количество нескольких кесаревых сечений в анамнезе. Если женщина беременна, стерилизацию можно выполнить во время очередного кесарева сечения.
  - Предоставьте клиентам также возможность проконсультироваться индивидуально.
- **Поощряйте клиентов задавать вопросы и выражать свои сомнения и тревоги**, чтобы разъяснить возможное непонимание и неправильную информацию. Например, клиентов необходимо заверить в том, что стерилизация не влияет на их физическое и психическое здоровье или нормальное сексуальное поведение.
- **Подробно обсудите с каждым клиентом (-кой) на понятном ему/ей**

языке нижеперечисленные вопросы, соответственно его/ее уровню воспитания и образу жизни:

- *Доступные альтернативные (временные) методы планирования семьи.*

  Эти методы должны быть доступны клиентам, чтобы была возможность выбора между временными и постоянными методами. Информация о временных и постоянных методах должна включать в себя эффективность, пользу, риски и побочные эффекты каждого метода.
- *Процедура является хирургической.* Рассмотрите с клиентами детали выполнения процедуры. Они должны понимать: (а) тип процедуры; (б) где она будет выполнена; (в) какая анестезия, будет использована; (г) как будут чувствовать себя после процедуры; (д) возможность определенного дискомфорта во время хирургической процедуры; и (е) стоимость процедуры, если она платная.
- Несмотря на то, что процедура стерилизации является очень безопасной, существует *небольшая возможность осложнений*, связанных с анестезией и самой процедурой.
- *Стерилизация имеет такие преимущества,* как завершение рождения детей, отсутствие рисков, связанных с будущей возможной беременностью, отсутствие неудобств или рисков, связанных с длительным применением временных методов контрацепции.
- Существует *риск неудачи*, несмотря на то, что стерилизация является очень эффективным методом контрацепции.
- *Результаты процедуры являются постоянными:* после стери-лизации клиент (-ка) не сможет больше иметь детей. Уведомите о том, что процедуру следует рассматривать как постоянную (смотрите также раздел 1.11).
- Выбор данного метода должен быть *добровольным и свободным выбором клиентов*. Нельзя принуждать или стараться убедить их. Если есть какие-либо в этом сомнения в том, что выбор стерилизации является свободной волей клиента (-ки), предоставьте время для обсуждения и дальнейшего разъяснения.
- До процедуры клиенты *имеют право изменить свое решение* в любое время. Возможность пересмотреть и изменить принятое решение до процедуры может предотвратить принуждение и помогает удостовериться в том, что выбор является добровольным. При возможности, рекомендуйте подождать несколько дней, однако это необязательно, особенно если принятое клиентами решение является окончательным и твердым.

- *Стерилизация не защищает от ВИЧ и других инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Пары, подверженные риску заражения ИППП, должны быть проконсультированы об использовании презервативов.*

1.5 Информированное согласие

Информированное согласие на стерилизацию – это согласие человека, основанное на свободном выборе и являющееся выражением полного понимания природы и последствий данной хирургической процедуры. Как было описано выше, данное согласие должно быть получено только после соответствующего консультирования.

Команда медицинских работников, выполняющих стерилизацию, прежде всего несет *этическую ответственность* за уверенность в том, что данный человек дал хорошо продуманное, информированное, добровольное и свободное согласие на операцию, и что он (-а) является юридически компетентным (-ной) на предоставление такого согласия.

От всех клиентов, обращающихся за стерилизацией, необходимо получить письменное информированное согласие для того, чтобы:

- иметь документ об информированном и добровольном выборе, *и*
- иметь юридическое разрешение на производство хирургического вмешательства.

Подписи:

- Человек, собирающийся пройти стерилизацию должен подписать специальную форму согласия.
- Неграмотным клиентам следует прочесть и объяснить форму согласия. Отпечаток большого пальца или значок, нарисованный клиентом (-кой), может заменить его/ее подпись. Рекомендуется также получить подпись грамотного свидетеля.
- Хирург или его/ее ассистент также должны подписать форму согласия. Данная подпись означает, что он/она установил (-а), что человек, обращающийся за стерилизацией, понимает, что это за процедура, и действительно желает ее пройти.

Язык:

Выражения и слова, используемые в форме согласия и в процессе консультирования, должны быть легки для понимания клиентами. Избегайте сложных медицинских и юридических терминов.

Там, где население говорит более чем на одном языке, нужно иметь формы на нескольких наиболее распространенных языках. Желательно, чтобы в медицинском учреждении работали люди, говорящие на разных распространенных в данной местности языках. Если это невозможно, необходимо привлекать переводчиков.

1.6 Оценка состояния здоровья

Нужно иметь соответствующую форму для записей клинических наблюдений и заполнять ее на каждого клиента, чтоб обеспечить сбор и регистрацию основных анамнестических данных, данных физического осмотра и лабораторных исследований.

- *Медицинский анамнез:* в дополнение к личным и семейным данным, включая количество детей и использование методов планирования семьи, необходимо получить следующую информацию:
  - заболевания в настоящем и в прошлом и другие состояния, которые могут представлять риск при производстве операции, включая диабет, сердечные заболевания, гипертензию, заболевания легких, такие, как астма или бронхит, заболевания почек, инфекции мочеполовых системы, ИППП, анемия, кровотече-ния/тромбозы, судороги, психиатрические состояния и любые другие заболевания или инфекции;
  - произведенные в прошлом операции на органах брюшной полости, имеющиеся проблемы с анестезией, ограничение движений, наличие пристрастий, произведенная в прошлом прививка против столбняка;
  - аллергии, включая реакцию на лекарственные препараты;
  - принимаемые в настоящее время лекарственные препараты.
- *Физическое и лабораторное обследование:* до хирургической процедуры должно быть обязательно проведено физическое обследование, описанное в разделах 2.6 (мужская стерилизация) и 3.6 (женская стерилизация). Лабораторные исследования обычно необязательны, за исключением случаев, показанных анамнезом и физическим осмотром.

Скрининг на ВИЧ не требуется. Соответствующие процедуры профилактики инфекций должны быть тщательно соблюдены во всех хирургических процедурах.

1.7 Анестезия

Местная анестезия является наиболее предпочтительным методом для всех типов процедуры стерилизации. Использование общей, спинномозговой или эпидуральной анестезии редко обосновывается.

1.8 Принципы обеспечения безопасности хирургического вмешательства

- Хирурги и его сотрудники должны быть достаточно квалифицированы и обучены по используемой ими технике хирургического вмешательства. Кроме того, они должны уметь выявлять ранние признаки осложнений и вовремя устранять их.

- Общепринятые медицинские и хирургические руководства и указания должны строго соблюдаться.
- В периоде рутинного осуществления стерилизаций, хирургу следует отказаться от оперативных вмешательств, связанных с другими патологическими состояниями, за исключением тех случаев, когда это операция была запланирована заранее и должна проводится в адекватно оборудованной операционной. Единственным исключением является вмешательство при неотложных состояниях.
- Должны строго соблюдаться меры по профилактике инфекций (смотрите главу 15 «Профилактика инфекций и контроль»).
- До начала хирургической процедуры надо удостовриться в том, что все инструменты и оборудование находятся в исправном состоянии.
- Учреждение должно быть хорошо оборудовано и иметь лекарственные препараты, необходимые для устранения состояний, угрожающих жизни, и других чрезвычайных ситуаций.

1.9 Инструкции по уходу в послеоперационном периоде

Предоставьте клиентам письменные инструкции ухода в послеоперационном периоде на понятном для них языке или в виде диаграм, рассчитанные как на грамотных, так и на неграмотных.

Обсудите каждый пункт инструкций до того, как клиент (-ка) покинет учреждение, включая следующие вопросы:

- как следить за раной;
- как употреблять в послеоперационном периоде назначенные лекарственные препараты;
- каким должен быть режим отдыха дома на первый день после операции;
- какие признаки должны настораживать и как поступить в случае появления любого из них;
- когда можно возобновить нормальную деятельность, включая половую жизнь;
- куда и к кому обратиться при неотложных состояниях;
- когда и куда обратиться для последующего наблюдения.

1.10 Осложнения

- Серьезные осложнения составляют менее 1% всех случаев вазектомии и трубной окклюзии. Чрезвычайно важно раннее выявление и быстрое устранение осложнений.
- **Все осложнения, как серьезные, так и незначительные, а также меры, принятые по их устранению должны быть зарегистрированы в клинической карте клиента (-ки).**

- Если в рамках местной программы наблюдается необычно высокий уровень осложнений (например, инфицирование раны), необходимо провести исследование для выявления причин этих осложнений и предпринять корректирующие действия.
- Более подробную информацию об осложнениях мужской и женской стерилизации вы сможете найти в разделах 2.12 и 3.13 данной главы.

1.11 Обратимость

- **Стерилизацию нужно считать постоянным и необратимым методом.** На успех случаев по восстановлению фертильности влияют многочисленные факторы. Есть случаи, когда эти попытки не представляются целесообразными или не рекомендуются.
- Восстановительная хирургия сложнее стерилизации. Если клиенты изъявляют желание восстановить фертильность, их необходимо направить в медицинское учреждение, соответствующего уровня оказания медицинской помощи.
- В связи с повышенным риском наступления внематочной беременности после операции по восстановлению фертильности, всех прооперированных с этой целью женщин необходимо держать под тщательным наблюдением. Им надо сказать о повышенном риске внематочной беременности после операции по восстановлению фертильности и посоветовать обратиться за медицинскими услугами или помощью при наступлении или подозрении на беременность.

1.12 Организация услуг

Помещение и оборудование

- Для проведения стерилизации необходимо иметь помещение, соответствующее следующим требованиям:
  - Чистая комната ожидания или приемная для новых и повторно посещающих клиентов. Это помещение должно соответствовать местным культурным традициям и подходить для проведения образовательных мероприятий. Нужно развесить обучающие плакаты с информацией о методах планирования семьи.
  - Помещение для консультирования, предпочтительно изолированное или приватное.
  - Смотровой кабинет для осмотра клиентов до и после процедуры.
  - Чистая операционная, изолированная от внешнего окружения и вдали от места передвижения людей по клинике.
  - Предоперационное помещение, смежное с операционной, где медицинский персонал, выполняющий стерилизацию моется и сменяет одежду.

- Помещение для очистки, стерилизации и дезинфекции хирургических инструментов и материалов, или доступ к этому в другом учреждении.
- Послеоперационная комната для восстановления физических сил и отдыха клиентов после операции.
- Лаборатория или доступ к ней в другом учреждении (например, для анализа крови, мочи, спермы).
- Система для сохранения и поиска данных клиентов.
- Туалет и умывальник для клиентов.
- Прачечная или доступ к прачечной.

ПРИМЕЧАНИЕ: некоторые из вышеперечисленных функциональных подразделений могут быть совмещены в одном помещении.

Вышеперечисленные требования чаще всего соблюдаются в больницах или в клиниках. В медицинских учреждениях другого типа эти требования могут соблюдаться при определенных обстоятельствах, в соответствии с местными потребностями.

- *Если процедура стерилизации проводится не в больнице:*
  - Учреждение должно иметь связь с медицинской организацией, которое сможет обеспечить срочный прием пациента для устранения хирургических осложнений.
  - Учреждение, где проводится стерилизация, должно иметь возможность быстро транспортировать пациента в медицинскую организацию, где смогут оказать неотложную помощь.
- *Местная анестезия:*
  - Лидокаин (лигнокаин).
- *Оборудование для чрезвычайных ситуаций, которое должно быть в каждом учреждении, где выполняется стерилизация:*
  - *Для мужской и женской стерилизации:*
    - отсос с трубками и двумя сосудами;
    - ротовой и носовой воздуховод (2 размера каждого);
    - ручной аппарат для форсированной искусственной вентиляции легких или аппарат для искусственного дыхания;
    - препараты для оказания неотложной медицинской помощи, например, эпинефрин (адреналин) и антигистаминные препараты для устранения побочных действий.
  - *Только для женской стерилизации:*
    - наркозная маска и надувная кислородная подушка;
    - кислородный баллон с регулирующим клапаном, расходомером, трубками и маской;
    - жидкости для внутривенного вливания, например, раствор дек-

строзы и системы для вливаний с иглами большого калибра;
- инструменты для венесекции;
- стерильный набор для лапаротомии в случае чрезвычайной ситуации;
- ларингоскоп и эндотрахеальные трубки (если есть обученный персонал);
- дополнительные препараты для оказания неотложной помощи: атропин, налоксон, физостигмин и хлорид кальция для устранения неблагоприятных реакций на анестезию и другие препараты.

Вышеуказанное оборудование должно быть в наличии и готово к использованию во время всех процедур стерилизации. В учреждении должен быть медицинский работник, отвечающий за стерильность этого оборудования, его функциональность и готовность к использованию до начала каждой операции.

Для эффективного использования этого оборудования при неотложных ситуациях, медицинские работники, выполняющие стерилизацию, должны быть в достаточной степени обучены.

Правила и руководства

- Каждая программа, в рамках которой предлагаются услуги по стерилизации, должна проводить их согласно правилам и инструкциям данного медицинского учреждения, соответствующим действующему законадательству и установкам по проведению стерилизации.
- По каждой используемой технике выполнения стерилизации нужно иметь соответствующие хирургические и анестезиологические протоколы, а также протоколы для мониторинга и устранения возможных послеоперационных осложнений.
- В учреждении должны быть развешаны плакаты с инструкциями по профилактике и контролю инфекций.
- В рамках программы нужно создать структуру, обеспечивающую соблюдение медицинским и парамедицинским персоналом принятых руководств.

Клинические записи

В анкете каждого клиента необходимо регистрировать все аспекты, касающиеся процедуры, в том числе: результаты предоперационного обследования, тип процедуры, технику стерилизации, вид анестезии, что было выявленно в ходе операции, как протекал послеоперационный период, были ли осложнения и как они устранялись. Нужно также зафиксировать в анкете информированное согласие клиента на стерилизацию.

Мобильные группы

В некоторых странах имеются мобильные группы обученных медицинских работников, которые периодически выезжают в районы для производства стерилизации в медицинских учреждениях, в которых нет квалифицированного персонала, способного выполнять эту процедуру. При отсутствии медицинских учреждений, эти мобильные группы функционируют во временных, приспособленных для предоставления медицинских услуг помещениях, например, школах или других общественных зданиях. При этом тщательно соблюдаются правила безопасности и медицинские стандарты, в соответствии с действующими установками.

- Мобильные группы должны иметь в своем составе самых квалифицированных и опытных специалистов, которые могут проводить как консультирование, так и саму процедуру.
- Должны быть соблюдены соответствующие меры профилактики инфекций.
- Меры по дальнейшему наблюдению за клиентами, прошедшими стерилизацию, должны быть составной частью любых систем мобильных групп.

Направление

- Должна быть установлена система направлений в специализированные медицинские учреждения в случае чрезвычайных ситуаций, осложнений и медицинских проблем. Если необходимо, можно заручиться письменным согласием этих медицинских учреждений принимать и оказывать помощь клиентам, обращающимся по направлению.
- Если программа не включает в себе предоставление услуг по стерилизации, нужно установить систему направлений в другие учреждения.

Хирурги

Услуги по стерилизации имеют право предоставлять только те хирурги, которые прошли соответствующее обучение и имеют навыки и опыт выполнения стандартных техник стерилизации, описанных в данном руководстве. Эти требования необходимо включать в описание должностных обязанностей персонала.

Объём работ

Загруженность группы хирургов должна быть ограничена количеством процедур, позволяющих выполнять процедуру безопасно и качественно.

Пропаганда

Несмотря на свою эффективность и безопасность вазектомия не является широко распространенным методом. Программы должны включать в себя стратегии по разъяснению неверных представлений, соз-

дающих препятствия для приемлемости данного метода и его пропагандированию.

Программы женской стерилизации должны пропагандировать безопасную и удобную послеродовую, послеабортную и промежуточную стерилизацию (смотрите определения в разделе 3.7). Они должны поощрять службы по материнству предоставлять антенатальное консультирование по стерилизации и других методах планирования семьи, а также информировать клиентов о возможности проведения стерилизации или предоставления других услуг по контрацепции сразу же после родов.

Обучение

- Обучение новых сотрудников следует проводить по учебной программе, включающей в себя технику выполнения стерилизации, уход за клиентами, устранение осложнений и консультирование.
- Необходимо периодически оценивать потребности медицинских работников в усовершенствовании и проводить необходимое обучение.
- Программа обучения должна охватывать всех членов операционной группы: врачей, ассистентов, медицинских сестер, сестер-анестезисток, нянечек и помощников.

2 Стерилизация мужчин

2.1 Определение

Стерилизация мужчин, или вазектомия это оперативное вмеша-тельство, проводимое с целью полного прекращения способности мужчины воспроизводить потомство.

Это достигается путем выполнения простой, безопасной, недорогой и приемлемой операции, которая может быть произведена даже в амбулаторных условиях. Во время вазектомии перекрывают или надрезают оба семявыводящих протока, в результате чего сперма больше не попадает в эякулят.

Вазектомия является одним из наиболее эффективных методов контрацепции. При успешной вазэктомии, процент неудач в первые 12 месяцев после операции составляет лишь 0.1 беременностей на 100 женщин-партнеров.

2.2 Показания

Кроме общих показаний к стерилизации (смотрите раздел 1.2) вазектомию следует рассматривать как метод выбора в тех случаях, когда существует медицинский риск для стерилизации женщины.

2.3 Медицинские критерии приемлемости

В медицинских критериях Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) по приемлемости методов контрацепции используется специфическая классификация для хирургической стерилизации. Она отличается от критериев приемлемости других контрацептивных методов тем, что не существуют какие-либо состояния, во время которых не разрешается проведение добровольной стерилизации. Медицинское заключение проводиться лишь на основании сравнения риска процедуры стерилизации и риска, связанного с наступлением нежелательной беременности. Тем не менее, есть состояния, во время которых необходимо принять меры предосторожности или временно отложить процедуру.

Состояния, требующие соблюдения дополнительных мер предосторожности (категория С классификации ВОЗ). При перечисленных ниже состояниях, процедура выполняется в обычных условиях, но после тщательной подготовки и с соблюдением особых мер предосторожности:

- повреждения мошонки в анамнезе;
- молодой возраст;
- обширное варикозное расширение вен семенного канатика;
- обширное гидроцеле /водянка яичка/;
- крипторхизм;
- сахарный диабет;
- депрессия.

Состояния, при которых процедуру стерилизации необходимо отложить (категория D классификации ВОЗ). При перечисленных ниже состояниях, процедура стерилизации откладывается до тех пор, пока не будет проведена их оценка и/или устранение; при этом используются альтернативные методы временной контрацепции:

- местные инфекции:
  - кожная инфекция в области мошонки;
  - активная инфекция, передаваемая половым путем (ИППП);
  - воспаление головки полового члена;
  - воспаление придатка яичка или воспаление самого яичка.
- системная инфекция или гастроэнтерит;
- филяриаз/элефантиаз;
- опухолевидное образование в мошонке.

Состояния, требующие особого внимания (категория S классификации ВОЗ):

- паховая грыжа;
- нарушения свертываемости крови;
- СПИД.

При вышеперечисленных состояниях, процедуру необходимо проводить в условиях, где работают опытные хирурги и вспомогательный персонал, где есть оборудование для проведения при необходимости общей анестезии и других вспомогательных медицинских вмешательств, где есть возможность выполнения наиболее приемлемой техники процедуры и соответствующего режима анестезии. Если требуется направление в другое учреждение или процедура откладывается по какой-либо другой причине предоставляются альтернативные методы временной контрацепции.

При принятии медицинского заключения о проведении стерилизации необходимо тщательно взвесить случаи перенесенной в прошлом импотенции или других половых расстройств, так как вазектомия может ухудшить лежащие в их основе психологические проблемы.

2.4 Консультирование, информирование и информированное согласие

Следуйте общим инструкциям, описанным в главе 2 «Консультирование» и в разделах 1.4 и 1.5 данной главы.

- Клиенту необходимо объяснить также и то, что процедура не влияет на выработку мужских гормонов и не вызывает никаких изменений половой потенции или чувства сексуального удовлетворения.
- Нужно информировать о необходимости использования другого метода контрацепции до тех пор, пока не будет уверенности в том, что в эякуляте отсутствуют сперматозоиды, или пока не пройдет по меньшей мере 12 недель после вазектомии (медицинский работник, проводящий консультирование, должен оценить, нуждается ли клиент или его партнерша во временном контрацептивном методе).

Очень важно до процедуры дать клиентам возможность высказать свои сомнения и ответить на все интересующие их вопросы.

2.5 Кто имеет право выполнять вазектомию

Все врачи, включая врачей общей практики, могут выполнять вазектомию при условии, если они должным образом обучены. При определенных обстоятельствах можно обучить выполнению процедуры и другой медицинский персонал, если это не противоречит действующим законам и положениям. Если процедуру выполняет не врач, необходимо обеспечить его присутствие рядом для предоставления консультации или помощи в случае хирургических проблем или осложнений.

2.6 Оценка состояния здоровья

- При сборе анамнеза у мужчины, обращающегося за стерилизацией, наряду с вопросами, перечисленными в разделе 1.6 данного руковод-

ства, необходимо выяснить переносил ли он:

- операции и/или травмы в области мошонки или паха;
- половые расстройства, например, импотенцию.

- *Физический осмотр* должен включать в себе следующее:
  - осмотр мошонки на предмет наличия утолщений кожи, рубцов/ шрамов или инфекции;
  - осмотр на наличие неопустившихся яичек, гидроцеле, варикозного расширения вен семенного канатика, опухолевидных образования в мошонке или паховой грыжи.
  - другое обследование, по показаниям на основе данных анамнеза.
- При наличии показаний, основанных на данных анамнеза или физического обследования, необходимо перед операцией провести следующие *лабораторные исследования*:
  - гемоглобин и/или гематокрит;
  - анализ мочи на сахар или белок.

2.7 Предоперационная подготовка

- До операции удостоверьтесь в том, что собран медицинский анамнез, проведен физический осмотр, выполнены все необходимые лабораторные тесты и собранные данные зарегистрированы в медицинской карте клиента.
- Проверьте форму согласия, которая должна быть подписана клиентом, и приложите ее к его карточке.
- В большинстве случаев до операции не требуются никакие препараты, но если клиент нервничает, можете дать седативные средства (например, 5 мг диазепама перорально за 30 минут до операции).

2.8 Анестезия и оперативное вмешательство

Местная анестезия

Используйте минимально возможное количество местного анестезирующего средства для обеспечения комфортного состояния во время процедуры. Общая анестезия требуется в очень редких случаях.

- Рекомендуется 1%-ный раствор лидокаина (лигнокаина) без эпинефрина (адреналина). Если в наличии только 2%-ный раствор лидокаина, разбавьте его до 1%-ного физиологическим раствором.
- Максимально допустимая доза лидокаина не должна превышать 4,5 мг/кг (2 мг/фунт) веса тела. Рекомендуется не превышать максимальную общую доза более 300 мг (это соответствует максимальному общему объему 30 мл 1%-ного лидокаина или 15 мл 2%-ного лидокаина).

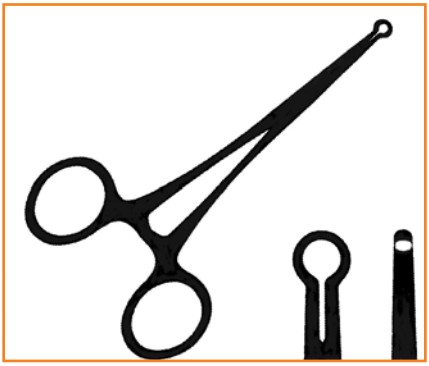
Оперативное вмешательство

Хотя существует много способов перекрытия семенных протоков (например, перевязка, прижигание, наложение зажимов), есть только два основных подхода для входа в мошонку:

- традиционная вазектомия путем иссечения, или
- бесскальпельная вазектомия (БСВ).

При осуществлении БСВ проводится блокада нерва семенного протока при помощи 2-ух специальных инструментов, кольцевого зажима и рассекающих щипцов, позволяющих изолировать и высвобождать протоки (рисунок 8.1 и 8.2). Прокол кожи мошонки, сделанный рассекающими щипцами, настолько мал, что наложения швов не требуется. БСВ имеет ряд преимуществ по сравнению с традиционной процедурой вазектомии: реже наблюдаются гематомы и инфицирование, процедура менее болезненна. Однако, если хирург не прошел соответствующее обучение, не имеет опыта и нужных инструментов, он не должен производить БСВ.

Рисунок 8.1



Надкожные кольцеобразные щипцы

Рисунок 8.2

Рассекающие щипцы

Вазектомия должна включать в себя высвобождение каждого семявыносящего протока или удаление короткого участка каждого протока. Если для окклюзии используется метод перевязки и иссечения, необходимо произвести внедрение протоков в фасцию.

Однако, метод термального или электрического прижигания семявыводящих протоков, даже без их внедрения в фасцию, может обеспечить более эффективную окклюзию, чем метод их перевязки, иссечения и внедрения в фасцию.

Кроме правил, перечисленных в разделе 1.8 данного руководства, при производстве стерилизации необходимо придерживаться некоторых

основополагающих принципов, например:

- Тщательное соблюдение правил асептики, которая требует хирургической обработки рук и использования стерильных перчаток. Во время вазектомии желательно надевать шапочку, маску и стерильный халат, хотя это необязательно.
- Необходимо использование эффективных антисептических средств (например, водного раствор йода или 4%-ный раствор хлоргексидина) для обработки мошонки, бедер и промежности. Операционное поле должно быть обложено хирургическими простынями.
- Для обеспечения комфорта и безопасности клиента важно тщательное проведение гемостаза и бережное обращение с тканями.

2.9 Послеоперационный уход

- Мужчина, прошедший вазектомию без применения седативных средств, может покинуть клинику после 30 минутного отдыха после процедуры, если на месте оперативного вмешательства нет признаков кровотечения. Если же использовались седативные препараты, необходимо наблюдать за состоянием клиента и разрешить ему покинуть клинику только после прекращения седативного воздействия.
- В случае какого-либо дискомфорта можно назначить обычные пероральные анальгетики.

2.10 Инструктирование мужчин после процедуры

До выписки клиента дайте ему следующие инструкции, как в устной, так и в письменной форме:

- В день процедуры ему необходимо отдохнуть дома. В течение 48 часов следует воздержаться от половых актов, тяжелой работы или интенсивной физической нагрузки. Соблюдение отдыха в течение этого времени очень важно для снижения риска осложнений.
- Нужно содержать место операции чистым и сухим. Мыться можно начинать на следующий день после операции, но при этом стараться, чтоб место операции не намокло. Через 3 дня после операции он может обмывать место операции водой с мылом и после этого высушивать рану.
- Он должен обратиться к медицинскому работнику в случае повышения температуры, появления крови или гноя на месте рассечения, а также при сильной боли или набухании.
- Стерильность мужчин наступает не сразу после вазектомии, поэтому он должен использовать презерватив или другой временный метод контрацепции по меньшей мере в течениие 12 недель после процедуры или же до тех пор, пока не удостовериться в отсутствии сперма-

тозоидов в семенной жидкости (если есть возможность сделать анализ семени).

- Если стерилизация мужчины произведена традиционным методом, ему необходимо вернуться в клинику для последующего осмотра примерно через неделю после операции.

Необходимо дать клиенту возможность задавать вопросы и высказывать имеющиеся сомнения.

2.11 Последующее наблюдение

Последующее обследование после операции

Клиенту следует предложить придти на последующий осмотр примерно через 1 неделю после операции. Если нет никаких осложнений, обследование после операции может проводить обученный квалифицированный медицинский работник, необязательно врач. Во время последующего визита необходимо:

- Осмотреть область мошонки и выяснить зажила ли рана (если была выполнена традиционная вазектомия с иссечением).
- Обсудить план проведения анализа семенной жидкости, если есть такая возможность.
- Назначить дату последующего посещения, если необходим дальнейший уход.

Анализ спермы

- Предложите сделать анализ спермы по прошествии 12 недель после процедуры, если это возможно.
- Если клиент обращается за анализом спермы, но в клинике нет соответствующего оборудования для этого исследования, направьте его в другое учреждение.
- Если по прошествии 12 недель после процедуры обнаруживаются подвижные сперматозоиды, медицинский работник должен оценить ситуацию и предпринять соответствующие меры. Рекомендуется провести повторный анализ спермы, а если окажется, что вазектомия была неудачной, можно предложить повторную операцию.

2.12 Осложнения

Осложнениями вазектомии может быть кровотечение во время операции, реакция на локальное анестезирующее средство, послеооперационный отек мошонки, кровоподтек и боль, образование гематомы, инфицирование, а в более поздних стадиях - застойный эпидидимит и образование гранулемы. Очень важно ранее выявление и быстрое устранение осложнений. **Обучение услугам по вазектомии должно включать в себя**

предоставление знаний и навыков по выявлению и лечению осложнений.

Любые затруднения, возникающие во время операции должны быть зарегистрированы, так как они могут объяснить причину возможных послеоперационных осложнений. Любое происшествие во время операции должно быть зафиксировано в медицинской карте клиента, даже если оно в процессе операции было успешно устранено.

3 Стерилизация женщин

3.1 Определение

Стерилизация женщин – это оперативное вмешательство, проводимое с целью полного прекращения способности женщин воспроизводить потомство. Это достигается путем перекрытия или рассечения обеих фаллопиевых труб.

Перекрытие труб является безопасной и легко переносимой процедурой, которую можно выполнить путем простой перевязки труб или их перевязки с одновременной резекцией. Можно также осуществить механическое перекрытие при помощи специальных зажимов или колец.

3.2 Показания

Показания к стерилизации женщин описаны в разделе 1.2 настоящего руководства.

3.3 Медицинские критерии приемлемости

Как было отмечено в разделе 2.3 настоящего руководства, в медицинских критериях Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) по приемлемости методов контрацепции используется специфическая классификация для хирургической стерилизации. Она отличается от критериев приемлемости других контрацептивных методов тем, что не существуют какие-либо состояния, во время которых не разрешается проведение добровольной стерилизации. Медицинское заключение проводиться лишь на основании сравнения риска процедуры стерилизации и риска, связанного с наступлением нежелательной беременности. Тем не менее, есть состояния, во время которых необходимо принять меры предосторожности или временно отложить процедуру.

Состояния, требующие соблюдения дополнительных мер предосторожности (категория С классификации ВОЗ):

При перечисленных ниже ситуациях, процедура выполняется в обычных условиях, но после тщательной подготовки и с соблюдением особых мер предосторожности:

- молодой возраст;
- ожирение при индексе массы тела ≥ 30 кг/м^2 или более;

- гипертензия:
  - гипертензия в анамнезе, если нет возможности проводить измерение давления (включая гипертензию во время беременности);
  - адекватно контролируемая гипертензия, если можно проводить измерение давления;
  - повышенное кровяное давление (систолическое 140-159 или диастолическое 90-99 мм рт. ст.);
- ишемическая болезнь сердца в анамнезе;
- инсульт в анамнезе;
- неосложненная болезнь клапанов сердца;
- эпилепсия;
- наличие рака молочной железы;
- фибромиома матки (с деформацией полости матки или без деформации);
- перенесенное воспалительное заболевание органов таза (ВЗОТ) с последующем бесплодием;
- шистосомоз с фиброзом печени;
- сахарный диабет без сосудистых заболеваний (инсулинозависимый и инсулинонезависимый);
- гипотиреоз;
- легкий компенсированный цирроз;
- доброкачественные и злокачественные опухоли печени;
- талассемия;
- серповидноклеточная болезнь;
- железодефицитная анемия (гемоглобин 7-10 г/дл);
- диафрагмальная грыжа;
- заболевания почек;
- тяжелая форма недостаточности питания;
- избирательная стерилизация в сочетании с абдоминальной операцией;
- депрессивные расстройства;
- перенесенная в прошлом абдоминальная операция или операция на органах малого таза.

Состояния, при которых процедуру стерилизации необходимо отложить (категория D классификации ВОЗ):

При перечисленных ниже состояниях, процедура стерилизации откладывается до тех пор, пока не будет проведена их оценка и/или устранение; при этом используются альтернативные методы временной контрацепции:

- беременность;

- послеродовый период (от 7 до 42 дней после родов);
- тяжелая преэклампсия/эклампсия;
- длительный период (24 часа и более) после разрыва плодного пузыря;
- послеродовый сепсис или родовая/послеродовая лихорадка;
- тяжелое кровотечение перед родами или в послеродовом периоде;
- тяжелая травма половых путей во время родов (разрыв шейки матки или влагалища);
- послеабортный сепсис;
- обильное кровотечение после аборта;
- тяжелая травма половых путей во время аборта (разрыв шейки матки или влагалища);
- острая гематометра;
- тромбоз глубоких вен (ТГВ)/эмболия легочной артерии;
- обширная операция с последующей длительной иммобилизацией;
- наличие ишемической болезни сердца;
- вагинальное кровотечение невыясненной этиологии;
- злокачественная гестационная болезнь трофобласта;
- рак шейки матки в ожидании лечения или рак эндометрия или яичника;
- наличие в настоящее время или в течение последних 3 месяцев воспалительного заболевания органов таза (ВЗОТ);
- инфекция, передаваемая половым путем (ИППП), включая гнойный цервицит;
- наличие заболевания желчного пузыря;
- активный вирусный гепатит;
- железодефицитная анемия (гемоглобин менее 7 г/дл);
- кожная инфекция, локализированная в области живота;
- острый бронхит или пневмония;
- системная инфекция или гастроэнтерит;
- стерилизация, выполняемая одновременно с операцией на органах брюшной полости (при острых состояниях без предварительного консультирования), или инфекционное состояние.

Состояния, требующие особых мер предосторожности (категория S классификации ВОЗ):

- послеродовой разрыв матки или перфорация;
- послеабортная перфорация матки;
- многочисленные факторы риска развития артериального сердечно-сосудистого заболевания (например, пожилой возраст, курение, сахарный диабет и гипертензия);
- повышенное кровяное давление (систолическое выше или равно 160 или

диастолическое выше или равно 100 мм ртутного столба);

- гипертензия с сосудистым заболеванием;
- осложненная болезнь клапанов сердца;
- эндометриоз;
- СПИД;
- установленный диагноз туберкулеза тазовых органов;
- сахарный диабет с нефропатией/ретинопатией/нейропатией;
- сахарный диабет с другими сосудистыми осложнениями или длительностью более 20 лет;
- гипертиреоз;
- тяжелый декомпенсированный цирроз;
- нарушения свертываемости крови;
- хроническая астма, бронхит, эмфизема или инфекция легких;
- фиксированная матка в результате предыдущей операции или инфекции;
- грыжа брюшной стенки или пупочная грыжа.

При вышеперечисленных состояниях, процедуру необходимо проводить в условиях, где работают опытные хирурги и вспомогательный персонал, где есть оборудование для проведения при необходимости общей анестезии и других вспомогательных медицинских вмешательств, где есть возможность выполнения наиболее приемлемой техники процедуры и соответствующего режима анестезии. Если требуется направление в другое учреждение или процедура откладывается по какой-либо другой причине предоставляются альтернативные методы временной контрацепции.

3.4 Консультирование, информирование и информированное согласие

Следуйте общим руководствам, описанным в главе 2 «Консультирование» и в разделах 1.4 и 1.5 данной главы. Объясните женщине следующее:

- Процедура не влияет на выработку женских гормонов, не вызывает потери женственности и изменений в половой функции и не влияет на удовлетворенность от секса.
- Менструальные кровотечения будут приходить как обычно. (Если женщина перешла на стерилизацию после прекращения использования ВМС или гормонального метода, возможно временное изменение характера менструального цикла.)
- Существует небольшой риск неудачи стерилизации, и не исключено, что последующая беременность будет внематочной.

Решение сделать стерилизацию не должно приниматься в состоянии стресса, например, сразу до, во время или после родов или аборта.

- Тем не менее, к моменту родов некоторые женщины уже принимают решение выбрать стерилизацию, хотя и не обращались формально с этой просьбой. Если женщина проконсультирована и приняла хотя и спонтанное, но добровольное и хорошо обдуманное решение произвести стерилизацию сразу после родов или аборта, ей не надо отказывать в этом.
- При некоторых обстоятельствах женщина может узнать о стерилизации впервые в послеродовом или послеабортном периоде и может быть в состоянии принять добровольное и информированное решение после подробного консультирования.

Очень важно дать женщинам возможность до процедуры высказать любые свои сомнения и ответить на все интересующие их вопросы.

3.5 Кто имеет право осуществлять стерилизацию женщин

- Минилапаротомию могут производить как врачи специалисты, так и врачи общего профиля, при условии, если они обучены оперативной технике и проведению местной анестезии.
- При определенных обстоятельствах, например, когда спрос на стерилизацию превышает возможности обученных врачей, данной процедуре могут быть обучены медицинские сестры и акушерки с хирургическим опытом, если это позволяют действующие законы и инструкции.
  - Если процедуру выполняет не врач, необходимо обеспечить его присутствие рядом для предоставления консультации или помощи в случае хирургических проблем или осложнений. Протоколы таких исключений из правил должны быть четкими и ясными.
- Все операторы должны пройти аттестацию о компетентности выполнения процедуры стерилизации со стороны **уполномоченных образовательных органов. В течение трейнинга каждый участник должен самостоятельно выполнить по меньшей мере 10 процедур стерилизации.**
- Операционная группа, выполняющая процедуру женской стерилизации, должна состоять минимум из троих человек: 1) врач или медицинская сестра, обученная оперативной технике, 2) ассистент хирурга, 3) дополнительная медсестра или помощник/ца для оказания поддержки хирургу и ассистенту, а также для наблюдения за состоянием женщины.
- Обучение технике лапароскопической стерилизации нужно предлагать только тем врачам, которые имеют опыт проведения абдоминальных операций и операций на органах малого таза.

3.6 Оценка состояния здоровья

- *Медицинский анамнез:* смотрите раздел 1.6 данной главы. В дополнение к этому анамнез женщины должен включать в себя следующее:
  - принимаемые в настоящее время контрацептивы;
  - дата последней менструации (ДПМ);
  - перенесенные в прошлом заболевания органов малого таза;
  - акушерский анамнез;
  - перенесенные в прошлом абдоминальные операции или операции на органах малого таза;
- *Физическое обследование должно включать в себе следующее:*
  - измерение веса;
  - измерение температуры;
  - измерение кровяного давления;
  - изучение пульса;
  - прослушивание сердца и легких;
  - осмотр кожных покровов в области предполагаемой процедуры;
  - другие осмотры в соответствии с показаниями медицинского анамнеза.

Кроме этого, до стерилизации, осуществляемой в интервале между беременностями, хирург должен выполнить тщательный бимануальный осмотр, обращая особое внимание на размер матки, положение и подвижность, а также признаки инфекции или образований, в случае которых, возможно, придется отложить процедуру до достижения соответствия стандарту, необходимому для проведения операции.

До стерилизации, осуществляемой после родов или после аборта хирург должен тщательно изучить нет ли осложнений родов или аборта, чтобы выявить все возможные противопоказания. Если в медицинской карте женщины нет необходимых данных медицинского анамнеза и физического обследования, их необходимо собрать и запротоколировать.

- *Необходимые лабораторные исследования:*
  - гемоглобин и/или гематокрит;
  - другие тесты, если показаны по данным медицинского анамнеза и физического осмотра;
  - анализ мазка из шейки матки, если это возможно и необходимо. Тем не менее, невозможность произвести анализ мазка или отсутствие его результата не должны являться причиной откладывания процедуры на более поздний срок или отказа в ней.

Все данные медицинской оценки должны быть зафиксированы в клинической карточке женщины.

ПРИМЕЧАНИЕ: Если женщина использует ВМС или имплант, его можно удалить сразу же после операции. В случае неудачного осуществления операции закупорки труб женщина все еще будет некоторое время защищена от наступления нежелательной беременности.

3.7 Наиболее подходящее время для выполнения процедуры стерилизации женщин

Стерилизацию женщин можно выполнять в следующие сроки:

- *В промежутке между беременностями - промежуточная стерилизация.*
- *В течение недели после родов или во время производства кесарева сечения - послеродовая стерилизация.* Наиболее оптимальным временем для проведения стерилизации после родов являются первые 48 часов после родов. Учтите, что если стерилизация выполняется на 3-7 день после родов, при попытке достичь труб через разрез под пупком возможны технические затруднения вследствие инволюции матки. Поэтому для определения местоположения матки необходимо провести тщательную пальпацию области ее дна.
- *Послеабортная стерилизация:* в течение 1 недели после аборта.

Не рекомендуется производить стерилизацию, если после родов или аборта, сделанного во втором триместре прошло более 7 дней. При этом, чтобы избежать дополнительных хирургических трудностей и рисков, процедуру стерилизации следует отложить до тех пор, пока не пройдет 28 дней после завершения беременности.

3.8 Предоперационная подготовка

- Убедитесь в том, что собран медицинский анамнез женщины, проведен физический осмотр, выполнены все необходимые лабораторные тесты и полученные данные запротоколированы в медицинской карте.
- Проверьте форму информированного согласия и приложите ее к медицинской карте.
- Введите необходимые для предоперационной подготовки лекарственные препараты.

3.9 Анестезия и оперативное вмешательство

Анестезия

Для женской стерилизации используйте местную анестезию в сочетании со слабым седативным препаратом. Хорошо обученный персонал может проводить под местной анестезией минилапаротомию и лапароскопию. Слабые седативные средства назначаются для того, чтобы женщина чувствовала себя спокойно и расслабленно, но **в то же самое время бодрствовала.**

- Используйте малые дозы анальгетиков (25-50 мг меперидина) и седативных средств (5-10 мг диазепама), чтобы женщина находилась в сознании. Дозы, которые вызывают полусознательное или бессознательное состояние, угнетают дыхание.

Техника местной анестезии:

- Путем инъекции 1%-ного раствором лидокаина или лигнокаина (без эпинефрина / адреналина) инфильтрируйте на месте операции кожу, фасцию и брюшину. Если в наличии есть только 2%-ный лидокаин, разведите его до 1%-ного физиологическим раствором.
- Прежде чем сделать разрез подождите 1-3 минуты, чтобы достичь полной анестезии.
- *Максимально допустимая безопасная доза 1%-ного лидокаина составляет 4.5 мг на один кг веса тела.* Для женщины, весящей 50 кг, эта доза составит 25 мл 1%-ного лидокаина.

Медицинские работники должны четко знать допустимые дозировки всех препаратов, используемых по протоколу проведения анестезии и понимать необходимость использования малых доз при проведении анестезии худощавым женщинам. Прежде чем внедрять новые препараты, необходимо разработать четкие инструкции по их применению и добавить их к руководствам по проведению анестезии.

ПРИМЕЧАНИЕ: При выраженном ожирении, при подозрении на наличие спаек в брюшной полости и при некоторых психических заболеваниях может потребоваться проведение общей анестезии. Для осуществления кратковременной процедуры стерилизации весьма редко бывает показано проведение спинномозговой или эпидуральной анестезии.

Оперативное вмешательство

Ниже перечислены основные процессуальные принципы, в дополнение к принципам, перечисленным в разделе 1.8 данной главы:

- Соблюдение правил асептики, которая включает хирургическую обработку рук, использование колпака, маски, стерильного халата и стерильных перчаток.
- Использование эффективного антисептика для обработки операционного поля (например, водорастворимого йода или 4%-ного раствора хлоргексидина).
- Правильное использование маточного подъемника при выполнении промежуточной/интервальной процедуры стерилизации.
- Осторожная остановка кровотечения и осторожное обращение с тканью очень важны для удобства и безопасности клиента. Разрез должен быть по возможности минимальным, в то же самое время обеспечивая достаточный доступ к фаллопиевым трубам.

Хирургический доступ

- *Минилапаротомия:* минилапаротомия – это упрощенная процедура лапаротомии с надрезом длиной 5 см и менее. При выполнении стерилизации после родов используется поперечный или продольный разрез под пупком (обычно не более 2 см), тогда как при осуществлении промежуточной или послеабортной стерилизации производиться поперечный надлобковый разрез.
  - Возможны технические затруднения при выполнении минилапаротомии у женщин с ожирением, с неподвижной маткой или с перитубарными спайками, возникшими в результате перенесенных инфекций или операций. В таких случаях, более целесообразно направить женщину в специализированное учреждение, предоставляющее высококвалифицированные услуги.
- *Лапароскопия:* хирург вводит эндоскопическое оборудование через разрез под пупком размером 1-1.5 см.

Нельзя проводить лапароскопию непосредственно после родов и аборта во втором триместре.

- *Другой хирургический доступ:* можно проводить стерилизацию и путем лапаротомии, используя разрез длиной более 5 см. Однако, при рутинном осуществлении стерилизаций лапаротомию не стоит проводить. Этим методом можно воспользоваться при желании проведения стерилизации во время кесарева сечения или другой гинекологической операции. Лапаротомию следует проводить под региональной или общей анестезией.

Уровень послеоперационного инфицирования при использовании вагинальных методов (например, кольпотомия, кульдоскопия) относительно высок, поэтому эти методы не рекомендуются для осуществления программ по рутинному проведению стерилизации.

<u>Рекомендации:</u> минилапаротомии отдается предпочтение в медицинских учреждениях, где есть основные условия для его применения; в большинстве из них этот метод можно широко внедрять. Между тем, лапароскопия обычно производится в специализированных учреждениях, где работают обученные хирурги, где есть нужные условия для специальной обработки и хранения инструментов и возможность оказания мгновенной помощи в случае осложнений.

Метод окклюзии

- Существует несколько методов окклюзии труб. При рутинном выполнении стерилизации следует использовать методы, наиболее щадящие маточные трубы, например: *модифицированная перевязка труб по Померою, наложение кольца или зажима.* Можно применять также технику двойной перевязки труб по Паркленду с резекцией части

трубы между местами перевязки.

- Методы электрокоагуляции, фимбриэктомии и сальпингоэктомии *не рекомендуются* для рутинного использования.
- Гистерэктомию не следует производить только с целью стерилизации. К этому методу можно прибегнуть лишь в случае сопутствующих гинекологических состояний, требующих удаления матки.

Рекомендации: перевязка или механическая окклюзия зажимами или кольцами являются предпочтительными методами окклюзии труб.

Мониторинг во время процедуры

- При обычной протекающей неосложненной процедуре стерилизации непосредственно до операции следует проверить и зафиксировать в анкете жизненные признаки (пульс, дыхание, кровяное давление), а во время операции наблюдать за состоянием этих признаков по мере необходимости. Это следует делать и перед тем, как клиентку снимут с хирургического стола.
- Если процедура длится дольше обычного, а также в случае возникновения осложнений или задержке выхода из состояния общей анестезии, необходимо более тщательноое наблюдение за жизненными признаками.
- Во время выполнения процедуры стерилизации члены хирургической бригады должны поддерживать беседу с женщиной с целью оказания ей психологической поддержки и проверки силы воздействия анальгетиков и седативных средств.

3.10 Послеоперационный уход

- По меньшей мере в течение часа после завершения операции следите за состоянием пульса, дыхания, кровяного давления и общим самочувствием. Продолжайте наблюдение через каждые 15 минут, до тех пор, пока жизненные признаки не стабилизируются и вернуться до уровня дооперационных. После этого продолжайте наблюдение через каждый час, до полного восстановления общего самочувствия и выписки женщины. Данные о состоянии жизненных признаков должно быть зафиксированы в медицинской карте.
- Предложите женщине что-нибудь выпить, например, фруктовый сок.
- Женщину можно выписать из больницы в тот же день после того, как она придет в себя после процедуры, анестезии и седативных средств.
  - Для того, чтоб удостовериться в полной восстановке сил можно использовать пробу Ромберга (женщина в состоянии стоять прямо с закрытыми глазами).
  - Женщина может выписаться из клиники и уйти домой, как только сможет самостоятельно передвигаться, одеться и связно гово-

рить.

- Не практикуйте обязательное использование антибиотиков с профилактической целью.
- Для обезболивания назначьте простые пероральные болеутоляющие средства, а при выписке дайте женщине их двухдневный запас.

3.11 Инструктирование женщин после процедуры

Перед выпиской женщины, еще раз проинструктируйте ее о том какой ей нужен уход в послеоперационном периоде и дайте ей также инструкции в письменной форме:

- Объясните, что дома, в течение одного-двух дней после процедуры, ей необходимо отдохнуть, что весьма важно для снижения риска осложнений.
- Скажите, что она может возобновить небольшую активность по прошествии 2-3 дней после операции, а через 1 неделю может вернуться к своей обычной деятельности, включая половую жизнь.
- Объясните, что место операции следует содержать чистым и сухим, что через 24 часа можно мыться, но так, чтоб не замочить повязку.
- Проинструктируйте о способе употребления назначенных препаратов.
- Укажите на какие тревожные признаки следует обратить внимание и что делать в случае появления каких-либо из них (например, при повышении температуры, появлении болей или при кровотечении).
- Скажите, куда и к кому обратиться в случае возникновения чрезвычайных ситуаций, какой-либо проблемы или вопросов.
- Назначьте дату обращения для последующего наблюдения и укажите к кому обратиться.

Кроме этого, проинформируйте женщину о том, что:

- После этой процедуры она не будет беременеть.
- Ее менструации будут продолжатся до менопаузы.
- В случае задержки менструации или появлении какие-либо других признаков, указывающих на беременность, а также при наличии болей в животе или в области таза, ей следует обратиться в клинику.

Необходимо дать женщине возможность задавать вопросы и высказать имеющиеся сомнения.

3.12 Последующее наблюдение

Женщина должна обратиться в медицинское учреждение для последующего осмотра в течение 7-10 дней после операции. Желательно, чтобы осмотр провел оперировавший врач. Тем не менее, осмотр и

устранение незначительных осложнений может провести и другой квалифицированный медицинский работник. Во время осмотра:

- Обсудите с женщиной и разъясните все возникшие у нее сомнения или вопросы.
- Осмотрите место операции и, если нужно, удалите швы. Выполните и другие, необходимые в каждом отдельном случае исследования.
- Запланируйте дату последующего визита, если в этом есть необходимость.

Если есть женщины, которые не обратились для последующего наблюдения, необходимо приложить особые усилия для установления контактов с ними, включая посещения на места проживания.

Необходимо поощрять инновационные подходы для последующего наблюдения за женщинами. Например, в некоторых программах женщинам раздают почтовые открытки, которые они могут заполнить и послать в медицинское учреждение, если у них возникнут проблемы или вопросы.

3.13 Осложнения

Осложнениями трубной окклюзии могут быть внутрибрюшинное кровотечение (наблюдается в основном при лапароскопии), тазовая инфекция или перитонит, образование гематомы, а также кровянистые выделение из места разреза или его инфицирование. В очень редких случаях могут возникнуть неотложные хирургические состояния, например, повреждение матки, кишечника или мочевого пузыря, а иногда (при лапароскопии) и эмболия или хирургическая эмфизема. В таких случаях очень важно раннее выявление и быстрое устранение осложнений. В случае признаков, указывающих на неудачность оперативного вмешательства, необходимо исключить возможность внематочной беременности.

При проведении трейнинга по методам окклюзии маточных труб необходимо обучать участников также тому, как выявлять и устранять осложнения.

В анкете необходимо производить записи, касающиеся любых хирургических затруднений, возникших во время операции. В них можно найти объяснения послеоперационным осложнениям. Необходимо производить записи о любых случайных хирургических повреждениях, даже если они были успешно устранены во время операции.

Фото: Филип Волмут/Иордания

9 МЕТОДЫ, ОСНОВАННЫЕ НА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ О ПЛОДОВИТОМ ПЕРИОДЕ

1 Введение

Существуют методы контрацепции, которые основаны на осведомленности о начале и конце плодовитого (фертильного) периода менструального цикла женщины. Использование этих методов предполагает периодическое воздержание от половых сношений во время плодовитой фазы менструального цикла, для того, чтоб обеспечить временный барьер между сперматозоидами и яйцеклеткой. Соответственно, эффективность метода зависит от мотивации и умения пары определять плодовитую фазу каждого менструального цикла, а также способности строгого соблюдения правил воздержания от половой жизни в определенные дни цикла.

Однако, многие пары затрудняются предсказывать или четко определять начало и конец плодовитой фазы цикла. Иногда они могут случайно нарушить требования периодического воздержания. Поэтому, для обеспечения контрацептивной эффективности вышеуказанных методов необходимо:

- Тщательное консультирование клиентов.
- Адекватное обучение технике применения метода.
- Предоставление советов при повторных посещениях.

Результаты ряда исследований указывают на очень высокий процент неудач, который колеблется в пределах от 10 до 30 беременностей в год в расчете на 100 пользователей. Поэтому, парам, испытывающим затруднения в использовании этих методов, лучше предложить другой способ контрацепции.

Для определения плодовитой фазы менструального цикла, во время которой нужно воздерживаться от половых сношений, используются следующие методы:

- Метод измерения базальной температуры тела (БТТ).
- Метод наблюдения за изменениями цервикальной слизи или овуляцией (метод Биллингсов).
- Календарный или ритмический метод (метод Огино-Клауса).
- Симпто-термальный метод.
- Метод стандартных дней (МСД).

Методы контрацепции, основанные на осведомленности о плодовитом периоде женщины могут быть использованы и в сочетании с другими методами, например, с употреблением барьерных методов только в течение плодовитой фазы менструального цикла.

Методы предсказывания овуляции имеют ценность также при организации обследования и лечения бесплодных пар. Шанс наступления желанной беременности может увеличится, если пары смогут распознавать

фертильную фазу цикла.

Методы, основанные на осведомленности о плодовитом периоде имеют следующие преимущества (смотрите обобщение в таблице 9.1):

- не имеют побочных явлений;
- у пар появляется возможность улучшить знания о физиологии половой системы и понять свою репродуктивную функцию;
- ответственность за планирование семьи несут оба партнера, что может способствовать общению и содействию друг другу.
- после первоначального обучения и советов при повторных посещениях, многие пары, использующие метод способны практиковать его применение без дополнительной помощи извне и почти не тратя денег.
- если пара прошла первоначальное обучение и получила советы во время последующих посещений, нет необходимости в получении дополнительных услуг со стороны обученного персонала.

Методы, основанные на осведомленности о плодовитом периоде имеют и ряд недостатков (смотрите обобщение в таблице 9,1):

- использование метода зависит от желания и согласованности действий действий обеих партнеров, чего не всегда удается достичь;
- контрацептивная эффективность ниже, чем у большинства других методов контрацепции;
- первоначальное обучение длится долго и, если не соблюдаются другие меры предосторожности, может наступить нежеланная беременность;
- ежедневный мониторинг и запись признаков овуляции для некоторых женщин может показаться утомительным;
- длительный период воздержания может вызвать сложности во взаимоотношениях партнеров и явится причиной физиологического стресса;
- у женщин с нерегулярным циклом могут возникнуть затруднения при пользовании этими методами;
- при грудном вскармливании, признаки и симптомы, помогающие предсказать овуляцию, очень обманчивы.

Табл. 9.1 - Преимущества и недостатки методов, основанных на осведомленности о плодовитом периоде

Преимущества	*Недостатки*
Нет побочных явлений	Нужны согласованные дйствия и участие партнеров
Клиенты лучше понимают свой половой цикл	Низкая эффективность
Обоюдная ответственность	Если обучение продлиться долго, возможна неудача
Затраты после обучения незначительные	Ежедневный мониторинг и ведение записей может быть утомительным
Нет необходимости в обращении к медицинским работникам после курса обучения.	При нерегулярных циклах трудно применять
	При грудном вскармливании невозможно предсказать овуляцию

1.1 Общие показания

Методы, основанные на осведомленности о плодовитом периоде являются альтернативными для пар, которые не хотят использовать другой более эффективный способ контрацепции по ряду причин, например:

- боязнь побочных воздействий;
- религиозные или другие традиционные препятствия;
- другие методы труднодоступны.

1.2 Показания

Специфических показаний для использования методов, основанных на осведомленности о плодовитом периоде не существует.

1.3 Ситуации, требующие тщательного рассмотрения

Перед тем, как посоветовать клиентам пользоваться методами, основанными на осведомленности о плодовитом периоде, нужно тщательно взвесить некоторые обстоятельства, например:

- Необходимость использования высокоэффективных методов контрацепции (например, когда беременность представляет собой выраженный риск для здоровья матери).
- Невозможность придерживаться требуемых правил воздержания от половой жизни.

1.4 Особые ситуации

Есть категория клиентов, для которых пользование методами контрацепции, основанными на осведомленности о плодовитом периоде представляет определенные трудности, например:

Подростки

У девушек и молодых женщин подросткового возраста часто наблюдаются ановуляторные циклы, что технически затрудняет процесс обучения и пользования выщеуказанными методами. Более того, молодым людям особенно трудно соблюдать периодическое воздержание от половой жизни.

Женщины в предменопаузальном возрасте

В течении последних нескольких лет репродуктивного периода женщины процесс овуляции становятся непостоянным. Ановуляторные и нерегулярные циклы затрудняют определение признаков и симптомов плодовитых дней. Вместе с тем можно предположить, что женщины в этом возрасте имеют опыт периодического воздержания и для них легче справляться с требованиями метода.

Женщины в послеродовом периоде

Возобновление овуляций после родов в основном зависит от того, кормит ли женщина грудью. В послеродовом периоде не всегда удается интерпретировать признаки плодовитовых дней, что может потребовать более длительного периода воздержания. Необходимый период воздержания может показаться слишком долгим, особенно после трудностей половой жизни в течение последних стадий беременности.

1.5 Консультирование и информирование

Использование методов контрацепции, основанных на осведомленности о плодовитых днях цикла является ответственностью обеих партнеров, поэтому, в идеале, надо провести консультирование обеих партнеров, как при выборе метода, так и в процессе обучения и практического использования. Консультант должен оценить вероятность согласованности действий партнеров, особенно если мужчина не присутствует во время консультации.

При консультировании необходимо остановиться на следующих вопросах:

- Преимущества и недостатки этого метода контрацепции, по сравнению с другими.
- Различные способы увеличения эффективности периодического воздержания и необходимость ведения ежедневных заметок о признаках плодовитого периода.

- Необходимость обучения и регулярных посещений для повторного консультирования до полной уверенности в способности определения признаков плодовитого периода.
- Приверженность к достижению максимальной эффективности метода и строгое придерживание правил периодического воздержания.
- Высокий процент неудач этого метода контрацепции, особенно в периоде обучения, когда не соблюдаются другие меры предосторожности.
- Необходимость в повторном посещении для получения консультирования, в случае сомнений в интерпретации признаков и симптомов плодовитого периода.

1.6 Кто может предоставлять инструкции о методе

Инструктировать могут медики, лица без медицинского образования и супружеские пары, которые прошли соответствующее обучение.

1.7 Оценка состояния здоровья

Перед началом использования метода нет необходимости в оценке состояния здоровья. Однако, визит женщины в клинику СРЗ или планирования семьи для решения вопроса о методе контрацепции является хорошей возможностью для рутинного скрининга состояния здоровья.

1.8 Обучение методу

Успех методов, основанных на осведомленности о плодовитых днях цикла зависит от качества обучения клиентов и их желания достигнуть успеха. Первоначальное обучение может продлиться 3 и более месяцев, до тех пор пока оба партнера приобретут уверенность в том, как надо пользоваться методом. В течении этого промежутка времени клиентам надо предоставлять консультирование, хотя бы раз в месяц, а также в любое другое время, если они почувствуют, что возникли проблемы.

При инструктировании надо обращать внимание на следующее:

- Для того, чтоб клиенты могли идентифицировать плодовитую фазу цикла, им надо предоставить информацию об основах репродуктивной физиологии, с акцентом на изменения в организме женщины в течение менструального цикла, на время появления этих изменений и их взаимосвязь друг с другом.
- Необходимо предоставить инструкции об использовании выбранной техники определения плодовитого периода цикла.
- Необходимо обсудить в какие дни цикла можно иметь половые сношения.

1.9 Последующие наблюдения

Стандартной схемы последующих посещений после проведения первоначального обучения, не существует. Однако, нужно поощрять визит клиентов при возникновении любых проблем и назначать даты регулярных посещений для оценки состояния здоровья.

2 Метод базального термометрирования

2.1 Определение

Метод базального термометрирования основан на повышении температуры тела, наблюдаемом непосредственно после овуляции, что связано с началом секреции гормона прогестерона желтым телом яичника.

После овуляции температура тела повышается на 0.2-0.4°C [0.4-0.8°F] и остается повышенной до очередной менструации. Учитывая это, парам советуют воздерживаться от половых сношений в промежутке времени после начала менструации до третьей ночи после повышения базальной температуры, свидетельствующем о происшедшей овуляции. Этот промежуток времени длится не менее 9 дней, считая после окончания менструации.

2.2 Показания

Метод базального термометрирования подходит парам, решившим соблюдать периодическое воздержание, особенно в случаях когда:

- Женщина отдает предпочтение методу базального термометрирования, так как ей не нравятся условия метода изучения цервикальной слизи путем исследования состояния своих половых органов.
- Пара не против воздержания от половых сношений в нужное время цикла.
- Использование календарного метода бессмысленно, так как у женщины нерегулярный менструальный цикл.

2.3 Консультирование и информирование

Кроме вопросов, перечисленных в разделе 1.5 данной главы, надо обьяснить клиентам, что метод базального термометрирования предполагает соблюдение более длительного периода воздержания, вплоть до пост-овуляторной фазы цикла.

2.4 Инструктирование клиентов

Измерение температуры

Посоветуйте женщинам использовать специальный термометр для определения овуляции с узкой и удлиненной шкалой от 35 до 39°C [96-100°F], облегчающий чтение температуры. Если же такого термометра нет, можно использовать обычный клинический термометр с широкой скалой. Проинструктируйте клиентов о следующем:

- Термометр нужно держать рядом с кроватью, чтоб его можно было достать рукой.
- Перед сном нужно встряхнуть термометр, так, чтоб ртуть опустилась ниже 35°C [96°F]. Не надо дотрагиваться рукой до кончика термометра. Перед тем, как начать утреннее измерение температуры, нужно еще раз проверить термометр, чтоб убедиться, что он показывает ниже 35°C [96°F]. При необходимости, можно еще раз встряхнуть термометр, но желательно, чтоб это сделал партнер или кто-то другой, так как это действие может повысить температуру тела женщины и явится причиной ложной интерпретации.
- Температуру нужно измерять сразу же после пробуждения, перед тем, как встать с постели или сделать что-нибудь, например принять горячий или холодный напиток. Если женщина работает ночью, она может измерять температуру днем или вечером, но после по крайней мере 3-х часового сна.
- В каждом отдельном цикле нужно производить измерение температуры по мере возможности в одно и то же время суток.
- Измерять температуру можно в полости рта, в прямой кишке и во влагалище. Достоверную информацию легче получить при измерении ректальной и вагинальной температуры, однако это возможно и при правильном измерении температуры полости рта.
  - *Пероральный способ:* Нужно положить кончик термометра под язык и, перед тем как прочитать температуру, крепко прижать друг к другу губы.
  - *Ректальный способ:* Нужно приобрести ректальный термометр, смазать его кончик небольшим количеством KY желе или вазелина и, лежа на одном боку с согнутыми в коленях ногами, осторожно ввести термометр в задний проход, на глубину около 2.5 см. Перед тем, как прочитать температуру термометр нужно оставить в заднем проходе в течение 3-х минут.

- *Вагинальный способ:* Нужно осторожно ввести термометр во влагалище, на глубину около 4.5 см и перед тем, как прочитать температуру, оставить его там в течение 3-х минут.

- При каждом отдельном менструальном цикле нужно измерять температуру только одним способом и пользоваться одним и тем же термометром. Если термометр разобьется, надо продолжить измерение запасным термометром, не забывая сделать отметку об этом в карте базального термометрирования.
- После выведения термометра, надо посмотреть на его показание и записать температуру в карте базального термометрирования. Если ртуть остановилась между двумя линиями термометра (например, между 36.6°C и 36.7°C), нужно записать минимальную температуру (например, 36.6°C).
- После употребления необходимо промыть термометр под холодной водой и положить в обычное место его хранения. **Для очистки термометра никогда нельзя пользоваться горячей водой.**

Ведение записей температуры

Предоставьте клиентам специальную карту для записей результатов термометривания (смотрите рисунки 9.1, 9.2 и 9.3). В верхней части этой карты отмечаются календарные дни. На горизонтальной оси, расположенной в нижней части карты, отмечаются дни менструального цикла. Уровень температур указывается на вертикальной оси, расположенной слева. Диаметр каждого квадратика должен быть не менее 5 мм. Первым днем менструального цикла считается первый день менструации. Предоставьте следующие инструкции:

- Поставьте точку в центре квадратика, соответственно температуре и дню менструального цикла.
- Соедините все точки одной сплошной линией, начиная от первого до последнего дня цикла.
- Каждый раз при начале менструации ведите записи на новой карте.
- Все то, что может повлиять на температуру тела, записывайте в карте, напротив соответствующего дня менструального цикла (смотрите ниже).

Интерпретирование карты

Для овуляторных циклов характерен двухфазный график базальной температуры. До наступления овуляции температура находится на нижних пределах. Сразу после овуляции она поднимается на 0.2-0.4°C (0.4-0.8° F) или более, и остается высокой до конца цикла или вплоть до

начала очередной менструации.

Интерпретирование карты требует особого внимания. В каждом отдельном цикле одной и той же женщины уровни базальной температуры могут варьировать. Более того, уровень базальной температуры может повышаться по разному: резко, медленно, ступенчато, с предшествующим резким спадом, в пилообразной форме, или же температура может повышаться весьма редко. На рисунках 9.1, 9.2 и 9.3 изображены примеры разных типов базальной температуры.

Рис. 9.1 График, отображающий резкое повышение уровня базальной температуры тела в связи с овуляцией и демонстрирующий правило: «3 более 6».

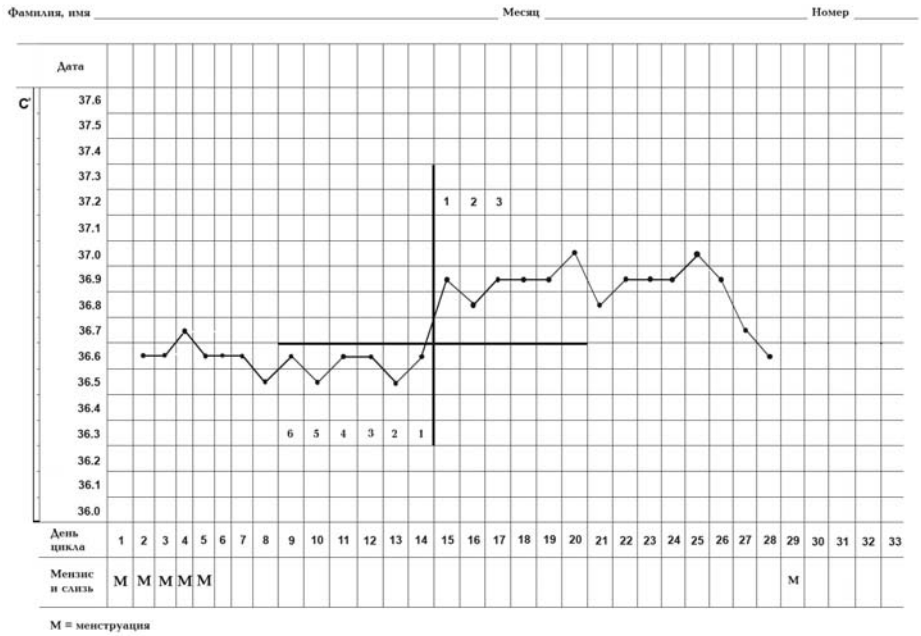


Рис. 9.2 График, отображающий медленное повышение уровня базальной температуры тела в связи с овуляцией и демонстрирующий правило: «3 более 6».

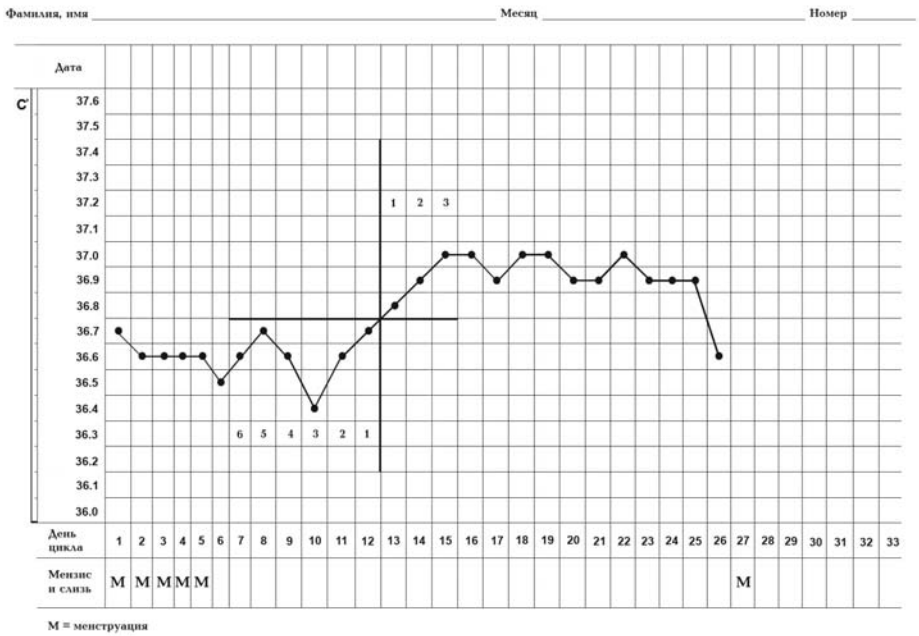
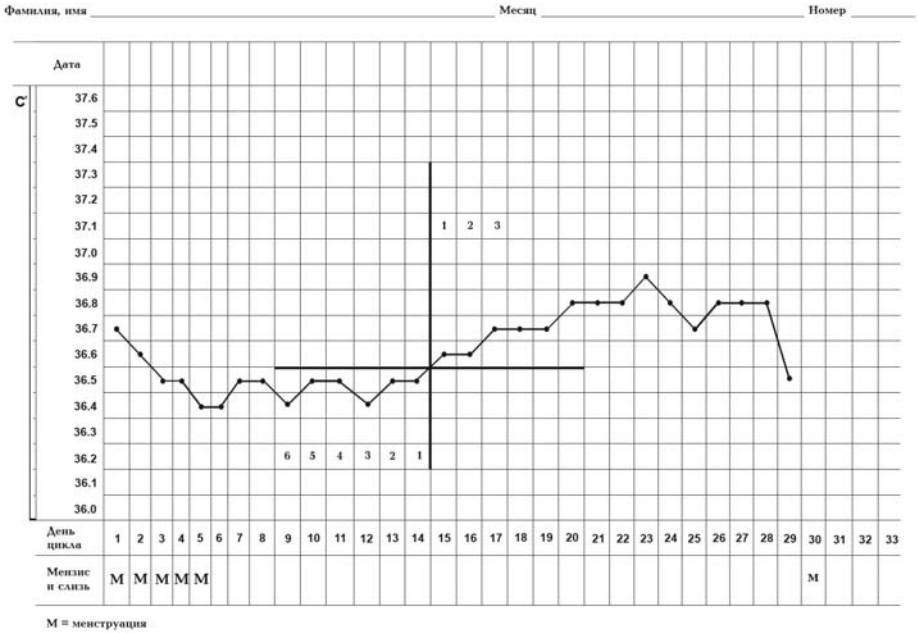


Рис. 9.3 График, отображающий ступенчатое повышение уровня базальной температуры тела в связи с овуляцией и демонстрирующий правило: «3 более 6».



Объясните клиентам как надо идентифицировать начало неплодовитой (бесплодной) фазы цикла, в частности:

- Не надо обращать внимание на температуру первых четырех дней цикла, а также на повышения температуры в другие более поздние дни, которые явно обусловлены случайными нарушениями.
- Бесплодная фаза цикла начинается после того, как в течение трех дней подряд наблюдается явное повышение базальной температуры, по сравнению с шестью предыдущими днями (правило: «3 более 6»).

Регулирование времени половых отношений

Посоветуйте клиентам воздержаться от половых сношений начиная с первого дня после начала менструации до той ночи, перед которой в течение трех дней подряд наблюдалось явное повышение температуры, по сравнению с шестью предыдущими днями (правило: «3 более 6»). После этого можно возобновить половые сношения вплоть до начала очередной менструации, без риска наступления беременности.

Существуют факторы, которые оказывают влияние на базальную температуру тела. Температура может на самом деле повыситься или просто показаться высокой при следующих обстоятельствах:

- Температура измерялась не в обычное время.
- При измерении температуры не соблюдались основные условия базального термометрирования (например, измерение сразу же после пробуждения, после по крайней мере 3-х часового отдыха, не принимая горячего напитка).
- Заболевание.
- Неспокойный ночной сон.
- Изменение температуры окружающей среды.
- Эмоциональный стресс.
- Прием алкогольных напитков.

Метод базального термометрирования редко употребляется сам по себе: чаще всего он используется в качестве составной части симптотермального метода.

3 Метод наблюдения за цервикальной слизью (метод Биллингсов)

3.1 Определение

Метод наблюдения за цервикальной слизью основан на распознавании и интерпретировании циклических изменений цервикальной слизи, которые появляются в ответ на изменение уровня эстрогенов.

В течение менструального цикла женщина может испытывть различные ощущения в области преддверия влагалища и замечать изменения характера цервикальной слизи. Путем наблюдения за характером цервикальной слизи, можно определять неплодовитые дни обеих фаз менструального цикла, что дает возможность парам иметь половые сношения в определенные дни как пост-овуляторной, так и пред-овуляторной фазы цикла.

Пред-овуляторная фаза

- После менструации наступают сухие дни. Цервикальная слизь густая и липкая, формирует пробку, закупоривающую цервикальный канал, что вызывает ощущение сухости во влагалище. Выделения слизи в этой стадии не наблюдается.
- С увеличением уровня циркулирующих эстрогенов во влагалище появляется слизь. Вначале она скудная, и женщина имеет лишь ощущение

влажности или липкости у входа во влагалище. Характерные качества: слизь густая, липкая, мутная или матовая, и не эластичная.

- С приближением овуляции и продолжением нарастания уровня эстрогенов, слизь становится более профузной, скользкой и приобретает смазывающее качество, что увеличивает ощущение влажности у входа во влагалище. Слизь напоминает сырой яичный белок, весьма тонкая, белая, прозрачная и чрезвычайно эластичная. Появление такой слизи указывает на наступление плодовитых дней.
- Последний день появления такой водянистой слизи считается днем пика слизи.

Пост-овуляторная фаза

Ощущение скользкости исчезает и происходит относительно резкий переход к ощущению липкости, с последующей сухостью у входа во влагалище.

3.2 Показания

Способ наблюдения за изменениями цервикальной слизи подходит парам, решившим пользоваться методами, основанными на осведомленности о плодовитых днях, но затрудняющимся соблюдать длительное воздержание, требуемое методом базального термометрирования. При этом, женщина не должна иметь возражений против оценки состояния цервикальной слизи путем исследования своих половых органов.

3.3 Ситуации, требующие тщательного рассмотрения

Перед тем, как посоветовать клиентам пользоваться этим методом, необходимо тщательно взвесить ряд обстоятельств, в дополнение к ситуациям, описанных в разделе 1.3 данной главы. В частности:

- Наличие любой вагинальной или цервикальной инфекции, которая может повлиять на способность распознавания характера цервикальной слизи.
- Грудное вскармливание, которое может уменьшить или изменить количество и качество цервикальной слизи.

3.4 Консультирование и информирование

В дополнение к вопросам, отмеченным в разделе 1.5 данной главы, надо проинформировать клиентов о следующем:

- Женщина должна исследовать свои половые органы, для того, чтобы оценить изменения цервикальной слизи. Некоторые женщины могут вполне адекватно оценить характер слизи, основываясь только на своих ощущениях и не прикасаясь к половым органам. Такое умение

может развиваться с приобретением опыта.

- Необходимо воздержаться от половых сношений в течение первого месяца обучения технике, для того, чтоб не перепутать цервикальную слизь со спермой или вагинальной секрецией, увеличивающейся при половом возбуждении.

3.5 Инструктирование клиентов

Проверка характера цервикальной слизи и ведение записей

Предоставьте клиентам карту для записей характера цервикальной слизи. Может быть более удобной карта, на которой возможно в простой форме вести одновременно записи как результатов базального термометрирования, так и наблюдения за характером цервикальной слизи (смотрите Рис. 9.4). Предоставьте клиентам следующие инструкции:

- Записывайте любые ощущения у входа во влагалище, например сухость, сырость или влажность. Наблюдайте за характером цервикальной слизи по крайней мере два раза в день, в подходящее для вас время (например, когда заходите в туалет). Первое наблюдение проводите утром, а последнее – вечером.
- Проверяйте присутствие слизи, вытирая область влагалища бумажной салфеткой, или просто путем введения туда пальца.
- Если есть слизь, возьмите ее на кончик пальца или на бумажную салфетку.
- Обратите внимание какого она цвета (например, белая), мутна или прозрачна, и каковы ее физические характеристики (например, в виде смазки, густая или тягучая).
- Проверьте эластичность слизи путем раскрытия концов бумажной салфетки или кончиков пальцев, на которых собрана слизь. Если нити слизи легко растягиваются между листами бумажной салфетки или пальцами и не разрываются, значит слизь очень эластична (смотрите рис.9.5).
- Каждый вечер записывайте об изменениях характера слизи и ощущениях во влагалище, наблюдающихся в течение данного дня. Это можно делать при помощи закодированных букв, например «О» для обозначения сухости и «С» для обозначения слизи. Можно также использовать символы, цветные карандаши или цветные штампы. Кроме этого, для описания слизи можно записывать слово (одно или два), например: густая, липкая, прозрачная, тонкая, скользкая и т.п.
- Поставьте крестик в квадрате карты, соответствующем последнему дню скользкой слизи (день пика слизи). В квадратах, соответствующих последующим трем дням запишите цифры 1, 2 и 3 (смотрите рис.

9.4). День пика слизи можно распознать только ретроспективно, после того, как станет очевидным, что слизь потеряла свою скользкость и эластичность, по сравнению со слизью предыдущего дня.

- Если после исчезновения скользкой слизи и определения дня пика она вдруг появиться вновь, нужно игнорировать предыдущую запись и отметить крестиком второй пик, который и является истинным днем пика слизи.

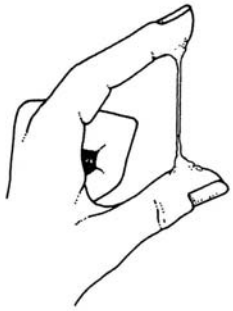
Рис. 9.4 График, разъясняющий как нужно отмечать изменения цервикальной слизи

Фамилия, имя _____ Месяц _____ Номер _____

	Дата																														
С	37.6																														
	37.5																														
	37.4																														
	37.3																														
	37.2																														
	37.1																														
	37.0																														
	36.9																														
	36.8																														
	36.7																														
	36.6																														
	36.5													П	И	К															
	36.4																														
	36.3																														
	36.2																														
	36.1																														
	36.0																														
	День цикла	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
	Менструация и слизь	М	М	М	М	М	О	О	С	С	С	С	С	С	С х	1	2	3										М						

М = менструация О = сухость С = слизь

Рис. 9.5 Эластичная слизь, наблюдаемая в середине цикла



Регулирование времени половых отношений

Когда можно иметь половые сношения:

- Непосредственно после менструации и вплоть до первых признаков появления цервикальной слизи.
- Вечером 4 дня после регистрации пика слизи и вплоть до очередной менструации.

Клиентам нужно рекомендовать ограничить половые сношения во время пред-слизистой неплодовитой фазы. До появления цервикальной слизи можно иметь сношения не ранее, чем через день, так как интерпретация состояния цервикальной слизи может быть затруднительной, в связи с наличием семенной жидкости во влагалище и повышенной вагинальной секрецией в результате полового возбуждения.

Когда нужно воздерживаться от половых сношений:

- Как только после менструации впервые появится цервикальная слизь вплоть до конца 4-го дня после пика слизи.
- В любое время, если появились сомнения о характере слизи.

Факторы, влияющие на характер цервикальной слизи

- Вагинальная или цервикальная инфекция.
- Вагинальная секреция в результате полового возбуждения.
- Лекарства от простуды или синуситов, которые могут высушить также цервикальную слизь.
- Физический или эмоциональный стресс.
- Грудное вскармливание.

3.6 Модифицированный метод наблюдения за цервикальной слизью

В некоторых программах используется модифицированный метод наблюдения за цервикальной слизью (ММЦС). По сравнению с оригинальным методом, требования модифицированного метода менее ограничивающие и отличаются в следующем:

- В отличии от оригинального метода наблюдения за цервикальной слизью, ММЦС допускает возможность половых сношений в допустимые дни первого месяца использования.
- В отличии от оригинального метода, ММЦС допускает женщинам с регулярным менструальным циклом иметь половые сношения во время пред-слизистой неплодовитой фазы, в то время, когда в цервикальном канале находится густая слизь.
- ММЦС допускает иметь половые сношения, начиная с 3-го дня после

пика слизи, тогда как согласно оригинальному методу половые сношения можно возобновлять только на 4-ый день.

4 Календарный или ритмический метод (метод Огино-Клауса)

4.1 Определение

Исследования показывают, что из всех методов, контрацепции, основанных на осведомленности о плодовитом периоде женщины, наиболее часто употребляется календарный или ритмический метод. Метод включает цифровые расчеты, основанные на определении плодовитых дней предыдущих менструальных циклов. Процент неудач этого метода относительно высок, так как прогнозирование продолжительности ожидаемых циклов, основано на информации, полученной в результате наблюдения за предыдущими циклами. Точность такого прогноза весьма ограничена.

4.2 Показания

Для женщин, с достаточно регулярными менструальными циклами, календарный метод может показаться наиболее удобным из всех методов контрацепции, основанных на осведомленности о плодовитом периоде женщины, так как он не требует ежедневного наблюдения за признаками плодовитых дней.

4.3 Ситуации, требующие тщательного рассмотрения

Кроме ситуаций, описанных в разделе 1.3 данной главы, перед тем, как посоветовать клиентам пользоваться этим методом, необходимо тщательно взвесить некоторые обстоятельства, например:

- Наличие нерегулярных менструальными циклов.
- Грудное вскармливание.

4.4 Консультирование и информирование

В дополнение к вопросам, отмеченным в разделе 1.5 данной главы, надо проинформировать клиентов о том, что для прогнозирование продолжительности будущих циклов, надо произвести наблюдения по крайней мере за 6-ью последующими друг за другом циклами и вести нужные записи. В течение этого времени они могут пользоваться негормональными методами контрацепции, так как гормональные методы окажут воздействие на характер менструального цикла женщины.

4.5 Инструктирование клиентов

Клиентам необходимо дать следующую инструкцию:

- Зарегистрируйте продолжительность 6-и последующих друг за другом менструальных циклов, считая первый день менструации первым днем цикла.
- Вычислите первый плодовитый день, отнимая цифру 18 от продолжительности наиболее короткого цикла:

  Первый плодовитый день = продолжительность наиболее короткого цикла – 18

- Вычислите последний плодовитый день, отнимая цифру 11 от продолжительности наиболее длительного цикла:

  Последний плодовитый день = продолжительность наиболее длительного цикла – цифру 11

- В течение плодовитой фазы цикла нужно воздержаться от половых сношений. Пример: если продолжительность предшествующих 6-и циклов была равна 28, 26, 29, 27, 29 и 27 дней, тогда:

  Первый плодовитый день = 26 -18= 8
  Последний плодовитый день = 29 -11= 18

Соответственно, **нужно воздержаться от половых сношений, начиная с 8-го до 18-го дня цикла, включительно.**

5 Симптотермальный метод

5.1 Определение

Симптотермальный метод является комбинацией различных техник периодического воздержания, в частности наблюдения за цервикальной слизью, календарного метода и базального термометрирования. При использовании разнообразной техники можно с большей достоверностью идентифицировать фертильную фазу менструального цикла, чем при использовании только одного метода. Это позволяет свести до минимума дни воздержания от половой жизни.

5.2 Показания

Этот метод может подойти клиентам, решившим практиковать метод контрацепции, основанный на периодическом воздержании от половой жизни, которые хотят достичь высокой степени защиты от нежеланной беременности при соблюдении короткого периода воздержания.

5.3 Консультирование и информирование

В дополнение к вопросам, отмеченным в разделе 1.5 данной главы, надо проинформировать клиентов о том, что им может потребоваться более продолжительный период трэйнинга, по сравнению со сроком обучения только одного метода.

5. 4 Инструктирование клиентов

Инструкции по использованию индивидуальных техник приведены в разделах 2.4, 3.5 и 4.5 данной главы. Если же эти техники используются в сочетании друг с другом, нужно дополнительно проинструктировать клиентов о том, когда следует воздержаться от половых сношений:

- Путем наблюдения за изменениями цервикальной слизи и/или календарных рассчетов ***определите начало плодовитого периода,*** во время которого нужно воздерживаться от половых сношений. Во время использования метода наблюдения за изменениями цервикальной слизи рекомендуется иметь половые сношения не ранее, чем через день (просмотрите дискуссию о времени половых сношений в секции 3.5 данной главы). Первое появление слизи свидетельствует о начале плодовитого периода, во время которого нужно приостановить половые отношения. Женщины, которые затрудняются определить первое появление слизи, могут иметь ежедневные половые сношения до начала плодовитого периода, основываясь на календарном методе. Для установления этого дня нужно вычислить цифру 18 из числа самого короткого из 6 предыдущих менструальных циклов. Например, если самый короткий цикл длился 27 дней, тогда воздержание надо соблюдать начиная с 9-го дня менструального цикла (27-18=9). Если же цервикальная слизь появится раньше этого дня, тогда половые сношения нужно сразу же прекратить.
- При помощи метода базального термометрирования и/или путем наблюдения за изменениями цервикальной слизи ***определите конец плодовитого периода,*** во время которого можно возобновить половую жизнь. Половые сношения можно начинать, если в течение трех дней подряд наблюдалось явное повышение температуры, по сравнению с шестью предыдущими днями. Если же Вы основываетесь на методе наблюдения за изменениями цервикальной слизи, тогда можете возобновить половые сношения через 4 дня после пика слизи. При использовании обеих методов можете иметь половые сношения только тогда, когда и тот и другой свидетельствует об их безопасности.

6 Метод стандартных дней

6.1 Определение

Метод стандартных дней (МСД) основан на том факте, что женщина может забеременеть только в определенные дни менструального цикла. Яйцеклетка обычно оплодотворяется примерно через день после овуляции, а сперматозоиды теряют свою оплодотворяющую способность примерно через 4-5 дней после эякуляции. Женщина, имеющая регулярный менструальный цикл продолжительностью от 26 до 32 дней, обычно овулирует в промежутке между 13-ым и 17-ым днями цикла. Воздержание от незащищенного полового акта (т.е. от полового акта без использования средств контрацепции) в промежутке между 8-ым и 19-ым днями менструального цикла (включая оба дня) вполне достаточно для того, чтобы гаметы потеряли свою способность оплодотворять или оплодотворяться. Парам, пользующимся методом стандартных дней не надо вести никаких записей о продолжительности цикла или делать какие-либо рассчеты, так как уже теоретически установлена стандартная формула для определения плодовитого периода.

6.2 Показания

Метод стандартных дней подходит парам, решившим соблюдать периодическое воздержание, особенно если они:

- Не хотят или не в состоянии делать нужные наблюдения или вести записи.

6.3 Инструктирование клиентов

Женщине дают ожерелье с набором бусинок («Бусинки цикла»), каждая из которых отображает определенный день менструального цикла. Она может вести учет дней своего цикла, передвигая плотно пригнанное черное резиновое кольцо вдоль бусинок. Бусинки окрашены в разные цвета. Красной бусинкой отмечается первый день начала менструации. Коричневые бусинки указывают на неплодовитые дни, во время которых наступление беременности маловероятно, а белые бусинки указывают на плодовитые дни, во время которых женщина может забеременеть (смотрите рисунок 9.6). Проинструктируйте клиентов о нижеследующем:

- В первый день менструального цикла поставьте черное кольцо на красную бусинку.
- Каждый день передвигайте черное кольцо на одну бусинку вперед.
- Воздержитесь от половых сношений или используйте другой метод контрацепции (например, презерватив) в дни, когда черное кольцо оказывается над любой из белых бусинок.

Рис. 9.6 Бусинки цикла

Бусинки цикла могут помочь в наблюдении за продолжительностью цикла. Если у женщины менструация начинается до того, как она передвинет кольцо на темно-коричневую бусинку, значит ее цикл короче 26 дней. Если же она передвинет кольцо на находящуюся перед красной последнюю бусинку до того, как начнется менструация, и если она не начнется и на следующий день, значит ее цикл длиннее 32 дней. В случае, если хотя бы один из указанных типов цикла будет наблюдаться более чем один раз в течение 12 месяцев, значит женщина должна подумать о другом методе, так как МСД не будет для нее столь эффективным, как для женщин с продолжительностью цикла от 26 до 32 дней.

Фото: Мариека Вандевеле/Румыния

10 НЕОТЛОЖНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

1 Введение

Методы неотложной контрацепции используются в качестве срочной процедуры для предотвращения нежеланной беременности после незащищенного полового акта (*под определением: «незащищенный половой акт» подразумевается половое сношение без использования какого-либо метода предупреждения беременности или если метод был использован неправильно*).

Термин «неотложная контрацепция» иногда заменяется определениями: «Таблетки для следующего утра» и «Пост-коитальная контрацепция», что может вызвать некоторую путаницу, так как средствами неотложной контрацепции являются не только таблетки и использовать их можно в течение 5 дней после незащищенного полового акта, а не только на следующее утро. Использование термина «неотложная контрацепция» более предпочтительно также и потому, что он отражает смысл неотложности этой процедуры.

Начиная с середины 1960-х годов, появились данные указывающие на то, что определенные стероидные гормоны, принимаемые перорально после полового акта эффективны для предупреждения беременности. Кроме этого было выявлено, что медь-выделяющие ВМС также являются высокоэффективным средством неотложной контрацепции.

1.1 Общие показания

Неотложная контрацепция предназначена для использования после незащищенного полового акта, например:

- Когда не использовался какой-либо контрацептивный метод;
- Когда была неудача в использовании метода контрацепции или он был неправильно использован:
  - было пропущено три и более комбинированных оральных противозачаточных таблеток подряд;
  - чистопрогестогеновая контрацептивная таблетка была принята с опозданием на три или более часов;
  - презерватив порвался или соскользнул;
  - диафрагма переместилась или была рано удалена;
  - была неудача при прерванном половом акте (например, эякуляция спермы произошла во влагалище или на наружные половые органы);
  - был неправильно рассчитан безопасный период при использовании естественных методов контрацепции, основанных на знании фертильных дней;
  - выпала ВМС;
- Когда женщина подверглась сексуальному насилию.

1.2 Типы неотложной контрацепции

В качестве неотложной контрацепции могут быть использованы следующие методы:

- *Таблетки неотложной контрацепции (ТНК):* чистопрогестогеновые или комбинированные эстроген-прогестогеновые оральные контрацептивы.
- *Медь-высвобождающие внутриматочные средства.*

2 Таблетки неотложной контрацепции

2.1 Прием ТНК

Таблетки, содержащие только прогестоген

Наиболее удобным режимом неотложной контрацепции является однократное использование 1,5 мг левоноргестрела, который необходимо принять как можно скорее после незащищенного полового акта. Альтернативно, как можно скорее после незащищенного полового акта, можно принять 0,75 мг левоноргестрела, после чего необходимо повторить прием такой же дозы 12 часов спустя.

Надо учесть, что независимо от используемого режима, чем раньше после незащищенного полового акта приняты таблетки, тем более эффективными они будут. Наибольшая эффективность отмечается при приеме таблеток в течение первых 3 дней (72 часов) после полового акта. Тем не менее, новые данные указывают на некоторую эффективность метода даже при использовании на 5 день после незащищенного полового акта.

Если таблеток, содержащих 0,75 мг левоноргестрела, нет в наличии, то вместо них можно использовать таблетки, содержащие 0,03 мг левоноргестрела, применяемые для регулярной контрацепции («мини-пили»). Сначала нужно принять двадцать пять «мини-пиль», а затем повторить прием такой же дозы спустя 12 часов. *(Вероятность абсорбции гормона может снизиться при приеме той же дозы в большем количестве таблеток).*

Комбинированные таблетки

Комбинированные эстроген-прогестогеновые таблетки, содержащие этинилэстрадиол и левоноргестрел, можно принять в режиме, известным как «Метод Юзпе».

При наличии таблеток, содержащих 50 мкг этинилэстрадиола и 0,25 мг левоноргестрела:

- Первую дозу, состоящую из 2 таблеток, необходимо принять при пер-

вой возможности, но не позднее 72 часов после незащищенного полового акта. По прошествии 12 часов необходимо принять еще 2 таблетки.

При наличии таблеток, содержащих 30 мкг этинилэстрадиола и 0,15 мг левоноргестрела:

- Первую дозу, состоящую из 4 таблеток, необходимо принять при первой возможности, но не позднее 72 часов после незащищенного полового акта. По прошествии 12 часов необходимо принять еще 4 таблетки.

За информацией о наличии в отдельных странах таблеток с вышеказанным составом и их торговых названиях обращайтесь на веб-сайт МФПС www.ippf.org в издание *Каталог гормональных контрацептивов*.

Механизм действия

Контрацептивный эффект методов неотложной гормональной контрацепции достигается несколькими механизмами действия в зависимости от того, в какое время цикла женщина ее использует. Под их воздействием возможно подавление или отсрочка овуляции, нарушение механизмов передвижения яйцеклетки и сперматозоидов, а также процесса оплодотворения. Научные данные о возможном нарушении имплантации под воздействием методов неотложной гормональной контрацепции весьма противоречивы. Отсутствуют также сведения, указывающие на возможность отслойки имплантированного эмбриона под воздействием этих методов. Методы неотложной гормональной контрацепции не вызывают аборта.

2.2 Эффективность

При приеме таблеток неотложной гормональной контрацепции в течение первых 72 часов после однократного незащищенного полового акта, риск беременности уменьшается на 60-93%, в случае использования режима употребления таблеток, содержащих только прогестерон, тогда как при использования режима приема комбинированных таблеток риск беременности уменьшается на 56-89%. Это означает, что если вероятность наступления беременности после незащищенного полового акта составляет 8%, то вышеуказанные режимы приема таблеток нетложной гормональной контрацепции снижают эту вероятность до 1% или 2%, соответственно. Чем раньше после незащищенного полового акта используется неотложная контрацепция, тем более эффективной она будет.

2.3 Побочные воздействия

- *Тошнота*: наблюдается примерно у половины (50%) пользователей ком-

бинированных ТНК, но она обычно длится не более 24 часов. При использовании чистопрогестогеновых ТНК тошноту отмечают примерно 20% женщин.

- *Рвота*: наблюдается приблизительно у 20% женщин, использующих комбинированные ТНК и у 5% пользователей чистопрогестогеновых таблеток. При употреблении комбинированных ТНК можно предложить предварительный прием противорвотных средств, тогда как при использовании чистопрогестогеновых таблеток такой необходимости нет.

Если рвота наступает в течение часа после приема нужной дозы, прием таблеток обычно повторяют. Тем не менее, нет доказательств того, что это улучшает эффективность метода. Между тем, появление рвоты на самом деле свидетельствует об абсорбции гормона.

Если у женщины была рвота, вторую дозу можно использовать вагинально. Хотя и нет клинических данных, подтверждающих эффективность данной практики, известно, что контрацептивные стероидные гормоны легко всасываются в кровь из влагалища.

- *Нерегулярные маточные кровотечения*: у некоторых женщин после приема ТНК наблюдаются мажущие кровянистые выделения из влагалища. Но у большинства женщин менструации наступают в срок или раньше обычного срока. Если менструация задерживается более чем на 1 неделю, необходимо исключить возможность беременности.
- *Другие побочные явления*: напряжение молочных желез, головная боль, усталость, боли внизу живота и головокружение.

2.4 Показания

Смотрите раздел 1.1 данной главы.

2.5 Медицинские критерии приемлемости

Никаких противопоказаний к использованию неотложной гормональной контрацепции не установлено. Хотя не рекомендуется принимать таблетки неотложной гормональной контрацепции при беременности или подозрении на нее, установлено, что метод не влияет на течение беременности и не вредит плоду. При назначении ТНК нет необходимости в предварительном обследовании женщины.

Подозрение на беременность:

Если женщина хочет использовать ТНК и вы не можете с абсолютной уверенностью исключить беременность, можно предоставить ей ТНК, предварительно объяснив, что она уже может быть беременна и в этом случае ТНК будут неэффективны.

Так как доза гормонов, используемых при неотложной контрацепции, мала, и ТНК применяют на короткий период времени, нет необходимо-

сти ссылаться на медицинские критерии допустимости постоянного использования комбинированных оральных контрацептивов и чистопрогестогеновых таблеток.

Взаимодействие препаратов:

Клиентам необходимо объяснить, что эффективность ТНК может снизиться под влиянием приема ряда препаратов (например, рифампицин, гризеофульвин, барбитураты и др.), которые снижают эффективность гормональных пероральных методов контрацепции, принимаемых в обычном режиме. Однако, на сегодняшний день нет каких-либо достовернных данных, указывающих о возможном взаимодействии ТНК с другими препаратами, поэтому нет необходимости в предоставлении каких-либо специфических рекомендаций по увеличе-нию дозы ТНК при одновременном приеме других препаратов.

2.6 Кто может предоставлять ТНК

ТНК могут предоставлять обученные врачи, медицинские сестры, акушерки, другой клинический персонал, фармацевты и социальные работники из числа местного населения, в соответствии с действующими законами и инструкциями.

Все работники, предоставляющие ТНК, должны быть хорошо обучены. Они должны предоставлять ТНК в соответствии с четким руководствами. Работники, предоставляющие ТНК через немедицинские каналы, должны иметь доступ к соответствующим медицинским учреждениям, для того, чтоб при необходимости направить туда женщин для предоставления нужных услуг (например, если после незащищенного полового акта прошло более 72 и неотложная гормональная контрацепция больше не является методом первого выбора).

Если ТНК выдаются через аптеки, необходимо обеспечить предоставление полной информации о методе.

2.7 Консультирование и информирование

Проводите консультирование клиентов в приватной и дружелюбной обстановке. Заверьте женщин в абсолютной конфиденциальности консультирования, которая также должна распространяться и на молодых женщин. Окажите максимум поддержки и воздержитесь от оценивающих и осуждающих комментариев не только в устной форме, но и от выражения неодобрения через жесты и выражение лица. В ситуациях, когда трудно сохранить приватность беседы (например, в аптеке), предоставьте женщине ТНК с соответствующими инструкциями по их использованию и посоветуйте обратиться в медицинское учреждение или кабинет планирования семьи для получения консультации по использованию обычных методов контрацепции.

Консультирование по неотложной контрацепции

Консультирование о неотложной контрацепции должно проводиться в соответствии с нуждами и обстоятельствами женщины. Некоторые женщины предпочитают не обсуждать о своем решении использовать метод неотложной контрацепции. В таких случаях надо просто прописать или предоставить таблетки с соответствующими инструкциями по использованию и пригласить женщину в любое другое удобное для нее время для консультирования по обычным методам контрацепции. У женщин обычно возникают следующие вопросы:

- Механизм действия (некоторым женщинам нужно объяснить, что использование неотложной контрацепции не является абортом).
- Виды неотложной контрацепции.
- Вероятность неудачи неотложной контрацепции.

Объясните женщине, что использование таблеток неотложной контрацепции не защитит ее от возможного наступления беременности в течение данного менструального цилка, если незащищенный половой акт будет иметь место после приема ТНК.

Проинформируйте женщину о том, что неотложная контрацепция не защитит ее от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), включая ВИЧ, а также то, что незащищенный половой акт подвергнет ее потенциальному риску заражения. После оценки степени риска заражения ИППП женщину следует проконсультировать и предложить соответствующие услуги.

Если женщина решила использовать ТНК, объясните ей, что если в данном цикле она будет иметь незащищенные половые сношения после приема ТНК, она опять будет подвержена риску наступления беременности, в частности и потому, что прием таблеток иногда меняет время наступления овуляции. Поэтому, после приема ТНК она должна до конца цикла использовать и другой контрацептивный метод, например, презерватив.

Консультирование по обычным методам контрацепции

Женщинам, обращающимся за неотложной контрацепцией, следует, по мере возможности, предлагать консультирование и по обычным методам контрацепции. Однако, это не должно быть условием для предоставления неотложной контрацепции. Во всех случаях, услуги по консультированию необходимо предоставлять либо по просьбе, либо при получении согласия женщины.

- Выясните, пользуется ли женщина в настоящее время каким-либо методом контрацепции, а если да, то каким.
- Если причиной обращения за неотложной контрацепцией является слу-

чайность или неправильное использование обычно принимаемого контрацептивного метода, обсудите, как предупредить подобную ситуацию в будущем.

- С чуткостью и пониманием обстоятельств женщины, обсудите ее планы по дальнейшему использованию методов контрацепции (смотрите раздел 2.11).

2.8 Оценка состояния здоровья

Исключите вероятность беременности женщины следующим образом:

- Установите дату последней менструации и спросите, была ли она обычной.
- Установите дату и время последнего эпизода незащищенного полового акта.
- Спросите, имели ли место до этого и другие незащищенные половые акты в течение данного менструального цикла.

Нет необходимости в проведении других методов оценки состояния здоровья (например, тазовый осмотр, лабораторные анализы).

2.9 Инструктирование клиентов

Назначьте или предоставьте ТНК вместе с устными и письменными инструкциями по их использованию.

- Объясните, как правильно использовать метод (смотрите раздел 2.1). Убедитесь в том, что женщина понимает, когда необходимо принять каждую дозу таблеток.
- Посоветуйте вместе с приемом таблеток выпить молоко или съесть что-нибудь, чтобы уменьшить тошноту.
- Объясните, что ТНК не защитят от беременности, если спустя какое-то время после их приема (дни или недели) у нее будет незащищенный половой акт. Рекомендуйте использовать до очередной менструации барьерный метод контрацепции, если будут иметь место половые сношения.
- Подчеркните тот факт, что ТНК не являются обычным методом длительной контрацепции. При повторном использовании обычно увеличивается риск наступления беременности и чаще наблюдаются побочные явления.
- Объясните, что у большинства женщин после использования ТНК менструация наступает раньше обычного срока или вовремя. Если же менструация задерживается более чем на неделю, необходимо исключить возможность беременности.
- Посоветуйте женщине вновь обратиться в клинику или в специализированное медицинское учреждение в случае задержки менструации

более чем на 1 неделю или какого-либо повода для беспокойства (например, боль внизу живота, сильное кровотечение). Порекомендуйте также придти сразу же после менструации для получения консультирования по контрацепции.

2.10 Последующее наблюдение

Если женщина уже начала регулярно пользоваться каким-либо методом контрацепции, нет необходимости в последующем наблюдении в связи с приемом ТНК, кроме случаев, когда у нее отмечается задержка менструации, есть подозрение на беременность или какие-либо другие причины для беспокойства.

Во время последующего контакта:

- Запишите данные о дате менструации женщины, чтобы уточнить нет ли у нее беременности. В случае сомнений проведите тест на беременность (смотрите главу 11 «Диагностика беременности»).
- Обсудите подходящие для нее методы контрацепции (смотрите раздел 2.11).
- Если женщина желает предохраняться от беременности, помогите ей сделать выбор метода и предоставьте контрацептивное средство.

В случае неудачи при использовании ТНК:

- Объясните женщине какие есть варианты для выхода из создавшегося положения и дайте ей самой принять наиболее подходящее для нее решение. Отнеситесь с уважением к ее решению и окажите поддержку. Если есть необходимость, направьте женщину к другим специалистам.
- Если женщина решит сохранить беременность, заверьте ее в том, что ТНК не оказывают тератогенного воздействия.
- Хотя вероятность увеличения риска наступления внематочной беременности под воздействием ТНК очень мала, тем не менее внематочная беременность может чаще наблюдаться в случаях неудачи при использовании ТНК, по сравнению с общей популяцией беременных женщин. Поэтому во всех случаях неудачи после приема ТНК исключайте внематочную беременность.

2.11 Когда можно перейти к регулярному использованию методов контрацепции

Презервативы: начать использование можно сразу.

Диафрагма: начать использование можно сразу.

Оральные контрацептивы: нет необходимости откладывать прием оральных контрацептивов до наступления последующей менструации.

Их употребление можно начать на следующий же день после приема однократной или повторной дозы ТНК.

Инъекционные контрацептивы: первую инъекцию можно получить в течение первых 7 дней менструального цикла.

Подкожные имплантыи: имплант может быть введен в течение первых 7 дней менструального цикла.

ВМС: ВМС можно вводить во время последующей менструации. Если женщина намеревается использовать ВМС в качестве метода регулярной контрацепции и она соответствует критериям приемлнмости метода, введение медь-высвобождающего ВМС в качестве метода неотложной контрацепции может быть подходящей альтернативой использованию ТНК (смотрите раздел 3).

Естественные методы контрацепции, основанные на знании о плодовитости: если у женщины регулярные менструации, уже в следующем же менструальном цикле можно начать пользование этими методами. Если женщина никогда ранее не предохранялась при помощи естественных методов контрацепции, предпочтительно использование других негормональных методов, до тех пор, пока она не научится как ими пользоваться.

Стерилизация: эту процедуру можно выполнить только в случае принятия женщиной информированного и добровольного решения. Не рекомендуется принимать такое решение в стрессовых ситуациях, что часто наблюдается при использовании ТНК.

3 Медь-высвобождающие ВМС

Для неотложной контрацепции в течение 5 дней после незащищенного полового акта может быть использована медь-высвобождающая ВМС. Если после незащищенного полового акта прошло более 5 дней и возможно установить примерную дату овуляции, при необходимости можно ввести ВМС, но при условии, что после предполагаемой овуляции прошло не более 5 дней.

3.1 Эффективность

Метод считается высокоэффективным. Если после незащищенного полового акта в качестве средства неотложной контрацепции женщины используют медь-высвобождающую ВМС, беременность наступает менее, чем у 1% женщин.

3.2 Показания

В дополнение к показаниям, описанным в разделе 1.1 данной главы использование ВМС показана особенно в тех случаях, когда:

- после незащищенного полового акта прошло более 72 часов и гормональные методы будут менее эффективны;
- женщина желает использовать ВМС в качестве длительного метода контрацепции.

3.3 Медицинские критерии приемлемости

Медицинские критерии приемлемости ВМС в качестве обычного метода контрацепции применимы также к использованию ВМС в качестве неотложной контрацепции.

Класс 4 (противопоказания)

Не рекомендуйте использование любого типа ВМС и не предоставляйте ее женщинам, имеющим следующие состояния:

- У женщины установлена или предполагается беременность.
- Женщина переносит или перенесла в последние три месяца послеродовый или послеабортный сепсис.
- Женщина переносит воспалительные заболевания органов таза (ВЗОТ) (если оно развивается во время использования ВМС, то это состояние переходит в класс 2)
- Женщина имеет инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), которые могут вызвать воспаление шейки матки, в частности хламидиоз или гонорея (если ИППП развиваются на фоне использования ВМС, то эти состояния переходят в класс 2).
- Женщина имеет гнойный цервицит.
- У женщины имеется диагностированная или предполагаемая злокачественная опухоль половых органов.
- У женщины имеются необычные вагинальные кровотечения, дающие основание предпола-гать серьезное заболевание (если они возникают на фоне использования ВМС, то это состояние переходит в класс 2).
- У женщины рак шейки матки и она должна получить лечение (если он развивается во время использования ВМС, то это состояние переходит в класс 2).
- Женщина имеет рак эндометрия (если он развивается на фоне использования ВМС, то это состояние переходит в класс 2).
- У женщины имеются врожденные аномалии развития матки или доброкачественные опухоли матки (фибромиома), которые деформируют полость матки, что делает невозможным правильное расположение ВМС.
- У женщины установлена злокачественная гестационная болезнь трофобласта.

- У женщины имеется диагностированный туберкулез органов таза (если он развивается на фоне использования ВМС, то это состояние переходит в класс 3).

ВМС, высвобождающие левоноргестрел противопоказаны также для женщин имеющих в настоящее время рак молочной железы.

Предоставьте консультирование об альтернативных методах контрацепции всем женщинам (кроме беременных), имеющим противопоказания к использованию ВМС (смотрите также главу 2 «Консультирование»).

3.4 Особые ситуации

Риск ИППП

Для женщины без явной клинической картины гинекологической инфекции, но подверженной высокому риску ИППП (например, многочисленные половые партнеры), ТНК являются более предпочтительным выбором, чем ВМС. Несмотря на это женщина все же может использовать ВМС в качестве неотложной контрацепции, но посоветуйте ей перейти на другой контрацептивный метод, когда наступит следующая менструация.

Изнасилование

Введение ВМС может быть психологически травматично для женщины, которая стала жертвой сексуального насилия. Существует также возможность передачи ИППП/ВИЧ. В таких случаях ТНК являются методом первого выбора. ВМС можно предоставить только при условии, что женщина должным образом проконсультирована и проведена оценка риска заражения ИППП/ВИЧ.

3.5 Кто имеет право вводить ВМС

ВМС могут вводить обученные этому врачи, акушерки, медицинские сестры или другие медицинские работники, в соответствии с действующими положениями и инструкциями.

3.6 Консультирование и информирование

Общие аспекты консультирования, описанные в разделе 2.7 данной главы, также применимы к случаям использования ВМС в качестве неотложной контрацепции.

При проведении консультирования о дальнейшем использовании методов контрацепции, обсудите с женщиной возможность продолжения использования уже введенного ВМС, в качестве средства для длительной контрацепции. Если она захочет продолжить использование ВМС,

проведите соответствующее консультирование (смотрите главу 6). Если же клиентка не желает продолжить использование ВМС, попросите ее вернуться во время или сразу после очередной менструации для ее удаления.

3.7 Оценка состояния здоровья

Исключите возможность беременности, следующим образом:

- Установите дату последней менструации и спросите, была ли она обычной.
- Установите дату и время последнего эпизода незащищенного полового акта.
- Спросите, имели ли место до этого и другие незащищенные половые акты в течение данного менструального цикла.
- Проведите бимануальный осмотр.

Если после выполнения всех вышеперечисленных шагов вы все еще сомневаетесь, проведите чувствительный анализ мочи на беременность (см. главу 11 «Диагностика беременности»).

Запишите в анкете:

- гинекологический анамнез;
- имеющиеся и перенесенные в прошлом заболевания, включая ИППП, а также факторы риска заражения ИППП, например, наличие многочисленных половых партнеров.

Проведите физический осмотр:

- осмотр шейки матки в зеркалах и бимануальное тазовое исследование;
- любые другие нужные исследования, в соответствии с показаниями медицинского анамнеза.

3.8 Введение ВМС

Техника введения ВМС с целью неоложной контрацепции не отличается от процедуры введения ВМС, предназначенного для длительного использования (смотрите главу 6 «Внутриматочные средства», раздел 10).

3.9 Инструктирование женщин

- Проинформируйте клиентку о том, что в течение первых 24-48 часов после процедуры введения возможно появление схваткообразной боли. В этом случае можно принять болеутоляющие таблетки, например, аспирин, ибупрофен или парацетамол.
- Если клиентка не хочет продолжать использование ВМС в качестве

длительного метода контрацепции, проинструктируйте ее о необходимости вернуться в медицинское учреждение для ее удаления во время или сразу же после очередной менструации.

- Если клиентка планирует продолжать использование ВМС в качестве длительного метода контрацепции, проконсультируйте ее согласно инструкциям, описанным в главе 6 «Внутриматочные средства», раздел 11.

3.10 Последующее наблюдение

Посоветуйте женщине вернуться в медицинское учреждение во время или сразу же после очередной менструации.

- Если клиентка не хочет больше использовать ВМС, удалите спираль и проконсультируйте об альтернативных методах контрацепции и предоставляемых в клинике услугах.
- Если клиентка планирует продолжать использовать ВМС в качестве длительного средства контрацепции, проверьте месторасположение ВМС и предоставьте информацию, касающуюся использования ВМС и последующего наблюдения (смотрите главу 6 «Внутриматочные средства», разделы 11 и 12).

Если после введения ВМС в качестве неотложной контрацепции у женщины наблюдается задержка менструации, исключите наличие беременности (смотрите главу 11 «Диагностика беременности»). Если женщина беременна, следуйте инструкциям, описанным в главе 6, раздел 15.

3.11 Побочные воздействия

Могут наблюдаться такие же побочные явления, какие возможны при длительном использовании ВМС (смотрите главу 6, раздел 14). Все эти побочные явления прекратятся после удаления ВМС, если женщина не собирается продолжать ее использование.

4 Организация услуг

4.1 Адвокация

Люди, вовлеченные в осуществление программ по сексуальному и репродуктивному здоровью/ планированию семьи, должны выступать с призывами по обеспечению доступности методов неотложной контрацепции. Необходимо предпринять все меры, чтобы повысить осведомленность и добиться поддержки руководителей, принимающих политические решения в этом направлении. Очень важно наладить сотрудничество с женскими организациями и другими общественными группами, пропагандирующими вопросы охраны сексуального и репродуктивного здоровья.

4.2 Информирование населения

Люди должны знать о существовании средств неотложной контрацепции и о том, где их можно получить, чтоб учли возможность их использования в случае незащищенного полового акта.

Недостаток информации о методах неотложной контрацепции распространяется не только на потенциальных ее пользователей, но и на медицинских работников, в том числе предоставляющих услуги по планированию семьи. Следовательно, очень важно, чтобы программы по сексуальному и репродуктивному здоровью включали бы в себя стратегии, направленные на:

- Разрешение сомнений и изменение отношения медицинских работников к средствам неотложной контрацепции;
- Улучшение знаний медицинских работников о существующих методах неотложной контрацепции и способах их использования, путем соответствующего обучения;
- Повышение осведомленности потенциальных пользователей, включая подростков, путем рекламирования методов неотложной контрацепции и предоставляемых услуг. Информация о методах неотложной контрацепции должна быть включена в программы обучения населения вопросам сексуального и репродуктивного здоровья, осуществляемые в медицинских учреждениях и на уровне общин.

4.3 Улучшение доступа

Для того, чтобы сделать услуги по неотложной контрацепции более доступными для населения, программы по сексуального и репродуктивному здоровью должны учесть необходимость следующих мероприятий:

- предоставление услуг по доступным ценам;
- обеспечение доступа к услугам для всех потенциальных пользователей;
- предоставление ТНК как через медицинские учреждения, так и через аптеки и другие немедицинские пункты распространения, с целью охвата потенциальных пользователей, живущих в отдаленных местностях (например, в селах), или тех, кто стесняется обратиться в медицинское учреждение (например, одинокие женщины, подростки или жертвы сексуального насилия);
- способствование более широкому внедрению методов неотложной контрацепции путем выявления препятствий для их использования и устранения ненужных барьеров.

4.4 Источники предоставления услуг

Медицинские источники

- Клиники сексуального и репродуктивного здоровья/планирования семьи.
- Другие медицинские учреждения.
- Врачи общей практики/семейные врачи.

Немедицинские источники

- *Предоставление услуг на уровне общин* - это весьма реальный подход для предоставления методов неотложной гормональной контрацепции общественными работниками в местностях, отдаленных от медицинских учреждений. При этом важно наладить систему для направлений клиентов, обращающихся к общественным работникам с опозданием (через 72 часа или позднее после незащищенного полового акта), так как им может понадобиться введение медь-выделяющих ВМС или других услуг по сексуальному и репродуктивному здоровью, включая диагностику беременности. Работники медицинских учреждений, предоставляющие оральные контрацептивы, должны с готовностью оказывать услуги женщинам, направленным общественными работниками (смотрите главу 5, раздел 4).
- *Коммерческие каналы* - коммерческие каналы, например, аптеки, могут оказать большую пользу для предоставления средств неотложной гормональной контрацепции, так как они легко доступны и быстро обслуживают посетителей. Необходимо предоставить аптекам брошюры с подробной информацией о неотложной гормональной контрацепции и обеспечить соответствующее обучение их сотрудников. Если женщина обратилась в аптеку через 72 часа или позднее после незащищенного полового акта или если ей нужны какие-либо другие медицинские услуги, сотрудник аптеки должен знать в какое медицинское учреждение ее нужно направить. Осуществление программы по социальному маркетингу специально упакованных таблеток для неотложной контрацепции, может стать эффективным способом обеспечения доступности этого метода.

Консультативные центры для молодежи

Неотложная контрацепция особенно важна для подростков, сексуальность которых находится в процессе становления. Беременность представляет определенный риск для их здоровья, а использование методов неотложной контрацепции может способствовать уменьшению случаев беременности в подростковом возрасте. У молодых женщин могут возникнуть трудности в получении необходимой информации и/или услуг по

неотложной контрацепции по ряду причин:

- они могут не знать о существовании средств неотложной контрацепции;
- они могут чувствовать неуверенность или стеснение для обращения в медицинское учреждение, предоставляющее услуги по сексуальному и репродуктивному здоровью;
- они могут не знать, где находится такое учреждение;
- для них могут быть неудобными часы приема в медицинском учреждении;
- они могут боятся гинекологического осмотра, хотя это не является обязательным требованием при предоставлении ТНК;
- они могут боятся осуждения медицинских работников.

Между тем, консультативные центры для молодежи могут предоставлять информацию о неотложной контрацепции во время проведения консультационных сессий. В некоторых центрах возможно также предоставление средств неотложной гормональной контрацепции.

Подростки больше всего нуждаются в доброжелательном отношении, конфиденциальном консультировании и обеспечении доступа к средствам, способным уменьшить имеющийся риск.

Фото: Испанская ассоциавция планирования семьи/Шарлон Маркелес/Испания

11 ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ

1 Введение

Диагностика беременности является важным компонентом услуг по сексуальному и репродуктивному здоровью /планированию семьи. Клиники, по сексуальному и репродуктивному здоровью /планированию семьи могут предлагать услуги по диагностике беременности для женщин, которые:

- запланировали беременность и надеются забеременеть;
- подозревают беременность после незащищенного полового акта;
- хотят исключить возможную беременность, чтоб начать использование определенного метода контрацепции (например, ВМС);
- испытали неудачу при использовании метода контрацепции.

В настоящее время имеется широкий выбор методов диагностики беременности. При определенных условиях могут быть использованы различные методы, в зависимости от их стоимости и возможности осуществления. Например, не везде есть возможность проведения биохимических тестов. Беременность может быть установлена и клиническими (нелабораторными) методами, но этот способ считается достоверным только после отсутствия менструации в течение 8-10 недель.

В случае беременности, очень важно определить ее срок, чтоб подсчитать предполагаемую дату родов и проинформировать об этом женщину. Определение срока беременности помогает также при диагностике некоторых осложнений, например, внематочной беременности или угрозы прерывания беременности. Если женщина хочет прибегнуть к аборту и живет в стране, где аборт разрешен законом, знание о сроке беременности поможет ей принять правильное решение и выбрать наиболее подходящий метод прерывания.

2 Клиническая диагностика

Диагностика беременности клиническими (не лабораторными) методами основывается на выявлении признаков и симптомов беременности, путем тщательного сбора медицинского анамнеза и общего осмотра. Одним из наиболее вероятных признаков беременности является отсутствие менструаций (аменорея), особенно при наличии сопутствующих симптомов. Гинекологический осмотра помогает установить наличие беременности только через 6 недель после ее наступления.

3 Симптомы и признаки беременности

3.1 Симптомы

Симптомы беременности включают в себя следующее:

- отсутствие менструации (аменорея);
- тошнота (с рвотой или без нее) и изменение аппетита;
- постоянная усталость;
- болезненность и увеличение молочных желез;
- учащенное мочеиспускание;
- ощущение шевеления плода (поздний симптом, который наблюдается при 16-20 неделях беременности).

3.2 Признаки беременности

К признакам беременности относятся:

- Размягчение, округлость и увеличение матки (определяется после 6 недель беременности).
- Проявление признака Гегара: после 6 недель беременности, при бимануальном исследовании наблюдается размягчение и сокращение перешейка, соединяющего шейку матки с телом матки.
- Появление пульсации матки (определяется еще до 6 недель беременности).
- Прощупывание над лобковым сочленением увеличенной матки (возможно после 12 недель беременности).
- Прослушивание сердцебиения плода при помощи стетоскопа (возможно после 18-20 недель беременности).
- Ощущение шевеления плода со стороны медицинского работника, проводящего осмотр (возможно после 18-20 недель беременности).

4 Лабораторная диагностика

Все существующие биохимические лабораторные тесты содержат антитела, при помощи которых определяется присутствие хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) в моче или крови женщины. ХГЧ – это белок, вырабатываемый плацентой или ее предшественником. Он находится в тесной взаимосвязи с лютеинизирующим гормоном (ЛГ), фолликулостимулирующим гормоном (ФСГ) и тиреотропином. Каждый из этих гормонов имеет две составляющие: альфа и бета. Альфа-составляющие этих гормонов почти идентичны, в отличии от бета-составляющих. Поэтому для определения ХГЧ используют тесты, которые селективно выявляют бета-составляющую гормона. При помощи таких тестов можно выявить ХГЧ уже на 7-9-й день после овуляции. Существующие в настоящее время тесты на беременность можно подразделить на две группы:

- Тесты на слайдах, основанные на подавлении агглютинации.
- Иммунометрические тесты и радиоиммунный анализ.

Иммунометрические тесты и радиоиммунный анализ более чувствительны и специфичны по сравнению с тестами, основанными на подавлении агглютинации, но они более дорогие.

4.1 Тесты на подавление агглютинации

Эти тесты недорогие и их использование не сложно. При их помощи можно с высокой степенью достоверности выявить беременность, начиная примерно через 6 недель после начала последней менструации, или через 2 недели после задержки менструации. Так как женщины обычно обращаются для тестирования только при задержке менструации, эти тесты подходят для большинства случаев. При беременности, содержашиеся в реагенте антитела к ХГЧ соединяются с ХГЧ в моче женщины, происходит агглютинация, которая проявляется в виде положительного результата теста. Так как эти антитела неспецифичны (нечувствительны) к бета-составляющим ХГЧ, не исключена возможность перекрестных реакций с ЛГ, ФСГ или тиреотропином. Для уменьшения такой возможности и предотвращения ложно-положительных результатов разработаны высокочувствительные тесты на беременность (с содержанием ХГЧ около 2,000 мМЕ/мл), которые могут дать положительный результат только при наличии высоких концентраций ХГЧ. Эти тесты позволяют подтвердить беременность при отсутствии менструации в течение 6-16 недель. Ложно-отрицательные результаты возможны при низких концентрациях ХГЧ, наблюдаемых при ранних сроках беременности, при сроке беременности от 16 до 20 недель, а также внематочной беременности и угрожающем выкидыше.

4.2 Иммунометрические тесты и радиоиммунный анализ.

Эти тесты позволяют с достоверностью определять низкие концентрации ХГЧ и поэтому подходят для выявления ранней и внематочной беременности. Они специфичны к бета-составляющей ХГЧ и, поэтому, не вступают в перекрестные реакции с другими гормонами.

При помощи иммунометрических тестов можно выявить малые концентрации ХГЧ в моче женщины, даже в пределах от 5 до 50 мМЕ/мл. Эти тесты имеются в продаже в виде наборов для домашнего и клинического использования. В случае беременности, уже за 3-4 дня до ожидаемой менструации у 98% женщин наблюдается положительный результат.

Радиоиммунологическое исследование основано на использовании радиоизотопов, позволяющих выделить ХГЧ в сыворотке крови, поэтому оно обычно проводится в больничных лабораториях. Оно дает достоверные результаты уже в течение 7 дней после оплодотворения, при концентрациях ХГЧ от 5 до 50 мМЕ/мл.

5 Как удостоверится в отсутствии беременности

До предоставления клиентам методов контрацепции, особенно гормональных контрацептивов и ВМС, медицинские работники должны исключить возможность беременности.

При отсутствии симптомов и признаков беременности, можно с уверенностью ее исключить, если:

- после последней менструации женщина не вступала в половые отношения;
- пара правильно и постоянно пользовалась надежным методом контрацепции;
- после начала менструации не прошло более 7 дней;
- женщина не кормит грудью и после родов не прошло более 4 недель;
- у женщины нет менструаций, после родов не прошло более 6 месяцев, а ново-рожденный находится на исключительном или почти исключительном грудном вскармливании;
- после аборта не прошло более 7 дней.

Ложно-отрицательный диагноз беременности возможен всегда. Однако, ошибки менее вероятны при проведении биохимического тестирования, по сравнению с диагностикой, основанной только на данных анамнеза и общем обследовании.

6 Консультирование беременных женщин

Любым женщинам с диагностированной беременностью надо предложить консультирование для обсуждения возможных исходов. Особенное внимание нужно уделять женщинам, которые сомневаются в целесообразности сохранения беременности. Надо поддержать их и предоставить такую информацию, которая бы способствовала принятию наиболее приемлемого и информированного решения. При необходимости нужно направить их к другим специалистам. Если женщина решила донести беременность, скажите о важности консультирования во время беременности (пренатального ухода) и объясните как и куда обратиться за этой услугой.

Фото: Ассоциация планирования семьи Испании/Клаудиа Ферреи́ра/Бразилия

12 БЕЗОПАСНЫЙ АБОРТ

1 Введение

Искусственный аборт – это широко используемая по всему миру процедура. Установлено, что ежегодно производится около 46 миллионов абортов, из которых около 20 миллионов являются небезопасными. Каждый год в результате небезопасного аборта умирают около 67 тысяч беременных женщин. Законодательство, ограничивающее аборты, не оказывет существенного снижения их общего числа, однако значительно увеличивает пропорцию небезопасно произведенных абортов.

Так как решение о производстве аборта обычно является результатом того, что беременность была нежеланной, задачей первостепенной важности должно являться расширение и улучшение качества служб по планированию семьи с целью предупреждения нежеланных беременностей и уменьшения обращений с просьбой об аборте.

В условиях, где аборт разрешен законом, необходимо обучить медицинских работников и предоставить им оснащение, нужное для обеспечения безопасности и доступности услуг по аборту. Предоставление услуг по аборту или направлений на аборт является одним из основных компонентов программ по охране сексуального и репродуктивного здоровья женщины. Задачей первостепенной важности этих программ должно стать обеспечение прав женщины на выбор. При предоставлении услуг по аборту, также как и при предоставлении всех других услуг по сексуальному и репродуктивному здоровью, необходимо поддерживать право женщины на конфиденциальность и приватность.

1.1 Определение

Прерывание беременности называется «абортом». Оно может быть спонтанным (называется также выкидышем) и индуцированным (искуственным). Аборт можно индуцировать хирургическим путем (например, методом вакуум-аспирации, или расширения и кюретажа) и медикаментозным способом (например, используя антипрогестогены и/или простагландины). Его можно произвести безопасно и небезопасно, с риском для здоровья и жизни женщины. По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «небезопасный аборт» это «процедура прерывания нежеланной беременности, осуществленная или лицом, не имеющим нужных навыков, или в условиях несоответствия минимальным медицинским стандартам, или при сочетании обеих факторов».

Искуственный аборт при ранних сроках беременности является одним из безопасных медицинских процедур, если он осуществляется

обученным врачом, который использует нужное оснащение и придерживается правильной техники и санитарных норм.

Риск от аборта, произведенного после 10 недель беременности, считая от даты последней менструации, небольшой, но имеет тенденцию к постепенному нарастанию вместе с увеличением срока беременности. Состояниями, представляющими собой определенный риск являются: неполный или неудавшийся аборт, кровотечение, инфекция, перфорация матки, осложения, связанные с анестезией, а также долгосрочные последствия, которые иногда являются результатом ранних осложнений.

Необходимо информировать население о том, что прерывание беременности является более безопасным, если производится при ранних сроках беременности. Следовательно, если женщина хочет сделать аборт, она должна обратиться в клинику как можно раньше, желательно до 12 недель беременности. В случае использования медикаментозного аборта, ей лучше обратиться как можно раньше, при сроке беременности от 7 до 9 недель (в зависимости от утвержденных инструкций). Службы по аборту должны обеспечить своевременность предоставляемых услуг и сводить до минимума отсрочку процедуры. Так как обеспечение безопасности в основном обусловено навыками медицинских работников, они должны пройти тщательное обучение. Те, кто работают в учреждениях, где предоставляются услуги только по прерыванию ранней беременности, должны знать, в какие учреждения можно направить клиентов для безопасного прерывания беременности более поздних сроков. Техника прерывания беременности при сроке более 12 недель требует специального обучения медицинских работников. Работники, предоставляющие эти услуги, должны владеть следующими методами: расширение и эвакуация; использование Мифепристона с повторными дозами простагландинов, таких как Мизопростол или Гимепрост; внутри-амниотическое введение гипертонических растворов; внутри-амниотическое или экстра-амниотическое введение простагландинов.

1.2 Общие показания

Аборт разрешен законом почти во всех странах, в основном целью снижения смертности от нелегальных абортов. В большинстве стран аборт можно производить, если:

- Нужно сохранить физическое и психическое здоровье женщины.
- Беременность является результатом изнасилования или инцеста (кровосмешения).
- Есть пороки развития плода.

- Есть экономические и социальные основания.
- Женщина просит прервать беременность.

В странах, где аборт разрешен законом, необходимо обеспечить безопасность и доступность услуг по абортам по требованию женщин. Медицинские работники должны приложить все усилия для следования этим законам и их внедрения в практику, путем предоставления полного перечня услуг, согласно утвержденным законодательным актам.

1.3 Консультирование и информирование

Многие женщины обращаются за абортом после принятия окончательного решения о прерывании беременности. Однако, некоторые из них продолжают сомневаться в своем решении, тревожатся и страдают от чувства вины. Это, в частности, относится и к подросткам, которые не находят достаточной поддержки от партнеров и семьи.

Хотя предоставление консультирования никогда не должно навязываться, любая женщина, размышляющая об аборте, должна иметь доступ к поддерживающему и сострадательному консультированию, соответствуемому личным обстоятельствам и культурным особенностям.

При предоставлении консультирования необходимо принять во внимание следующие обстоятельства:

- Причины аборта, а при подозрении на изнасилование, также необходимость обсуждения в приватной обстановке.
- Возможность выбора и получения общественной помощи, особенно для жертв полового насилия.

Однако, даже после предоставления консультирования, некоторым женщинам нужно время для принятия окончательного решения. При принятии определенного решения, необходимо проинформировать женщину о всех деталях процедуры и вариантах для использования контрацепции. Необходимо разъяснить нижеперечисленные вопросы:

- Что происходит во время и после завершения процедуры и сколько это длится.
- Каков режим приема препаратов при использовании медикаментозного аборта, какова ожидаемая кровопотеря и насколько это болезенно.
- Какие действия будут проводится, в случае хирургического аборта, какой тип анестезии может быть предложен и какие препараты будут использованы для обезболивания.
- Насколько процедура безопасна и каковы возможные непосредственные и отдаленные побочные воздействия и осложнения.

- Когда можно возобновить обычный образ жизни, в том числе половые отношени.
- Когда нужно явится для последующего наблюдения.

Кроме этого, нужно проинформировать женщину о следующем:

- Женщина должна быть уведомлена, что может получить консультирование по методам контрацепции, как до аборта, так и во время любого из последующих визитов. Она должна знать, что спустя 2 недели после аборта у нее может возобновится процесс овуляции, что если она не будет использовать эффективный метод контрацепции, то может опять забеременеть. Если, по мнению женщины, причиной обращения за абортом является неудача метода контрацепции, она может обсудить это с консультантом, который поможет выяснить, так ли это, или метод был использован неправильно. В соответствии с этим, консультант может дать ей нужные советы.
- Женщина должна знать о возможности стерилизации. Однако, время производства аборта обычно является неподходящим моментом для принятия таких важных решений, каковым является решение о стерилизации. Тем не менее, если женщина настаивает на стерилизации и предполагается, что ей нелегко будет обратиться вновь для ее осуществления, можно с безопасностью скомбинировать аборт с процедурой стерилизации путем минилапаротомии или лапароскопии.
- Во время консультирования необходимо поощрять женщину задавать все имеющиеся у нее вопросы и выражать любые опасения.

2 Информированное согласие, конфиденциальность и приватность

Нужно с уважением и пониманием относится к женщине, обратившейся за абортом. Медицинские работники должны поддерживать клиентов и предоставлять им полную и нужную информацию. Информация об абортедолжна быть настолько понятной, чтоб на ее основании клиенты смогли бы сделать свой собственный выбор , свободный от навязывания, принуждения или дискриминации.

Работники, предоставляющие услуги по аборту обязаны оберегать информацию клиентов от раскрытия перед неуполномоченными лицами. Если клиенты позволяют раскрыть свою конфиденциальную информацию другим лицам, работники должны удостовериться в том, что они делают это сознательно и без принуждения. Есть страны, в которых персонал не имеет права раскрывать медицинскую

информацию другим лицам, даже по просьбе пациента.

Руководители служб должны обеспечить уединенную обстановку для беседы между клиентами и консультантами, а также для предоставления самих медицинских услуг.

3 Наблюдение до аборта

Для каждого клиента нужно заполнить соответствующую медицинскую карту, чтоб удостовериться в сборе и регистрации наиболее важных элементов анамнеза, а также физических и лабораторных данных.

3.1 Анамнез

Кроме личных сведений, включающих количество детей, необходимо собрать информацию о следующем:

- Дата последней менструации (ДПМ). Эта информация необходима для уточнения срока беременности, который приравнивается к числу полных недель, считая от первого дня со дня последней менструации. С увеличением срока беременности риск, связанный с искусственным абортом увеличивается. Выбор метода прерывания беременности зависит от ее срока.
- Ранние признаки беременности (такие, как напряжение в груди, проявления обжорства, тошнота, усталость, учащенное мочеиспускание). Сведения об этих признаках помогут уточнить срок беременности, если клиент не может вспомнить точную дату последней менструации.
- Перенесенные в прошлом и имеющиеся в настоящее время заболевания или состояния, которые могут повлиять на исход аборта (например, кровоточивость).
- Аллергические состояния.
- Принимаемые в настоящее время медикаменты, которые могут войти во взаимодействие с препаратами, используемыми во время аборта или же увеличить степень риска от процедуры (например, путем понижения свертываемости крови).

3.2 Физическое обследование

- Важно изучить общий статус здоровья женщины, чтоб убедиться в отсутствии состояний, которые могут способствовать увеличению риска от аборта. При выявлении серьезных проблем, необходимо направить женщину в специализированное медицинское учреждение, где степень риска может быть снижена до минимума, а возможные осложнения могут быть должным образом устранены.

- Бимануальное исследование органов малого таза (или гинекологическое исследование) позволяет:
  - *Подтвердить наличие беременности.* Признаками ранней беременности (6-8 недель) являются: размягчение перешейка шейки матки, размягчение и увеличение матки.
  - *Удостовериться в соответствии размеров матки и продолжительности беременности.* Если размеры матки меньше ожидаемых, возможно, что срок беременности на самом деле меньше, чем срок рассчитанный по дате последней менструации. Возможными вариантами являются также внематочная беременность и неразвивающаяся беременность. Если размеры матки больше ожидаемых, истинный срок беременности может быть больше срока, рассчитанного по дате последней менструации. Возможно также наличие многоплодной беременности, фиброидов или пузырного заноса.
  - Определить положение матки, установить, не находится ли она в положении «атеверзио» (резкий загиб вперед) или «ретроверзио», или же расположена так, что могут возникнуть затруднения при определении срока беременности или осложнения при осуществлении процедуры хирургического аборта.
  - Выявить наличие каких-нибудь признаков инфекций репродуктивного тракта (ИРТ) или инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Присутствие ИРТ и ИППП увеличивает риск после-абортной инфекции в полости малого таза. При клинических признаках инфекции, или при наличии инфекций, выявленных во время скрининга, перед тем как выполнить процедуру аборта нужно назначить антибиотики.

3.3 Лабораторное тестирование

- Проведение теста на беременность необязательно, однако тестирование необходимо в случаях, когда отсутствуют характерные признаки беременности и врач не уверен в диагнозе.
- При подозрении на анемию или если женщины проживают в местах, где анемия превалирует, необходимо исследование уровня гемоглобина/-гематокрита; эта информация поможет врачу принять срочные меры в случае возникновения кровотечения.
- Если есть возможность, нужно определить группу крови по системе АВО и резус-фактор; эта информация может понадобиться в случае необходимости переливания крови.
- Для исключения внематочной беременности при сроке более 6 недель желательно проведение ультразвукового исследования. Уточнение

этого диагноза должно проводится немедленно, чтоб оказать своевременную помощь или перевезти женщину в другое учреждение для уточнения диагноза и оперативного лечения.

- Если в клинике принято рутинное назначение анти-резус иммуноглобулина резус-отрицательным женщинам, тоэто нужно сделать непосредственно во время процедуры аборта. При проведении медикаментозного аборта, анти-резус иммуноглобулин вводится во время назначения простагландинов.
- Можно произвести цитологическое исследование шейки матки, особенно в местностях, где много случаев рака шейки матки и инфекций, передаваемых половым путем. Однако, это исследование не должно считаться условием для проведения аборта.
- Можно предложить женщинам пройти тестирование на наличие ВИЧ-инфекции, а также других ИППП и специфических заболеваний.

4 Методы аборта

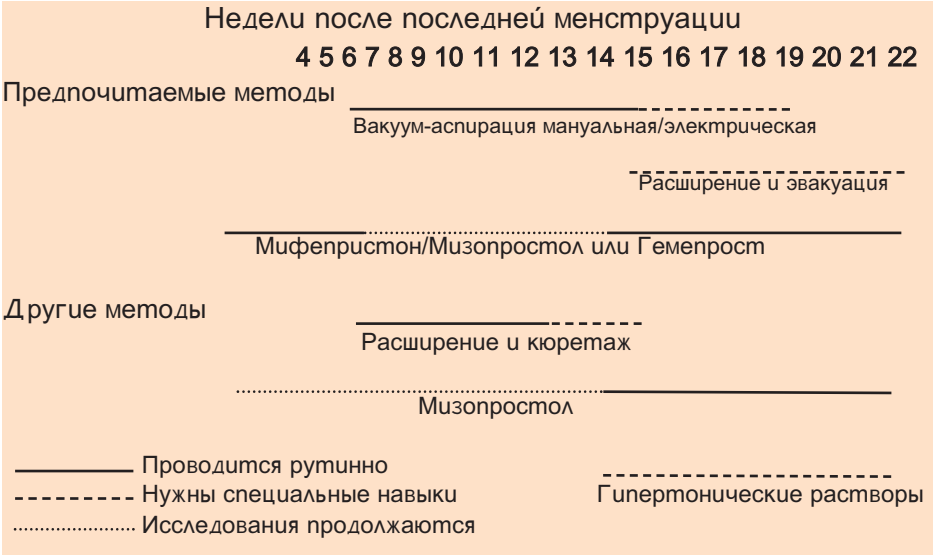
Выбор метода прерывания беременности зависит от срока беременности, обученности и навыков врача, а также степени оснащенности клиники и предпочтений женщины. В большинстве случаев можно с достоверностью определить срок беременности, основываясь на дате последней менструации и результатах гинекологического исследования. Ультразвуковое исследование необходимо только в случаях, когда есть клинические сомнения о гестационном периоде или же имеются подозрения на внематочную беременность. Как хирургический, так и медикаментозный аборт возможно проводить в амбулаторных условиях, за исключением случаев, когда женщина страдает серьезным заболеванием, требующим госпитализации, или если действует положение, согласно которому выбранный метод должен проводится только в стационарных условиях. Рисунк 12.1 демонстрирует приемлемость методов аборта при разных сроках беременности.

4.1 Медикаментозные методы

Наиболее широко используемым режимом медикаментозного аборта является комбинация антипрогестогена Мифепристона с

простагландином, например, Мизопростолом. Медикаментозный аборт при сроке беременности до 9 недель является безопасным и эффективным. При сроке беременности от 9 до 14 недель теперь отдается предпочтение хирургическому аборту, так как общепринятые режимы медикаментозного аборта при этих сроках менее эффективны, кровопотеря более обильная и больше вероятности задержки остатков плодного яйца в полости матки. Однако, после 14 недель беременности медицинский аборт становится эффективной и безопасной альтернативой хирургического метода, так как с увеличением срока беременности появляется тенденция к полному выталкивание плаценты из полости матки при ее сокращениях.

Рис. 12.1 Методы аборта в зависимости от срока беременности



После проведения медикаментозного аборта менее чем в 5% случаев отмечается необходимость хирургического вмешательства в связи с продолжением беременности или неполным абортом. Службы, предоставляющие услуги по медицинскому аборту, должны иметь доступ к операционной для осуществления хирургического вмешательства, если в этом возникнет необходимость.

Медикаментозный аборт, как при ранних, так и при поздних сроках беременности включает прием Мифепристона, после которого с разным интервалом, не превышающим 48 часов назначается простагландин. При сроке беременности более 14 недель, простагландин обычно назначается более чем один раз.

После 14 недель беременности, альтернативой комбинированного режима приема простагландина и антипрогестогена является метод приема только аналога простагландина Мизопростола. Однако, этот метод менее эффективен, медленнее действует, более болезненный и чаще приводит к желудочно-кишечным расстройствам. В настоящее время проводятся исследования по изучению эффективности приема только Мизопростола при беременности сроком до 14 недель, потому что препарат широко доступен и недорог. Нужно предупредить женщин, решивших использовать Мизопростол, об опасениях о возможном тератогенном воздействии препарата и посоветовать им завершить прерывание беременности хирургическим путем, в случае неудачи метода.

Комбинированное использование метотрексата и простагландина не рекомендуется, так как этот метод менее эффективен по сравнению с режимом мифепристон/простагландин, медленнее действует, а также ввиду опасений о тератогенном воздействии препарата.

В таблице 12.1 описан один из наиболее часто употребляемых

Таблица 12.1 Наиболее часто употребляемые режимы Мифепристона и Простагландина

До 9 полных недель беременности от начала последней менструации	После 12 полных недель беременности от начала последней менструации
200 мг Мифепристона, после чего через 36-48 часов: 1 мг вагинального Гемепроста, *или* 800 мкг вагинального Мизопростола, *или* 400 мкг перорального Мизопростола до 7 полных недель беременности.	200 мг Мифепристона, после чего через 36-48 часов: 1 мг вагинального Гемепроста (повторять через каждые 6 часов, не больше 4 доз, а при необходимости, через каждые 3 часа до 4-х дополнительных доз), *или* 400 мкг перорального Мизопростола , через каждые 3 часа до 5 доз, *или* 800 мкг вагинального Мизопростола, с последующим применением 400 мкг перорального Мизопростола через каждые 3 часа, не больше 4 доз.

режимов приема мифепристона и простагландина, который рекомендован ВОЗ.

К побочным воздействиям медикаментозного аборта относятся:

- Приступы острой боли (колики) и длительное менструально-подобное кровотечение. Обычно кровотечение длится около 9 дней, но описаны редкие случаи, когда это продолжалось до 45 дней.
- Тошнота.
- Рвота.
- Понос.

4.2 Хирургические методы

Кто может осуществить хирургический аборт

Аборт может осуществить:

- Гинеколог.
- Обученный врач.
- Обученный средний медицинский персонал (но только вакуум-аспирацию), если это разрешено закономом. К среднему медицинскому персоналу относятся лица без диплома врача, которые вовлечены в клиническую практику, например, акушерки, практикующие медицинские сестры, ассистенты врачей.

Подготовка шейки матки

Перед началом хирургического аборта иногда производится так называемая подготовка шейки матки, заключающаяся в ее заполнении осмотическими расширителями или фармакологическими агентами. Это ооблегчает процедуру и уменьшает частоту непосредственных осложнений.

Подготовка шейки матки рекомендуется для:

- Нерожавших женщин при сроке беременности более 9 полных недель.
- Для подростков моложе 18 лет.
- Для беременных со сроком более 12 полных недель.

Подготовка шейки матки полезна также в случаях, если женщина:

- Имеет аномалии развития шейки матки.
- Перенесла операцию на шейке матки.
- Имеет повышенный риск травмирования шейки или перфорации матки, результатом которых может быть чрезмерная кровопотеря.

Обезболивающие препараты

Порог боли женщины варьирует в зависимости от того, сколько ей

лет, какова продолжительность беременности, родоразрешалась ли она когда-либо естественным путем (через влагалище), насколько она пуглива. Проведение консультирования и проявление сострадательного отношения к женщине может способствовать уменьшению чувства страха и ощущения боли. Чувство беспокойства может облегчится, если процедура будет проведена в присутствии членов семьи. Однако, во всех случаях при производстве аборта нужно предлагать использование обезболивающих средств. Для обезболивания могут быть использованы нижеперечисленные медикаменты, как в отдельности, так и в сочетании друг с другом:

- Аналгетики - с целью облегчения чувства боли.
- Транквилизаторы - с целью уменьшения беспокойства.
- Анестетические средства - с целью притупления физических ощущений.

Анестезия

При производстве хирургического аборта, во время которого нужно вводить в цервикальный канал механические расширители, необходимо произвести парацервикальную блокаду с применением местных анестетических средств, например, Лидокаина (Лигнокаин). Это должно проводиться следующим образом:

- Удостоверьтесь в том, что у женщины никогда не было аллергии к лидокаину или подобным препаратам.
- Подготовьте 20 мл 0.5% раствора Лидокаина, без эпинефрина.
- Сделайте инъекции Лидокаина вокруг шейки матки, ниже слизистой цервикального канала, в позициях ”четырех квадратов”. При этом, старайтесь не попасть в кровеносный сосуд.

Не рекомендуется осуществлять аборт под общей анестезией, так как это увеличивает клинический риск процедуры. Однако, для некоторых женщин общая анестезия более предпочтительна. Использование общей анеестезии желательно и в тех случаях, когда при техническом осуществление процедуры ожидаются затруднения. Все клиники, в которых проводится общая анестезия должны обеспечить наличие опытного персонала, способного осуществлять анестезию и устранять возможные осложнения.

Хирургические принципы безопасности

Персонал клиники должен пройти тщательное обучение, для того, чтобы владеть используемой техникой аборта и уметь вовремя распознавать и устранять возникшие осложнения. Для обеспечения безопасности хирургических вмешательств небходимы следующие условия:

- Учреждение должно соответствовать национальным критериям лицензирования. о чем будет свидетельствовать соответствующая лицензия.
- Должны строго соблюдаться все меры по предупреждению распространения инфекции (смотрите Главу 15: Предупреждение инфекций и контроль).
- До начало хирургического вмешательства надо убедиться в том, что все используемые инструменты и оборудование находятся в исправном рабочем состоянии.
- Для устранения угрожающих жизни ситуаций и оказания помощи при других неотложных случаях, учреждение должно быть хорошо оснащено и иметь все необходимые медикаменты.
- Должны строго соблюдаться утвержденные инструкции и положения по оказанию медицинской помощи и осуществлению хирургических процедур.

Типы хирургической техники

- Вакуум-аспирация.
- Расширение и кюретаж.
- Расширение и эвакуация.
- Другие методы

Вакуум-аспирация

Вакуум-аспирация является безопасной процедурой, во время которой через пластиковую или металлическую канюлю, присоединенному к источнику вакуума удаляется содержимое матки. Вакуум возможно создать при помощи электрического насоса или 60 мл шприца из пластика для ручного употребления.

Существующие в настоящее время аспираторы, могут быть приспособлены к подсоединению пластиковых канюль различного размера, начиная от 4мм до 12 мм в диаметре.

При сроке беременности до 12 недель, из всех хирургических методов аборта отдается предпочтение вакуум-аспирации. Есть опытные врачи, которые без опасений применяют вакуум-аспирацию и до 15 недельного срока беременности. В таких случаях нужно произвести парацервикальную блокаду или назначить слабые седативные средства. При необходимости, можно эти методы сочетать.

- В ранних стадиях беременности (до 6 недель) канюлю можно ввести без расширения цервикального канала.
- При сроке беременности от 6 до 9 недель обычно требуется расширить цервикальный канал.

Цервикальный канал можно расширить при помощи как механических, так и гидрофильных осмотических расширителей, например, тампонов из морской капусты. Для подготовки шейки матки можно использовать также простагландин (например, Мизопростол) и/или Мифепристон.

Вакуум-аспирацию можно осуществить в амбулаторных условиях. В в первом триместре беременности, если был произведен аборт под местной анэстезией, женщина может выписаться, если ее самочувствие удовимеет нормальное самочувствие и в течение 30 минут находилась под наблюдением в послеоперационной палате. Однако, если аборт был произведен под общей анестезией или с использованием седативных средств на более поздних стадиях беременности, может понадобиться и более длительное наблюдение.

Расширение и кюретаж

Метод расширения и кюретажа (РК) включает в себя расширение цервикального канала, при помощи механических расширителей или фармакологических агентов, и последующее выскабливание стенок матки, с использованием острых металлических кюреток. Этот метод опаснее вакуум-аспирации и более болезнен. Он может быть применен при сроке беременности до 12 недель, хотя есть очень опытные врачи, которые применяют метод до 14 недельного срока беременности. Тем не менее, ввиду относительно большей степени риска при применении техники острого кюретажа, метод РК нужно использован только в тех случаях, когда методы вакуум-аспирации и медикаментозного аборта не доступны.

Расширение и эвакуация

Метод расширения и эвакуации (РЭ) используется для прерывания беременности поздних сроков (после 12 полных недель). Он включает в себя следующие этапы: 1) подготовка цервикального канала при помощи Мифепристона или простагландина, например, Мизопростола, или при помощи тампонов из морской капусты или других гидрофильных осмотических расширителей; 2) расширение цервикального канала; 3) эвакуация содержимого матки при помощи вакуум-аспирации с использованием канюль с диаметром 14-16 мм и щипцов. Для адекватного расширения цервикального канала может понадобится от 2 до 24 часов, что зависит от срока беременности. Осуществление РЭ требует особые врачебные навыки, поэтому метод может быть произведен только в клиниках, имеющих опытных врачей, хорошо владеющих техникой выполнения процедуры.

Другие методы

Интра-амниотическое или экстра-амниотическое вливание различных растворов с целью прерывания беременности небезопасно и менее

эффективно, по сравнению с РЭ, поэтому его использование не должно поощряться. Очень редко для прерывания беременности больших сроков прибегают к абдоминальной или вагинальной гистероскопии. Это можно делать только в том случае, если у женщины есть состояние, само по себе требующее удаления матки.

Исследование тканей после хирургического аборта

После завершения аборта очень важно произвести исследование удаленных тканей, содержащих продукт зачатия. Это делается со следующими намерениями:

- Удостовериться в том, что плодное яйцо полностью удалено из полости матки.
- Просмотреть удаленные ткани, чтоб удостовериться в наличии ворсинок хориона, так как их отсутствие может быть признаком внематочной беременности.
- Убедиться, что содержимое аспирата соответствует предполагаемому сроку беременности, для того чтобы исключить неполный аборт.
- Выявить, нет ли признаков пузырного заноса.

Рутинное проведение лабораторного исследования аспирата необязательно.

Инструменты и принадлежности для мануальной вакуум-аспирации

Основные принадлежности

- Набор для внутривенных инфузий и растворы (лактат соды, глюкоза, физиологический раствор).
- Шприцы (5, 10, 20 мл) .
- Иглы 22 калибра (спинномозговые) для парацервикальной блокады и 21 калибра для инъекций .
- Стерильные перчатки (маленького, среднего и большого размера).
- Ватные шарики и марлевые салфетки.
- Водо-растворимые антисептические растворы (не на спиртовой основе).
- Моющее средство и мыло.
- Чистая вода.
- Хлорин и глютардегид для дезинфекции и обеззараживания.
- Агенты для дезинфекции и стерилизации высокого уровня.

Инструменты и оборудование

- Влагалищное зеркало.
- Подъемник.
- Губообразные (круглые) щипцы или щипцы для захвата матки.
- Расширитель Пратта или Деннисона,13 – 27 калибра (Франция).
- Контейнер для антисептического раствора.
- Сито из металла, стекла или марли
- Чистая стеклянная посуда для осмотра тканей.

Медикаменты

- Лекарства для аналгезии, например, Парацетамол (Ацетаминофен), Ибупрофен или Петидин.
- Седативные препараты, например, Диазепам.
- Анестезирующе средства, например, 1-2% Хлоропрокаин или 0.5-2% Лидокаин без Эпинефрина.
- Окситоцин 10 ЕД или Эргометрин 0.2 мг.

Инструменты для вакуум-аспирации

- Вакуум-аспиратор.
- Гибкие канюли разных размеров.
- Адапторы, если в них есть необходимость.
- Силикон для смазывания шприцев, если он нужен.

5 Последующее наблюдение

5.1 Наблюдение в периоде выздоровления

- Пока пациент находится на медицинском столе проверьте жизненно-важные признаки.
- Дайте пациенту возможность полноценного одыха, во время которого следите за процессом восстановления сил.

После хирургического вмешательства

- Уточните, нет ли болей и сделайте об этом запись в акете. Боль может быть результатом перфорации или острой гематометры (кровенаполнение полости матки).
- Путем бимануального абдоминального исследования уточните размеры матки. Это особенно важно после аборта при поздних сроках беременности.

Большинство женщин выписываются, из клиники, когда нормализуются все жизненно-важные признаки и они бывают в состоянии уйти домой.

После медикаментозного вмешательства

- После приема простагландина держите женщину под клиническим наблюдением в течение 4-6 часов.
- Проверяйте все гигиенические подкладки и подкладные судна во время периода наблюдения, чтоб убедиться в прерывании беременности.
- Если аборт произведен после полных 12 недель беременности, держите женщину под клиническим наблюдением до тех пор, пока выпадут и плод и плацента.

5.2 Инструктирование по уходу после аборта

Перед выпиской женщины, дайте ей простые и ясные инструкции. Желательно это делать как в устной, так и в письменной форме. Объясните ей следующее:

- Через 4-8 недель должна начаться очередная обычная менструация.
- Она не должна иметь половых сношений или класть что-либо во влагалище до тех пор, пока не пройдет несколько дней после остановки кровотечения (ни секса, ни подмываний, ни тампонов).
- Возможны небольшие боли в матке в течение последующих нескольких дней, которые можно снять приемом анальгетиков.
- После хирургического аборта в течение нескольких недель возможны небольшие менструальноподобные кровянистые выделения или мазня.
- Тошнота, иногда сопровождаемая рвотой, обычно исчезает в течение 24 часов после хирургического аборта.
- Как нужно употреблять назначенные препараты.
- Какие проблемы ожидать и как поступать при этом (например, при болях, кровотечении и т.п.).
- Куда пойти и к кому обратиться в случае неотложных состояний или возникновения других проблем.
- Когда и куда обратиться для повторного наблюдения.
- Так как плодовитость восстанавливается вскоре после абортв, предложите женщине консультирование по контрацепции и помогите выбрать метод, если она этого захочет.

5.3 Признаки и симптомы, требующие немедленного вмешательства

- Длительное кровотечение (более 2-х недель).
- Кровотечение, более обильное, чем обычная менструации,
- Сильные боли, или усиление болей в области малого таза.
- Повышение температуры в течение более одного дня и лихорадка.

5.4 Ведение больных с осложнениями после аборта

Все службы здравоохранения, где предоставляются услуги по аборту, должны быть адекватно оснащены и иметь обученный персонал для распознавания осложнений аборта и оказания срочной помощи, при необходимости. Если таких условий нет, необходимо наладить систему направлений пациентов.

Неполный аборт

Неполный аборт чаще имеет место при использовании медикаментозного метода. Если при осмотре тканей аспирата не подтверждается предполагаемый срок беременности можно предположить, что произошел неполный аборт. Признаками и симптомами неполного аборта являются:

- Кровотечение из влагалища.
- Боли в животе.
- Проявления инфекции.

Медицинский пресонал должен быть обучен технике повторной эва куации остатков плодного яйца из матки для оказания своевременой помощи при неполном аборте.

Несостоявшийся аборт

Продолжение беременности в результате несостоявшегося аборта может иметь место при использовании как хирургического, так и медикаментозного метода. Для прерывания беременности может потребоваться вакуум-аспирация. При несостоявшемся аборте во втором триместре беременности придется прибегнуть к расширению и эвакуации.

Кровотечение

Кровотечение может быть результатом:

- Задержки в матке тканей, содержащих продукт зачатия.
- Травмирования шейки матки.
- Перфорации матки.

Нужно выяснить причины кровотечения и предоставить соответствующую помощь.

Инфекция

Если аборт проведен согласно установленным правилам и при строгом соблюдении условий асептики после-абортное инфицирование наблюдается весьма редко.

Симптомами инфицирования являются:

- Температура и лихорадка.

- Неприятный запах из влагалища или выделения из шейки матки.
- Боль в животе или в области малого таза.
- Длительные кровянистые выделения или мазня.
- Болезненность в области матки
- Лейкоцитоз.

При выявлении признаков инфицирования назначьте антибиотики. Если есть подозрение на задержку в матке тканей, содержащих продукт зачатия, проведите повторное опорожнение матки. При признаках генерализации инфекции может понадобиться госпитализация.

Перфорация матки

Перфорация матки обычно остается незамеченной. Место прокола самостоятельно заживает и не бывает необходимости в оперативном вмешательстве. Однако, при подозрении на перфорацию матки нужно назначить антибиотики и держать пациентку под наблюдением.

Осложнения, связанные с анестезией

Персонал, проводящий общую анестезию должны быть обучен методам устранения осложнений. Необходимо всегда иметь под рукой антинаркологические препараты.

Отдаленные последствия

Нет никаких оснований полагать, что неосложненный аборт оказывает отрицательное воздействие на плодовитость женщины или же является причиной патологических исходов последующих беременностей. Нет также веских причин считать, что после искусственного аборта увеличивается риск развития рака молочной железы. Однако, у некоторых женщин после аборта наблюдаются психологические отклонения, которые обычно являются обострениями имеющихся в прошлом состояний. Чаще всего женщины не могут и не хотят обсуждать случившееся и свой опыт с другими людьми.

6 Консультирование по контрацепции и инфекциям, передаваемым половым путем

Перед выпиской из клиники, женщину нужно проинформировать и проконсультировать о методах послеабортной контрацепции. Можно также сразу предоставить контрацептивные средства, если женщина этого захочет.

- Все средства контрацепции, включая ВМС и гормональные методы, можно продолжать использовать до тех пор, пока они будут премлемы для клиентов, соответственно критериям ВОЗ.
- Нельзя использовать диафрагму и шеечный колпачок в течение 6

недель после аборта, произведенного во втором триместре. Не рекомендуется также введение ВМС непосредственно после аборта поздних сроков, так как имеется высокий риск экспульсий.

- Методы, основанные на осведомленности о плодовитости, могут быть использованы лишь спустя 3 менструальных цикла после аборта. В течении этого времени можно временно использовать другой метод.
- Если женщина просит сделать стерилизацию, надо удостоверится в том, что ее выбор был сделан не под воздействием критической ситуации и что в будущем она не будет об этом жалеть.

Медицинские работники должны обсудить со всеми клиентами методы профилактики ИППП, включая ВИЧ, а также важность использования презервативов, независимо от выбранного метода контрацепции. Необходимо предложить добровольное тестирование на ВИЧ и консультирование с целью предупреждения ВИЧ/СПИД-а, особенно женщинам с повышенным риском заражения или живущим в районах с повышенным риском.

Нужно обеспечить доступность методов контрацепции во всех учреждениях, предоставляющих услуги по аборту. Если женщина выбрала метод, который не возможно предоставить в данной клинике, ей нужно указать, где она может его получить. До того, как она начнет использование выбранного ею метода, нужно предложить временный метод контрацепции. Всем женщинам нужно предоставить информацию о методах неотложной контрацепции, особенно тем, кто еще не собирается немедленно начать использование регулярного метода.

Фото: Марис Годгсон/Гаити

13 ИНФЕКЦИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ТРАКТА И ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

1 Введение

Инфекции репродуктивного тракта (ИРТ) и инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), представляют собой серьезную проблему здравоохранения на мировом уровне. В среднем, свыше **1 миллиона человек** заражаются ИППП каждый день. Высокий уровень обращаемости женщин с ИРТ/ИППП в женские консультации и клиники по половому и репродуктивному здоровью, указывает на масштабы этой проблемы.

Люди, страдающие ИРТ/ИППП, подвержены более высокому риску инфицирования ВИЧ или передачи ВИЧ партнеру (-ам). У ВИЧ-инфицированных людей гораздо труднее лечить ИРТ/ИППП. Поэтому ИРТ/ИППП, протекающая одновременно с ВИЧ, может продлиться дольше, что в свою очередь увеличивает вероятность передачи инфекции другим лицам.

1.1 Определение

Термин ИРТ/ИППП включает в себя 4 типа инфекций:

- Инфекции, которые поражают всю репродуктивную систему.
- Инфекции репродуктивного тракта женщины, которые передаются неполовым путем и возникают в результате чрезмерного роста микроорганизмов, являющихся частью нормальной микрофлоры влагалища (например, бактериальный вагиноз и дрожжевые инфекции).
- Инфекции, передаваемые половым путем, распространяющиеся и за пределы репродуктивного тракта, например, сифилис и ВИЧ-инфекция.
- Инфекции репродуктивного тракта женщины, являющиеся результатом осложнений исходов беременности или вмешательств на половых органах (например, осложнения во время родов, выкидыша, аборта, введения ВМС, гинекологической и акушерской операций).

В данной главе мы остановимся на профилактике первых трех типов инфекций и ведении больных, страдающих первыми двумя типами ИРТ/ИППП.

Профилактика и лечение инфекций четвертого типа не включена в сферу предоставления услуг по половому и репродуктивному здоровью ПРЗ/планированию семьи, но об этом есть упоминание в других главах настоящего руководства (например, в главе 6 «Внутриматочное средство» и главе 15 «Профилактика и контроль инфекций»).

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) и Синдром приобретенного иммунодефицита человека (СПИД) рассматриваются в главе 14.

1.2 Значение услуг по сексуальному и репродуктивному здоровью/планированию семьи

Многие из людей, страдающих ИРТ/ИППП, в особенности женщины, не получают должного ухода и лечения по следующим причинам:

- Инфекция может протекать бессимптомно как у мужчин, так и у жен-

щин. Проведенные исследования указывают на то, что 70% инфицированных женщин и 30% инфицированных мужчин не имеют никаких симптомов.

- Есть люди у которых возможны определенные симптомы ИРТ/ИПП, но они не ассоциируют это с инфекцией. Многие женщины не имеют представления о характере обычных вагинальных выделений. Если симптомы инфекции длятся долго, некоторые из них воспринимают ее за нормальное явление.
- У многих людей имеются подозрения о своем инфицировании, но они не обращаются за медицинской помощью по ряду причин, например:
  - они не осознают серьезности ИРТ/ИППП;
  - они стесняются обратиться в медицинское учреждение;
  - они знают, что ИППП влекут за собой осуждение общества;
  - у них нет доступа в медицинское учреждение для лечения;
  - у них нет возможности оплатить стоимость лечения.

Последствия неизлеченных ИРТ/ИППП могут быть катастрофическими для здоровья мужчин, женщин и их детей. Эти состояния могут привести к бесплодию, хроническим заболеваниям, сексуальным расстройствам, диссеминированным заболеваниям и даже смерти. У женщин инфекции могут вызвать хронические боли в области таза. Они могут явиться также причиной гестационных осложнений, в том числе наступления внематочной беременности.

Любая неизлеченная ИППП у беременных женщин может повлиять на плод или новорожденного младенца. Среди возможных проблем отмечаются: рождение маловесного плода, преждевременные роды и неонатальные инфекции. Гонорея и хламидийная инфекция могут привести к поражению глаз плода непосредсвенно во время родов и явиться причиной слепоты.

Клиники по половому и репродуктивному здоровью занимают ключевое положение в оказании услуг по ИРТ/ИППП, по ряду причин:

- нередко они являются единственным учреждением, куда женщины обращаются за медицинской помощью;
- клиники пользуются доверием клиентов, особенно женщин, при необходимости обсуждения проблем, связанных с половым и репродуктивным здоровьем;
- в клиниках можно предоставлять услуги скрининга ИРТ/ИППП женщинам, обратившимся по другим вопросам полового и репродуктивного здоровья;
- в залах ожидания клиник имеется возможность обучения клиентов путем профилактики ИППП;
- включение услуг по ИРТ/ИППП в общий перечень услуг, предоставляех

действующей клиникой ПРЗ/планирования семьи обойдется дешевле, чем создание новой венерологической клиники.

Объем услуг по ИРТ/ИППП, которые могут предложить клиники по ПРЗ/планированию семьи, зависят от имеющихся ресурсов. В соответствии с этим, могут предоставляться все или некоторые из нижеперечисленных услуг:

- обучение способам профилактики ИРТ/ИППП и распознавания их признаков и симптомов;
- консультирование по вопросам ИРТ/ИППП;
- скрининг на ИРТ/ИППП, включая влагалищное исследование (рутинно, по мере обращения или с акцентом на женщин, подверженных высокому риску инфицирования);
- ведение клиентов с ИРТ/ИППП, включая лечение;
- направление клиентов с ИРТ/ИППП в специализированное учреждение, имеющее соответствующие условия и аппаратуру для диагностики и лечения.

2 Профилактика

Наиболее важной стратегией контроля распространения ИППП, включая ВИЧ является профилактика (смотрите главу 14). Она осуществляется главным образом путем осведомления населения. Степень распространенности ИППП предопределяется рядом факторов, включая половое поведение и взгляды человека, а также наличие учреждений, предоставляющих возможность раннего выявления и лечения заболеваний. Для разработки и эффективного осуществления программ по предупреждению распространения ИППП, необходимо принимать во внимание все эти факторы. Программы ПРЗ/планирования семьи занимают удачную позицию в этом отношении. Они могут дать возможность распространения информации о риске и осложнениях ИППП и пропагандировать здоровый образ жизни. Через эти программы можно способствовать более широкому использования презервативов, не только с целью предохранения от нежелательной беременности, но и для профилактики ИППП.

Людям нуждаются в информации о симптомах и признаках ИППП. Их нужно убедить в необходимости своевременного обращения за лечением, в случае инфицирования. Осведомление о путях профилактики ИППП может стать компонентом образовательных программ по ПРЗ/планирования семьи, осуществляемых как в медицинских учреждениях так и за их пределами. Представители общественности могут играть в этом отношении очень важную роль, став источниками информации о путях предупреждения инфекций.

Таблица 13.1 Методы контрацепции и защита от ИППП	
Латексные презервативы:	При правильном и постоянном использовании это самый лучший метод защиты от ИППП, включая ВИЧ-инфекцию. Однако, презервативы не защищают от инфекций, передаваемых из области поражений или повреждений кожи в паху, которые не покрываются презервативом.
Женские презервативы:	Существуют лабораторные исследования, которые подтверждают, что женский презерватив является эффективным барьером не только для спермы, но также и для бактерий и вирусов, включая ВИЧ. Однако до настоящего времени нет достоверных клинических данных в этом направлении. Женский презерватив является альтернативой для женщин, желающих предохранятья, но не имеющих возможности добиться согласия партнера об использовании мужского презерватива. Однако использование женских презервативов ограничено их стоимостью.
Спермициды:	Спермициды не защищают от ИППП, в том числе от ВИЧ, поэтому их использование без дополнительного барьерного метода не рекомендуется. Кроме того, женщины, которые части используют спермициды, содержащие ноноксинол-9, подвержены более высокому риску заражения ВИЧ.
Диафрагма:	При одновременном использовании диафрагмы и спермицидов риск передачи некоторых ИППП снижается. Однако, нет доказательств о том, что диафрагма защищает женщин от ВИЧ, вместе с тем, когда нет возможности использовать презерватив, диафрагму можно рассматривать в качестве альтернативного метода.
Другие методы:	Все остальные методы контрацепции не защищают от ИППП, включая ВИЧ. По этому женщинам с риском заражения ИППП следует одновременно использовать презервативы.

Нет никаких оснований полагать, что использование контрацептивов само по себе увеличивает риск заражения ИППП. Широкоа распространенность ИППП скорее всего вызвана изменениями в половом поведении населения. Однако, имеются достоверные данные, указывающие на то, что презервативы защищают от ИППП (смотрите таблицу 13.1). Людям, выбравшим методы планирования семьи, которые не защищают от ИППП, следует использовать и презервативы во всех случаях, где есть риск передачи ИППП.

3 Ведение больных с ИРТ/ИППП

Существует 4 уровня ведения/менеджмента больных с ИРТ/ИППП:

- синдромальный менеджмент;
- синдромальный и клинический менеджмент;
- синдромальный и клинический менеджмент, в сочетании с минимальными лабораторными тестами;
- клинический менеджмент в сочетании с лабораторными исследованиями (этиологический диагноз).

Уровень ведения / менеджмента больных во многом зависит от знаний и навыков медицинских работников и возможностей лабораторной диагностики медицинского учреждения.

3.1 Синдромальный менеджмент

Синдромальный менеджмент ИППП основывается на выявлении и лечении групп симптомов (на основании жалоб клиента) и признаков (на основании наблюдений клиента и медицинского работника). Эти группы симптомов и признаков могут быть вызваны более чем одной инфекцией и называются синдромами. Синдромальный подход требует от медицинских работников знания основных возбудителей каждого синдрома и методов их противомикробного лечения.

Одним из примеров синдромального лечения может быть лечение безболезненных генитальных язв, которые могут быть вызваны или шанкроидом или сифилисом. При использовании синдромального подхода в местах, где распространен как шанкроид, так и сифилис, медицинским работникам следует назначать лечение против обоих возбудителей.

Синдромальный подход позволяет медицинским работникам провести лечение инфекций в условиях, где нет возможности выявить специфического возбудителя в связи с отсутствием лаборатории или лабораторных навыков. Лица, предоставляющие услуги на уровне первичной медико-санитарной помощи могут назначить лечение без промедлений, не дожидаясь направления клиента в более специализированное медицинское учреждение, доступ к которому может быть ограничен.

Приведенные в настоящей главе алгоритмы, схемы последовательности процессов и сопутствующие руководства к синдромальному подходу, дают медицинским работникам поэтапные инструкции для менеджмента и лечения больных с ИРТ/ИППП.

Наиболее частыми синдромами, указывающими на ИРТ/ИППП, являются следующие:

- выделения из уретры;
- генитальные язвы;

- выделения из влагалища;
- боли внизу живота.

Оценка риска ИППП

Оценка риска заражения ИППП особенно важна при лечении синдрома выделений из влагалища.

Чтобы оценить риск заражения ИППП женщиной, задайте ей в приватной обстановке следующие вопросы:

- Имеет ли ее половой партнер в настоящее время симптомы ИППП или имел их в течение последних 3 месяцев (например, выделения из уретры, боль при мочеиспускании или язвы в области половых органов)?
- Возможно ли, чтоб ее партнер имел недавно половые сношения с другой женщиной/ с кем-то другим?
- Имела ли она в течение последних 4 недель половые сношения более чем с одним партнером?
- Вступила ли она недавно в новые сексуальные отношения?

Если женщина ответила утвердительно на какой-либо из этих вопросов или она явно неуверенна в ответе, ее следует рассматривать как подверженную риску инфицирования.

На этих вопросах можно остановиться и во время групповых обучающих занятий или консультирования. Можно их представить также в виде раздаточных материалов или записать на плакатной бумаге. Однако, только в приватной обстановке можно выяснять у клиентов, считают ли они себя подверженными риску заражения. Если женщина с определенной уверенностью отвечает на вопрос о возможном риске заражения ИППП, не задавайте ей дальнейшие вопросы. Если она считает себя подверженной данному риску, или же сомневается, лучше отнести ее к вероятной группе риска и оказать нужную помощь.

Выбор противомикробных препаратов

При выборе противомикробных препаратов для лечения каждого синдрома ИРТ/ИППП необходимо руководствоваться следующими рекомедациями:

- отдавайте предпочтение препаратам, активным в отношении более чем одного возбудителя;
- отдавайте предпочтение терапии с использованием однократной дозы препарата;
- имейте в виду стоимость различных препаратов;
- используйте препараты с продолжительным сроком годности и соблюдайте условия хранения;
- используйте препараты, рекомендуемые государственными програм-

мами по борьбе с ИРТ/ИППП;

- избегайте назначения препаратов, к которым установилась резистентность микроорганизмов.

При выборе препаратов необходимо помнить о балансе вышеперечисленных критериев. В некоторых случая, например, самый подходящий препарат может быть не самым дешевым. Очень важно помнить о следующем:

- Необходимо всегда назначать полный курс лечения. Неполный курс лечения может не излечить инфекцию и вызвать резистентность к данному препарату.
- Если медицинское учреждение не может предоставить назначенные препараты, нужно дать клиенту рецепт для их получения.

На следующих страницах приведены схемы и сопутствующие руководства для синдромального менеджмента больных с наиболее важными ИРТ/ИППП.

Таблица 13.2 Синдромальное лечение выделений из уретры.

Осмотрите клиентов-мужчин с жалобами на выделения и/или болезненное мочеиспускание на наличие выделений. Если следы выделений не обнаружены, осторожно помассируйте уретру, начиная от основания пениса по направлению к отверстию/устью уретры, и посмотрите, появляются ли какие-либо выделения. Затем следуйте инструкциям схемы (смотрите рисунок 13.1).

Предположительный диагноз: гонорея и хламидиоз

Рекомендуемое лечение:

Используйте любой из однократных режимов, рекомендуемых для лечения **гонореи**. При выборе препаратов учитывайте их эффективность и стоимость (смотрите Таблицу 13.1).

Одновременно: доксициклин, 100 мг перорально 2 раза в день в течение 7 дней;

или азитромицин, 1 г перорально в качестве однократной дозы;

или тетрациклин, 500 мг перорально 4 раза в день в течение 7 дней для лечения хламидиоза.

Примечание: доксициклин и другие тетрациклины противопоказаны во время беременности и кормления грудью. Однократная доза азитромицина дешевле по сравнению с тетрациклином.

Подчеркните важность прохождения полного курса лечения, уведомления партнера (-ов) и воздержания от половой жизни до тех пор, пока и пациент и партнер (-ы) не пройдут полный курс лечения и симптомы не исчезнут.

Рисунок 13.1 Выделения из уретры

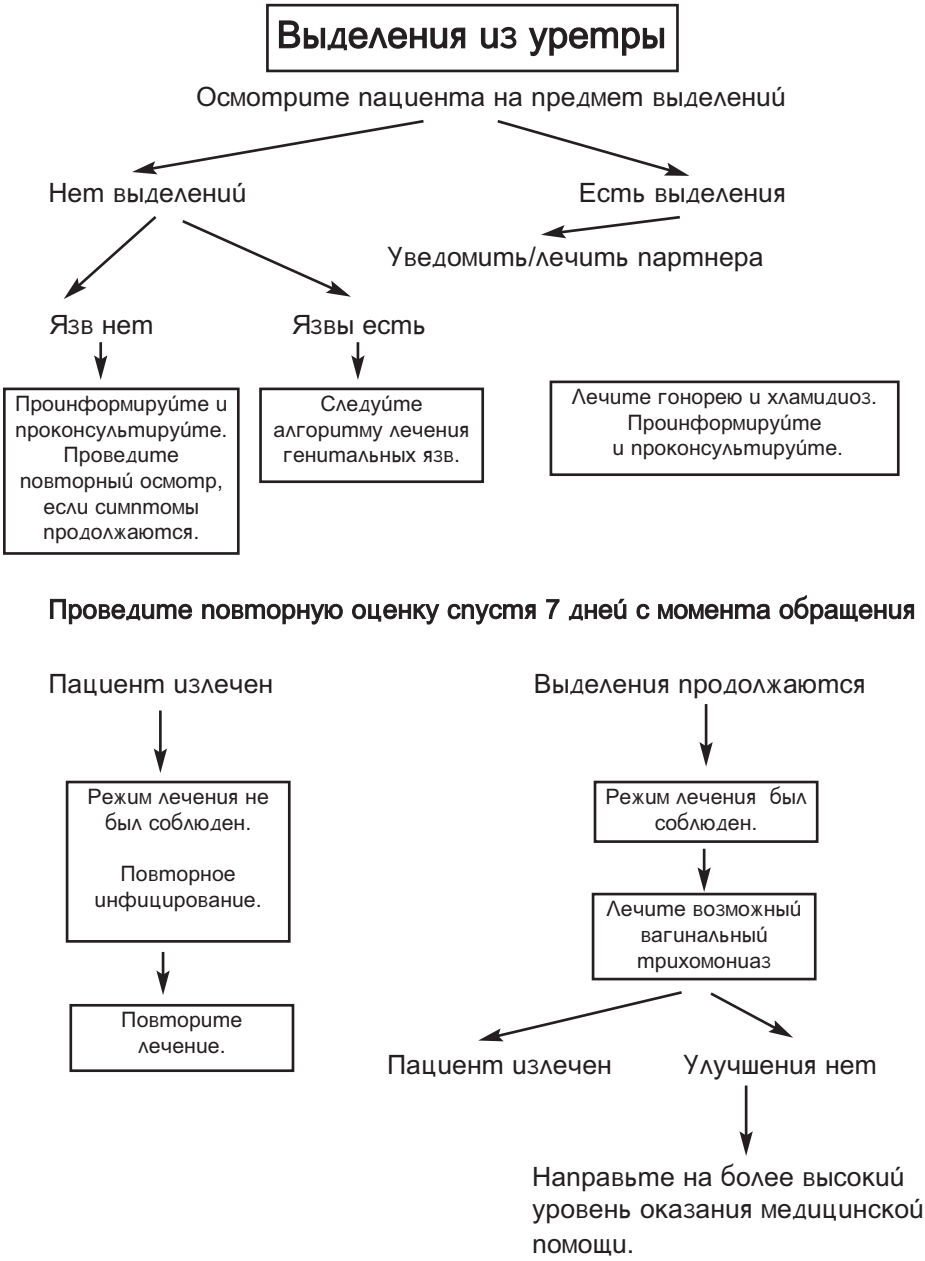


Таблица 13.3 Синдромальное лечение генитальных язв

Сделайте записи о любых симптомах и осмотрите пациента с целью подтверждения наличия генитальных язв.

Предположительный диагноз: шанкроид или сифилис.

Рекомендуемое лечение:

Бензатин пенициллин G для лечения сифилиса, 2.4 миллиона МЕ внутримышечно в 2 инъекциях во время первого обращения в медицинское учреждение: по 1 инъекции в каждую ягодицу.

Одновременно: ципрофлоксацин, 500 мг перорально 2 раза в день в течение трех дней;

или азитромицин, 1 г перорально в качестве однократной дозы;

или эритромицин, 500 мог перорально 4 раза в день в течение 7 дней для лечения шанкроида.

Примечание: ципрофлоксацин противопоказан во время беременности и кормления грудью.

Если есть аллергия на пенициллин и женщина беременна, то для лечения сифилиса назначьте *либо* тетрациклин, 500 мг перорально 4 раза в день в течение 15 дней;

или доксициклин, 100 мг перорально 4 раза в день в течение 15 дней.

Если есть аллергия на пенициллин и клиентка беременна, для лечения сифилиса и шанкроида назначьте эритромицин, 500 мг перорально 4 раза в день в течение 15 дней.

Примечание: рекомендуемые режимы лечения сифилиса применимы только к раннему сифилису; лечение сифилиса на поздних стадиях требует специальной оценки и другого лечения.

Подчеркните важность прохождения полного курса лечения, уведомления партнера (-ов) и воздержания от половой жизни до тех пор, пока пациент и партнер (-ы) не пройдут полный курс лечения и симптомы не исчезнут.

Предположительный диагноз: генитальный герпес

Рекомендуемое лечение:

Генитальный герпес полностью не излечивается, но симптомы заболевания следует лечить.Посоветуйте клиентам регулярно промывать паховую область водой с мылом. Назначьте парацетамол (ацетаминофен), аспирин или подобные им болеутоляющие препараты.

Если есть возможность, назначьмт лечение ацикловиром, как описано в Таблице 13.5.

Рисунок 13.2 Генитальные язвы

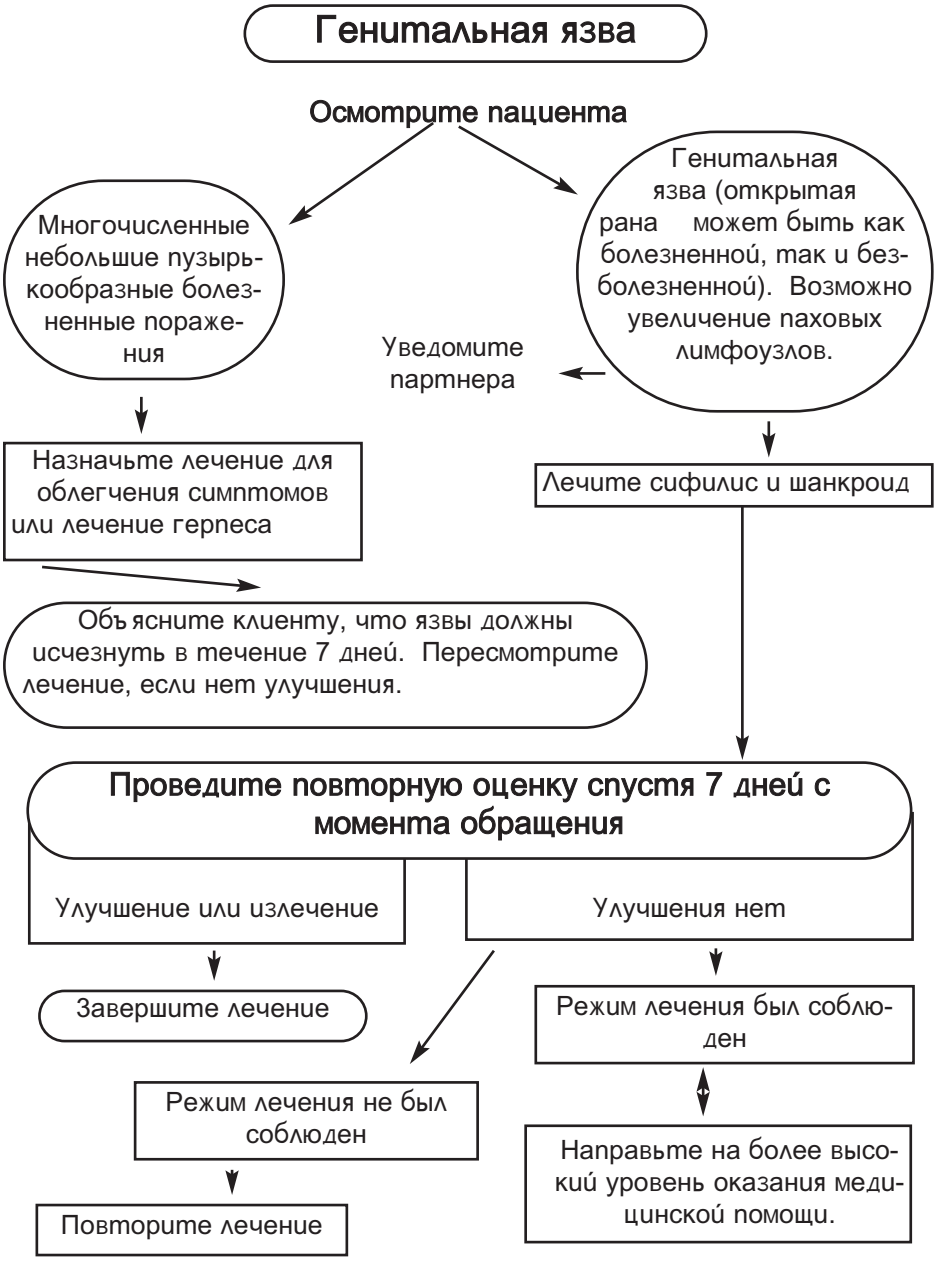


Таблица 13.4 Синдромальное лечение выделений из влагалища.

Проведите оценку риска ИППП и действуйте согласно схеме, представленной на рисунке 13.3. Приведенные ниже инструкции предполагают проведение осмотра в зеркалах. Если клиника оказывает услуги по мэнеджменту и лечению ИРТ/ИППП, то осмотр в зеркалах должен быть частью обучения медицинских работников.

1 Рекомендуемое лечение кандидоза:

Клотримазол, таблетка 500 мг, вагинально однократно;

или клотримазол, 2 таблетки по 100 мг вагинально один раз в день в течение 3 дней;

или, миконазол, суппозиторий 200 мг вагинально один раз в день в течение 3 дней;

Рекомендуемое лечение трихомониаза и бактериального вагиноза:

Метронидазол, 2 г перорально в качестве однократной дозы для лечения трихомониаза и метронидазол, 400-500 мг перорально 2 раза в день в течение 7 дней для лечения бактериального вагиноза.

Примечание: не назначайте в течение первых трех месяцев беременности, отложите лечение до четвертого месяца. Предупредите клиентку о том, что ей следует воздержаться от употребления алкоголя во время приема метронидазола.

Рекомендуемое лечение гонореи и хламидиоза:

Используйте любой из рекомендованных однократных режимов лечения гонореи, основываясь на установленной эффективности препаратов и их стоимости (смотрите таблицу 13.1).

Одновременно: доксициклин, 100 мг перорально 2 раза в день в течение 7 дней;

или азитромицин, 1 г перорально в качестве однократной дозы;

или метрациклин, 500 мг перорально 4 раза в день в течение 7 дней для лечения хламидиоза.

Примечание: не назначайте доксициклин и другие препараты метрациклинового ряда во время беременности и грудного вскармливания.

Рекомендуемое лечение кандидоза, гонореи и хламидиоза:

Используйте режимы лечения 1 и 3, описанные выше.

Рекомендуемое лечение трихомониаза, бактериального вагиноза, гонореи и хламидиоза:

Используйте режимы лечения 2 и 3, описанные выше.

Подчеркните важность прохождения полного курса лечения, уведомления партнера (-ов) и воздержания от половой жизни до тех пор, пока пациентка и ее партнер (-ы) не пройдут полный курс лечения и симптомы не исчезнут.

Рисунок 13.3. Выделения из влагалища

Таблица 13.5 Синдромальное лечение болей внизу живота.

В идеале, все случаи болей в животе должны лечиться в медицинском учреждении, где можно без промедления провести все необходимые исследования. Тем не менее, иногда трудно или невозможно направлять всех больных с болями в животе в более специализированное медицинское учреждение. В таких ситуациях обоснован синдромальный подход (смотрите рисунок 13.4).

Общепринято правило, что синдромальное лечение болей внизу живота можно проводить только тогда, когда женщина чувствует себя относительно хорошо и может самостоятельно есть и пить, передвигаться без чьей-либо помощи, принимать назначенные препараты и вернуться на повторный осмотр. В противном случае нужно направить ее в более специализированное медицинское учреждение.

Предположительный диагноз: воспалительное заболевание органов таза.

Рекомендуемое лечение:

Используйте любой из рекомендованных однократных режимов лечения неосложненной гонореи (смотрите таблицу 13.1), основываясь на установленной эффективности препаратов и их стоимости.

Или цефтриаксон, 250 мг внутримышечная инъекция однократно.

Если однократный режим лечения гонореи назначить невозможно, используйте триметоприм, 80 мг/сульфаметоксазол, 400 мг (ко-тримоксазол), 10 таблеток перорально один раз в день в течение 3 дней и затем по 2 таблетки перорально два раза в день течение 10 дней.

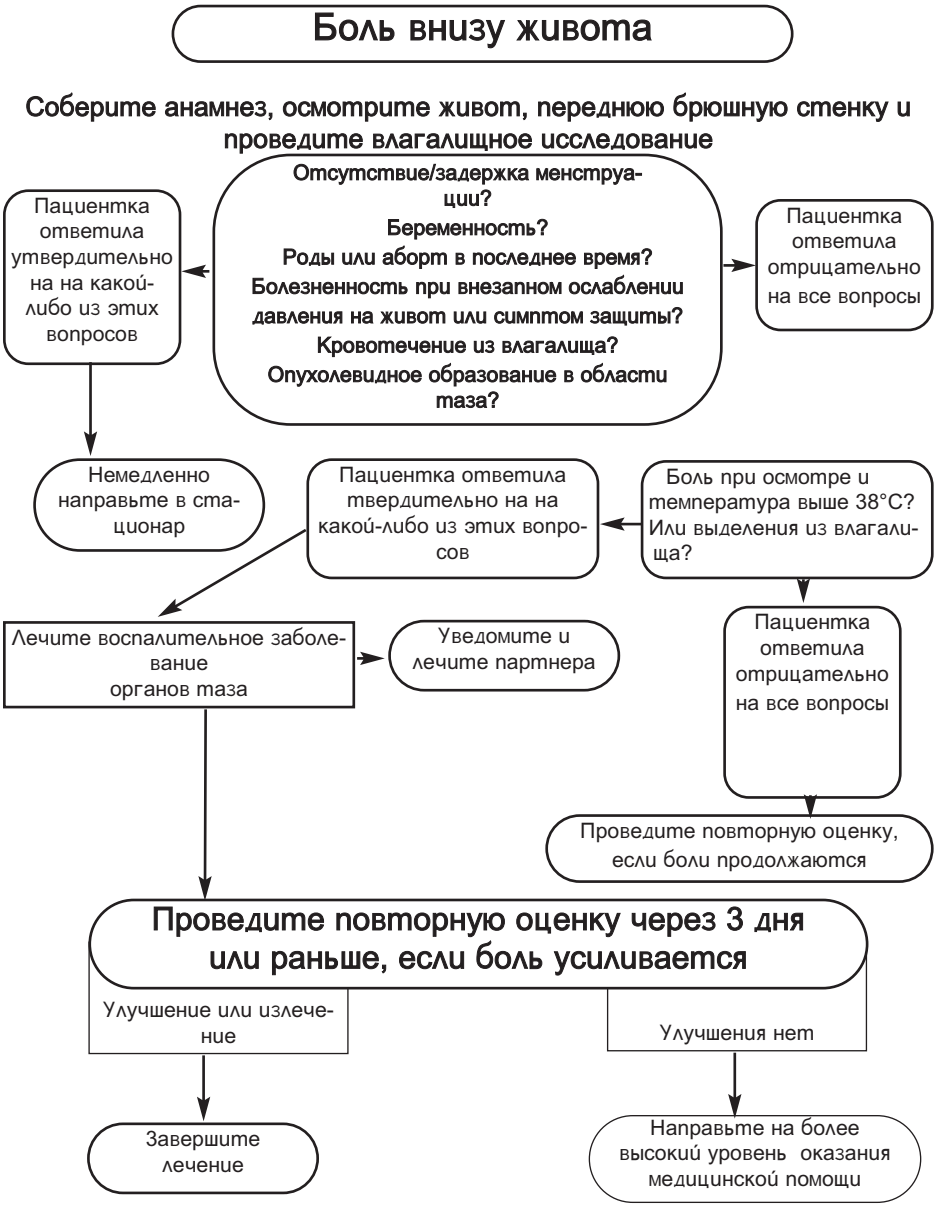
Одновременно: доксициклин, 100 мг перорально 2 раза в день в течение 14 дней;

или тетрациклин, 500 мг перорально 4 раза в день в течение 14 дней.

Плюс: метронидазол, 400-500 мг перорально 2 раза в день в течение 14 дней.

Подчеркните важность прохождения полного курса лечения, уведомления партнера (-ов) и воздержания от половой жизни до тех пор, пока пациентка и ее партнер (-ы) не пройдут полный курс лечения и симптомы не исчезнут.

Рисунок 13.4 Боль внизу живота



3.2 Синдромальный и клинический менеджмент

В дополнение к использованию синдромального подхода медицинские работники могут полагаться и на свое клиническое суждение о синдроме для того, чтобы исключить наличие определенных возбудителей инфекции. Такой подход может снизить количество назначаемых для лечения препаратов. Смотрите таблицы 13.1 - 13.8, в которых включено описание клинической картины, диагностики и лечения инфекций, являющихся причиной синдромов.

Медицинские работники, имеющие опыт лечения ИРТ/ИППП, могут быть в состоянии исключить определенные микроорганизмы, из числа возможных возбудителей. Тем не менее, когда симптомы и признаки не являются достаточно типичными для клинической диагностики, лучше назначить лечение на основе синдромального подхода. Например, когда врач не уверен в причине, вызвавшей генитальные язвы, предпочтительнее лечить шанкроид и сифилис, чем одно из этих заболеваний.

3.3 Синдромальный и клинический менеджмент в сочетании с минимальными лабораторными тестами

Если в медицинском учреждении есть небольшая лаборатория, тогда в качестве дополнения к синдромальному подходу и клинической диагностике можно произвести некоторые тесты для исключения определенных возбудителей (смотрите таблицы 13.1-13.8). Это позволит также уменьшить количество препаратов, назначаемых для лечения. В некоторых случаях возможно установление специфического диагноза, например, использование серологических тестов для диагностирования сифилиса и микроскопии для выявления гонококков.

Для того, чтобы любая лаборатория, даже небольшая, была бы рентабельной, сотрудники, осуществляющие лабораторные исследования должны быть компетентными. **Если лаборанты не будут хорошо обучены, тогда результаты лабораторных анализов могут быть обмачивыми, что приведет к снижению эффективности лечения, по сравнению с лечением, основанным только на синдромальном подходе и клиническом суждении.**

При решении вопроса о создании лаборатории руководители программ должны принимать во внимание следующие обстоятельства:

- наличие достаточной потребности в лабораторных услугах и спроса;
- стоимость первоначального обучения лаборантов и последующего регулярного повышения их квалификации;
- размеры вложений в оборудование и обеспечение физических условий.

Если потребность в лабораторных исследованиях небольшая, финансовые вложения могут быть необоснованными, а сотрудникам не будет

хватать практики для развития и поддержания навыков.

В условиях отсутствия лаборатории, руководителям клиники следует задуматься над важностью выполнения серологических тестов для выявления бессимптомного сифилиса у женщин. В таких случаях может забирать образцы крови и направлять их для исследования в лаборатории других клиник. Очень важно, чтобы образцы крови были взяты правильно, чтоб пробирки были бы замаркированы и хранились соответствующим образом, и чтоб были соблюдены все рекомендации по транспортировке.

3.4 Клинический менеджмент и лабораторные исследования (этиологический диагноз).

Если в медицинском учреждении есть хорошо оборудованная лаборатория, это дает возможность выявить специфического возбудителя инфекции и назначить специфическое лечение ИРТ/ИППП. Для лучшей организации лечения, можно также выполнить тесты на чувствительность (смотрите таблицы 13.1-13.8).

Результаты некоторых исследований можно получить немедленно, что позволяет начать лечение без замедлений. Однако, есть исследования, результаты которых выдаются через несколько дней. При таких ситуациях рекомендуется следующее:

- Если симптомы легкие, можно подождать результатов исследований до назначения лечения.
- Если симптомы протекают с умеренной тяжестью и состояние продолжает ухудшаться, нужно, не дожидаясь ответа, начать лечение на основе синдромального подхода и клинической диагностики. После того, как будут получены результаты исследований, лечение можно пересмотреть и скорректировать, если в этом возникнет необходимость.

При намерении создания на базе любой клиники комплексной лаборатории рекомендуется принять во внимание следующее:

- Нужно сравнить стоимость лабораторной диагностики по сравнению со стоимостью лечения более чем одного возбудителя инфекции, что часто проводится при синдромальном лечении. Если ресурсы, направленные на оказание медицинских услуг, ограничены, руководителям программ лучше рассмотреть возможность использования комплексных лабораторий других клиник, куда можно при особых случаях направлять материалы на исследование.
- Нужно принять во внимание не только фактор стоимости, но и удобство клиентов. Количество обращений в медицинское учреждение, необходимых для лечения, должно быть сведено к минимуму. Необходимость возвращаться в медицинское учреждение за результа-

тами анализов до получения лечения может быть неудобной для некоторых клиентов, которые в итоге могут не обратиться за ними и остаться неизлеченными.

4 Консультирование и информирование

Людям обычно трудно говорить об ИРТ/ИППП и о своей половой жизни, особенно если медицинский работник чувствует себя неуверенно, смущенно и колеблется. Медицинские работники должны иметь необходимые коммуникационные навыки и отношение к проблеме, которое позволит им свободно задавать клиентам вопросы на эту тему. Кроме того, при консультировании об ИРТ/ИППП следует руководствоваться следующими принципами:

- показывать чуткое отношение к чувствам клиентов и избегать осуждающих выражений;
- заверять клиентов в полной конфиденциальности сказанного, в противном случае клиенты могут утаить информацию из страха, что о ней узнает кто-либо еще;
- объяснять клиентам, почему вы задаете вопросы, касающиеся «личной» жизни;
- выделять достаточно времени для консультации, особенно если клиент (-ка) чувствует себя стесненно.

Проконсультируйте клиентов, у которых обнаружена ИРТ/ИППП, о важности дальнейшей профилактики (смотрите раздел 2 данной главы). Следует также обсудить необходимость лечения полового партнера (-ов) (смотрите раздел 5). Так как это очень деликатная тема, большинству клиентов будет трудно говорить об этой проблеме со своим партнером (-ами), поэтому вопрос о способе уведомления партнера нужно тщательно обдумать и осудить. Объясните клиентам, что не все ИРТ передаются половым путем, но лечение партнера необходимо для предотвращения повторного инфицирования.

4.1 Инструктирование клиентов

Проинструктируйте клиентов на понятном им языке, соответствующем их образу жизни, обращая внимание на следующее:

- Принимать все назначенные препараты, согласно предоставленным инструкциям, даже если симптомы исчезнут.
- Воздержаться от половых контактов до окончания лечения и до того, как исчезнут симптомы.
- Воздержаться от половых контактов до излечения партнера; если это невозможно - использовать презервативы.

- Вернуться в медицинское учреждение после лечения, чтобы удостовериться в том, что болезнь полностью излечена.

Если возможно, дайте клиентам необходимую информацию и инструкции в письменном виде. Поощряйте клиентов задавать вопросы, если что-то непонятно. Попросите повторить основные инструкции, чтоб проверить, насколько они были поняты.

5 Организация уведомления и лечения партнера

Цель уведомления половых партнеров, которые по всей вероятности имеют ИРТ/ИППП, заключается в том, чтобы излечить их и предотвратить повторное инфицирование клиентов. Уведомление и лечение половых партнеров может быть затруднительным по ряду причин:

- Сама идея уведомления партнера (-ов) может насторожить клиентов. Вместе с тем, важно уважать желания клиентов и сохранять их доверие. Медицинские работники должны понимать, что большинство клиентов, услышав о необходимости уведомления половых партнеров очень пугаются. Поэтому, они предоставят информацию о партнерах, только если клиника будет иметь репутацию учреждения, строго соблюдающего конфиденциальность.
- Многие клиенты, особенно женщины, затрудняются обсуждать эту проблему со своим партнером.
- Некоторые партнеры не верят, что у них может быть заболевание, особенно когда у них отсутствуют какие-либо симптомы, и, поэтому, могут отказаться от обращения за лечением.
- Некоторые клиенты не знают имен и адресов своих партнеров или могут дать ложные имена и адреса (о чем сами могут и не знать).
- Некоторые адреса трудно найти.

В зависимости от характера клиента и обстоятельств заболевания медицинские работники могут использовать один из следующих способов уведомления партнера:

- *Уведомление и направление партнера в медицинское учреждение самим клиентом:*
  - некоторые клиенты могут чувствовать себя достаточно уверенно для того, чтобы самим поговорить со своим партнером (-ами) и направить их на лечение ИРТ/ИППП;
  - попросите клиентов привести или направить своего партнера (-ов) в медицинское учреждение. Если возможно, дайте им карточки направления для передачи партнеру (-ам);
  - рекомендуйте альтернативное медицинское учреждение, если для партнера это более удобно.

- *Лечение партнера самим клиентом (-кой):* некоторые клиенты знают, что партнер не обратится в медицинское учреждение за лечением ИРТ/ИППП и сами хотят организовать лечение партнера. В этом случае предоставьте клиенту (-ке) всю необходимую информацию, препараты или рецепты для полового партнера (-ов).
- *Уведомление партнера медицинским работником:* для некоторых клиентов предпочтительнее, если партнеру (-ам) сообщат о заболевании из медицинского учреждения. Попросите имя (-ена) и адрес (-а) партнера (-ов) и попробуйте найти его/ее (их) по телефону, почте или навестите их дома.
- *Комбинированный способ:* в большинстве случаев требуется не один способ извещения партнера (-ов). Например, если клиент (-ка) решает сам/сама уведомить своего полового партнера (-ов), подождите какое-то время (около недели) и попробуйте другой способ, если партнер не обратился за лечением.

Когда партнер обращается в медицинское учреждение, лечите его/ее от той же ИРТ/ИППП, что имеется у клиента/клиентки. Если у медицинского учреждения есть возможность провести лабораторную диагностику, назначьте лечение первоначально выявленной инфекции, но при этом возьмите материал для анализа на другие ИРТ/ИППП.

Уведомление медицинским работником может привести в медицинское учреждение в 3 раза больше партнеров клиентов, чем если партнеров будут уведомлять и направлять сами клиенты. Однако, это обходится дороже и большинству медицинских учреждений не хватает сотрудников для организации визитов с целью уведомления партнеров. Тем не менее, это оправдано в случае выявления серьезных инфекций, таких, как сифилис или ВИЧ-инфекция, а также в случае необходимости уведомления половых партнеров, имена которых указывают многие клиенты с диагнозом ИРТ/ИППП (таких людей иногда называют *основными источниками заражения*).

6 Последующее наблюдение

Когда клиенты возвращаются после лечения, задайте им следующие вопросы:

- Есть ли какие-либо симптомы ИРТ/ИППП?
- Приняли ли они полный курс лечения?
- Приняли ли лечение партнеры?

Проконсультируйте клиентов о дальнейшей профилактике ИРТ/ИППП.

6.1 Неудача в лечении

Лечение ИРТ/ИППП может быть неудачным по следующим причинам:

- Несоблюдение режима лечения клиентом;
- Реинфекция клиента партнером, который (-ая) не лечился/лечилась;
- Возбудитель инфекции резистентен к назначенному режиму лечения;
- Лечение было подобрано неверно. Надо учесть, что синдромальное лечение воздействует не на всех возбудителей, как это бывает в случае с редко встречающимися инфекциями (например, паховый лимфогранулематоз и донованоз, которые вызывают язвы).

Если клиенты не соблюдали курс лечения, нужно назначить дальнейшее лечение и проконсультировать.

Если обнаружено повторное инфицирование партнером, нужно назначить дальнейшее лечение и еще раз подчеркнуть необходимость лечения партнера. Предложите клиенту (-ке) любую возможную помощь в организации лечения партнера.

7 Организация услуг

Руководителям необходимо определить, в каком объеме программы ПРЗ/планирования семьи будут включать в себя и способствовать профилактике и лечению ИРТ/ИППП. Это в большой степени зависит от наличия финансовых и человеческих ресурсов.

В любом случае минимальным и обязательным требованием должно быть обучение персонала методам профилактики ИРТ/ИППП и протоколам направления в другие учреждения для получения соответствующих медицинских услуг. Тем не менее, синдромальный подход расширяет возможности предоставления услуг по ведению и лечению ИРТ/ИППП любой службой ПРЗ/планирования семьи.

Успех профилактических и лечебных мероприятий требует тщательного планирования и эффективного управления. Необходимо уделять должное внимание вопросам:

- администрирования;
- обучения кадров;
- обеспечения руководств по предоставлению услуг;
- организации системы направлений;
- мониторинга и руководства.

7.1 Администрирование

Руководители программ и учреждений должны обеспечить наличие необходимых ресурсов для качественного предоставления услуг по профилактике и лечению ИРТ/ИППП.

Сотрудники

Определите, достаточно ли в клинике сотрудников для выполнения различных задач, связанных с профилактикой и лечением ИРТ/ИППП: обучение, консультирование, клиническое лечение, последующее наблюдение, отслеживание контактов и лабораторные анализы (последнее необязательно в учреждениях, практикующих синдромальный подход к лечению).

Физические условия

Проведите оценку имеющихся физических условий, чтоб удостоверится имеется ли достаточно мест для размещения дополнительного персонала, нужного оборудования и предоставления услуг клиентам по ИРТ/ИППП. Иногда приходится провести реорганизацию внутренней инфраструктуры. Важно помнить, что мероприятия по профилактике и лечению ИРТ/ИППП требуют наличия адекватного помещения для проведения информационнно-образовательных мероприятий и изолированных комнат для консультирования в уединенной обстановке, что обычно предусмотрено в каждой хорошо организованной клинике по ПРЗ/планированию семьи.

Возможно будет удобнее предоставлять услуги по ИРТ/ИППП в одни и те же часы, что и услуги по планированию семьи или другим компонентам сексуального и репродуктивного здоровья, для того, чтобы клиенты, обращающиеся по поводу ИРТ/ИППП, были бы уверены в том, что никто со стороны не сможет определить цели предоставленной консультации.

Может потребоваться выделение определенных часов для обслуживания определенных групп населения, например, подростков и мужчин. Для подростков обеих полов может показаться не совсем удобным обращение за консультированием и/или услугами по ИРТ/ИППП в клинику по ПРЗ/планированию семьи, которое обычно обслуживает взрослых. Что касается мужчин, имевших половые контакты с женщинами, обратившимися за лечением ИППП, то скорее всего они захотят обратиться в клинику в определенные часы, отведенные только для мужчин, когда в клинику не посещают женщины.

Оборудование

Оборудование, необходимое для лечения ИРТ/ИППП, за исключением лабораторного, обычно имеется в любой клинике по ПРЗ/планированию семьи (зеркала, перчатки, шприцы и иглы). Руководители учреждений и программ должны обеспечить наличие этих инструментов в достаточном количестве для удовлетворения имеющихся потребностей.

Информационно-образовательные материалы

Руководители учреждений и программ должны обеспечить, чтобы образование населения по ПРЗ/планированию семьи включало бы также обеспечение информационно-образовательных материалов по профилактике ИРТ/ИППП (например, плакатов, схем, брошюр и видеофильмов). Необходимы печатные материалы и для клиентов, обратившихся за лечением ИРТ/ИППП, которые бы подчеркивали важность получения полного курса лечения, направления партнера (-ов) в клинику и соблюдения мер для предотвращения повторного инфицирования. Нужны также четкие рекомендации для клиентов о том, как поступить, если симптомы продолжаются. Все эти материалы должны быть на понятном языке и по возможности соответствовать культурному уровню населения.

Медикаменты

Руководители программ должны обеспечить наличие антибиотиков и других препаратов, необходимых для лечения ИРТ/ИППП, во всех пунктах предоставления этих услуг. Для этого необходима эффективная система прогнозирования потребностей программы и принятие решение о выборе типа антибиотиков, которыми нужно будет обеспечить пункты предоставления услуг (смотрите параграф 3.1 «Выбор противомикробных препаратов»).

Система поставок медикаментов будет более эффективной, если программа обеспечит наличие небольшого ряда наиболее подходящих антибиотиков, а не их многочисленных разновидностей. Это упростит процедуру подсчета требуемого количества медикаментов, их распределения и хранения. Вместе с тем, медицинские работники легче освоят режимы предписания лечения. Если прописанный режим терапии не излечит клиента(-ку) от ИРТ/ИППП, его/ее можно направить в другое учреждение, которое может предоставить более комплексные услуги или дать рецепт для покупки других антибиотиков, которых нет в наличии в данной клинике.

7.2 Обучение

Система обучения и повышения квалификации играет первостепенную роль в обеспечении эффективности и качества услуг по ИРТ/ИППП. Обучение должно ставить своей целью приобретение знаний, развитие навыков и отношения к работе, которые необходимы для обучения клиентов и предоставления услуг в чуткой и отзывчивой обстановке.

Аспекты образования должны включать в себя следующее:

- межличностное общение;

- механизмы передачи заболевания;
- масштаб проблемы ИПТ/ИППП;
- различные типы ИРТ/ИППП;
- методы лечения.

В зависимости от характеристик сотрудников и средств программы необходимо провести обучение персонала соответствующему алгоритму ведения больных ИРТ/ИППП (смотрите раздел 3). Обучение должно основываться на концепции качества услуг. Оно должно развить положительное отношение персонала ко всем клиентам, которым они предоставляют медицинские и образовательные услуги, включая клиентов с высоким риском ИППП или имеющих ИППП (смотрите главу 1 «Права клиентов и потребности медицинских работников»).

7.3 Руководства

Установите и предоставьте в ясной письменной форме тактику и процедуры по профилактике и лечению ИРТ/ИППП, изложенные на языке, понятном для всех вовлеченных медицинских работников.

- Руководства должны быть доступны всему медицинскому персоналу и их необходимо время от времени обсуждать.
- В руководствах нужно подробно описать возбудителей инфекций, которые могут быть широко распространены в данной местности. Необходимо обращать внимание на чувствительность патогенных микроорганизмов к антибиотикам и установленную резистентность к различным режимам лечения.
- Некоторые из процедур, описанных в руководствах (например, алгоритмы синдромального лечения), могут быть представлены в виде плакатов и размещены в кабинетах, где выполняются соответствующие действия.
- Нужно использовать и ссылаться на эти руководства во время проведения обучения персонала и предоставления дальнейшей помощи со стороны руководителей.

Следует проводить регулярный обзор действующих инструкций для обеспечения адекватности рекомендуемых диагностических процедур и назначаемых режимов лечения.

7.4 Система направлений

Для любой программы, целью которой является профилактика и лечение ИРТ/ИППП, имеет важное значение обеспечение эффективной системы направлений. Несмотря на то, что людям, страдающим ИРТ/ИППП, нужен беспрепятственный доступ к комплексным услугам, невсякое медицинское учреждение сможет их предоставлять.

Поэтому, важно создать систему обеспечивающую направление определенных больных из первичных учреждений, предоставляющих только синдромальное лечение, в специализированную клинику, где есть возможность проведения лабораторных исследований и клинического лечения. Подобная система направлений должна быть основана на установлении взаимосогласованных действий, как между отдельными учреждениями, так и между различными уровнями оказания медицинской помощи в рамках одного и того же медицинского учреждения. Развитие таких связей является ответственностью руководителя каждого учреждения.

7.5 Мониторинг и руководство

Для обеспечения эффективности программы, как в качественном, так и количественном отношении, очень важно обеспечить регулярный мониторинг и руководство над проведением образовательных мероприятий и предоставлением услуг. Тщательный мониторинг и хорошее руководство помогут выявить аспекты, требующие особого внимания, а также будут способствовать развитию у всех сотрудников инновационного и творческого подхода к профилактике и лечению ИРТ/ИППП.

Таблица 13.1 Клиническая картина, диагностика и лечение гонореи.

Возбудитель:	*Neisseria gonorrhoeae.*
Инкубационный период:	От 1 до 14 дней. Большинство симптомов развиваются в течение 2-5 дней.
Симптомы и признаки у женщин:	Часто протекает без симптомов. Возможны жалобы на выделения из влагалища, болезненное мочеиспускание, мажущие кровянистые выделения после полового акта, боль внизу живота или симптомы, характерные для воспалительного заболевания органов таза. При гинекологическом осмотре можно заметить воспаленную уретру и/или обильные вагинальные и цервикальные выделения.
Симптомы и признаки у мужчин:	Выделения из уретры, болезненное мочеиспускание.
Передача:	От 50% до 90% женщин заражаются от инфицированных мужчин после одного полового акта. Около 20% мужчин заражаются после одного полового акта, от 60% до 80% - после четырех половых актов. После исчезновения уретрита большинство мужчин не являются заразными. У 2-50% новорожденных, которые инфицируются во время родов, наблюдается воспалительные поражение глаз (офтальмия новорожденных).
Диагностика:	Обнаружение Грамм-отрицательных внутриклеточных диплококков при непосредственном микроскопическом исследовании окрашенных по Грамму образцов материала из уретры или цервикального канала; или проведение бактериологического исследования в культуре тканей.
Лечение:	В районах с высоким уровнем распространения хламидийной инфекции рекомендуется назначение одновременного лечения гонореи и хламидиоза.

Таблица 13.1 - продолжение

	Однократная доза: ципрофлоксацин, 500 мг перорально (противопоказано во время беременности); *или* цефиксим, 400 мг перорально; *или* цефтриаксон, 125 мг внутримышечно (*назначение 125 мг цефтриаксона внутримышечно более эффективно, по сравнению с 400 мг цефиксима, но цефиксим имеет преимущество перорального приема, тогда как цефтриаксон нужно вводить внутримышечно);* *или* спектиномицин, 2 г внутримышечно; *или* азитромицин, 2 г перорально *(азитромицин эффективен в отношении хламидий, но доза в 2г перорально вызывает желудочно-кишечные расстройства, кроме того, препарат дорог; доза в 1 г не рекомендуется для лечения гонореи);* *или* канамицин, 2 г внутримышечно[1]. **Многократные дозы:** триметоприм, 80 мг/сульфаметоксазол, 400 мг (котримоксазол), 10 таблеток перорально один раз в день в течение 3 дней.[1]
Возможные осложнения неизлеченной гонореи у женщин:	Вызывает сальпингит у 10-20% женщин, который может привести к бесплодию или повышенному риску внематочной беремен-ности. Гонорея может также быть причиной эндометрита, цервицита, уретрита и бартолинита. Возможно попадание инфекции в кровоток, что может вызвать повышение температуры, сыпь и артрит.
Возможные осложнения неизлеченной гонореи у мужчин:	Инфекция может вызвать уретрит и эпидидимит. Без лечения у 20% инфицирован-ных мужчин может развиться эпидидимит, который может привести к бесплодию. Инфекция может вызвать стеноз уретры. Возможно попадание инфекции в кровоток, что может вызвать повышение температуры, сыпь и артрит.

Таблица 13.2 Клиническая картина, диагностика и лечение хламидиоза

Возбудитель:	*Chlamydia trachomatis* (серовирус от Д до К).
Инкубационный период:	От 7 до 21 дня.
Симптомы и признаки у женщин:	Часто протекает бессимптомно. Женщина может иметь жалобы на выделения из влагалища, болезненное мочеиспускание, мажущие кровянистые выделения после полового акта, боль внизу живота или симптомы воспалительного заболевания органов таза. При гинекологическом осмотре можно наблюдать наличие обильных вагинальных или цервикальных выделений; очень часто можно наблюдать также гиперемию шейки матки, которая легко кровоточит.
Симптомы и признаки у мужчин:	Выделения из уретры, болезненное мочеиспускание. В ряде случаев может протекать бессимптомно.
Передача:	Передача партнеру (-ам) происходит независимо от того, проявляются ли симптомы, или инфекция протекает бессимптомно. У 60-70% новорожденных, инфицированных во время родов, развиваются заболевания дыхательных путей, пневмония или хламидийная офтальмия (воспалительное поражение глаз).
Диагностика:	*Предположительный диагноз:* Устанавливается на основе клинической картины цервицита и отсутствия Грамм-отрицательных диплококков при непосредственном микроскопическом исследовании (окраска по Грамму). *Окончательный диагноз:* На основе серологических тестов или исследования культуры тканей.

Таблица 13.2 - продолжение	
Лечение:	Доксициклин, 100 мг перорально 2 раза в день в течение 7 дней; *или* азитромицин, 1 г перорально однократно (несмотря на то, что доксициклин дешевле азитромицина). Преимуществом азитромицина является ввозможность использования однократной дозы, что важно при трудностях придерживания схемы лечения; *или* тетрациклин, 500 мг перорально 4 раза в день в течение 7 дней; *или* офлоксацин, 300 мг перорально 2 раза в день в течение 7 дней; *или* амоксицилин, 500 мг перорально 3 раза в день в течение 7 дней. Примечание: доксициклин, другие тетрациклины и офлоксацин противопоказаны во время беременности и кормления грудью.
Возможные осложнения неизлеченной гонореи у женщин:	Инфекция может вызвать воспалительные заболевания органов таза, сальпингит и эндометрит, которые могут привести к бесплодию или повышенному риску внематоч-ной беременности. Хламидиоз может также быть причиной цервицита, уретрита и бартолинита (воспалительное заболевание бартолиновой железы). У беременных женщин возможно преждевременное излитие околоплод-ных вод и преждевременные роды.
Возможные осложнения неизлеченной гонореи у мужчин::	Инфекция может вызвать уретрит и эпидидимит, которые могут привести к бесплодию. Хламидиоз является причиной негонококкового уретрита у 35-50% гетеросексуальных мужчин.

Таблица 13.3 Клиническая картина, диагностика и лечение сифилиса.	
Возбудитель:	*Treponema pallidum.*
Инкубационный период:	От 10 до 90 дней, в среднем 21 день.
Ранние симптомы и признаки у женщин:	Безболезненная язва (шанкр) на месте проникновения возбудителя. Может быть на наружных половых органах, шейке матки, слизистой носа, рта или в области заднего прохода. У женщин возможно отсутствие внутренних поражений и первым видимым симптомом может быть кожная сыпь вторичного сифилиса.
Ранние симптомы и признаки у мужчин:	Безболезненная язва на половом члене, слизистой носа, рта, яичке или в области заднего прохода.
Передача:	30-60% половых партнеров заражается после одного полового акта. При инфицировании во время беременности, в двух третьих из всех случаев или чаще, инфекция может передаваться от матери к плоду через плаценту уже начиная с девятой недели беременности. В 40% случае сифилис вызывает спонтанный аборт, мертворождение или неонатальную смерть; в противном случае может развиться врожденный сифилис.
Диагностика:	Основывается на микроскопическом исследование при темном освещении отделяемого первичной или вторичной язвы; или на серологических тестах (RPR или VDRL).
Лечение раннего сифилиса:	Бензатин пенициллин G, 2.4 миллиона МЕ внутримышечно в 2 инъекциях во время первого обращения в медицинское учреждение: по 1 инъекции в каждую ягодицу; *или* водный прокаин-пенициллин G, 1,2 миллио-

Таблица 13.3 - продолжение

	на МЕ внутримышечно ежедневно в течение 10 дней. *Для небеременных клиенток с аллергией на пенициллин:* доксициклин, 100 мг перорально 2 раза в день в течение 15 дней; *или* тетрациклин, 500 мг перорально 4 раза в день в течение 15 дней. *Для беременных клиенток с аллергией на пенициллин:* эритромицин, 500 мг перорально 4 раза в день в течение 15 дней.
Возможные осложнения раннего сифилиса, если его не лечить:	Ранний первичный сифилис может перейти во вторичный и ранний латентный сифилис. Болезненная язва заживает в течение нескольких недель. Обычно, в течение нескольких дней, недель или месяцев после исчезновения безболезненных язв появляется кожная сыпь без зуда, недомогание, повышение температуры, увеличение лимфоузлов, гепатит, артрит и/или выпадение волос. Эти симптомы могут длится несколько недель или иногда месяцев. При отсутствии лечения примерно в 25% случаев развивается поздний (неинфекцион-ный) сифилис. Через 1-20 лет (иногда даже 40 лет) появляются гуммы (большой инфильтрат в виде узла) в мягких тканях и внутренних органах, нейросифилис и сердечно-сосудистый сифилис. Нелеченный симптоматический сифилис и сердечно-сосудистый сифилис часто приводят к смерти.

Таблица 13.4 Клиническая картина, диагностика и лечение шанкроида.

Возбудитель:	*Haemophilus ducreyi.*
Инкубационный период:	Обычно 3-7 дней, до 10 дней.
Симптомы и признаки у женщин:	Болезненные, неправильной формы шанкры/язвы у входа во влагалище или в области заднего прохода, которые могут вызвать боль при мочеиспускании или испражнении, ректальное кровотечение, боль во время полового акта или вагинальные выделения.
Симптомы и признаки у мужчин:	Болезненные, неправильной формы шанкры/язвы на половом члене и/или болезненность в паховой области.
Передача:	Люди остаются заразными до тех пор, пока присутствуют шанкры/язвы. От матери плоду во время родов не передается.
Диагностика:	*Предположительный диагноз*: Основывается на клинической картине, в частности наличии болезненных язв (сифилитические язвы обычно безболезненны), и на основании исключения сифилиса путем лабораторных тестов. *Окончательный диагноз:* Основывается на наблюдении цепи Грам-отрицательных коккобацилл при прямом микроскопическом исследовании (окраска по Граму) или проведении исследования в культуре тканей.
Лечение:[1]	Ципрофлоксацин, 500 мг перорально 2 раза в день в течение 3 дней (противопоказаны во время беременности и женщинам, кормящим грудью); *или* цефтриаксон, 250 мг внутримышечно в качестве однократной дозы; *или* азитромицин, 1 г перорально в качестве

Таблица 13.4 - продолжение

	однократной дозы; *или* эритромицин, 500 мг перорально 4 раза в день в течение 7 дней. Примечание: азитромицин дешевле и эффективнее эритромицина, а также имеет преимущества однократной дозы.
Осложнения нелеченного заболевания:	Язвы без лечения обычно заживают в течение месяца, иногда в течение 12 недель. Инфекция вызывает паховые бубоны (воспаление паховых лимфатических узлов) почти у половины всех инфицированных.

[1] У пациентов с ВИЧ-инфекцией все режимы лечения, кроме эритромицина, часто оказываются неэффективными и требуется более длительная терапия.

Таблица 13.5 Клиническая картина, диагностика и лечение герпеса.	
Возбудитель:	Типы 1 и 2 вируса Herpex Simplex (простой герпес).
Инкубационный период:	От 1 до 26 дней, в среднем от 6 до 7 дней.
Симптомы и признаки у женщин:	Болезненные высыпания в виде пузырьков, наполненных жидкостью, внутри и вокруг влагалища, в области заднего прохода или на бедрах. У женщин может протекать с большей болезненностью, чем у мужчин. Возможно болезненное мочеиспускание, водянистые вагинальные выделения, цервицит или проктит. Системными симптомами могут быть головная боль, боль в спине, повышение температуры и недомогание. В 70% случаев возможно отсутствие симптомов. Первый эпизод заболевания проходит через 2-4 недели.
Симптомы и признаки у мужчин:	Болезненные поражения на половом члене. Возможны выделения из уретры или болезненное мочеиспускание. Системными симптомами могут быть головная боль, боль в спине, повышение температуры и недомогание.
Последующие симптомы у женщин и мужчин.	*Рецидивы заболевания:* у половины инфицированных наблюдаются рецидивы. По сравнению с первичным заболеванием рецидивы протекают более легко, высыпаний меньше и системные симптомы проявляются реже. Рецидиву заболевания могут предшествовать боль, онемение или покалывания в ягодицах, ногах или бедрах.
Передача:	Передача партнеру (-ам) происходит как на стадии проявления симптомов, так и при бессимптомном течении заболевания, но чаще всего на стадии проявления симптомов. Передача от больной матери ребенку наиболее вероятна, если мать имеет первичный герпес на момент родов. Во многих случаях рекомен-

Таблица 13.5 - продолжение	
	дуется кесарево сечение. Смертность детей, инфицированных вирусом простого герпеса, высока.
Диагностика:	*Предварительный диагноз:* На основе клинической картины и часто путем исключения. *Окончательный диагноз:* На основе культуры тканей (бактериологическое исследование материала с высыпаний).
Лечение только симптомов. Полное излечение невозможно и возникают рецидивы заболевания.	Посоветуйте клиентам промывать половые органы водой с мылом. Назначьте парацетамол (ацетаминофен), аспирин или схожие болеутоляющие препараты. Можно назачить ацикловир, если он доступен, по следующей схеме: *первичный герпес:* ацикловир, 200 мг перорально 5 раз в день в течение 7 дней; *рецидивы:* ацикловир, 200 мг перорально 5 раз в день в течение 5 дней.

Таблица 13.6 Клиническая картина, диагностика и лечение трихомониаза.	
Возбудитель:	*Trichomonas vaginalis.*
Инкубационный период:	От 3 до 28 дней
Симптомы и признаки у женщин:	Обильные пенистые выделения из влагалища зеленого или желтого цвета с неприятным запахом, зуд, болезненное мочеиспускание, боль во время полового акта.
Симптомы и признаки у мужчин:	Обычно протекает без симптомов. Возможны выделения из уретры, боль при мочеиспускании или зуд.
Передача:	Заражается до 85% женщин-партнеров инфицированных мужчин. Заражается до 30-40% мужчин-партнеров инфицированных женщин. Около 5% девочек, рожденных от инфицированных матерей, заражается во время родов.
Диагностика:	Наблюдение характерных движений микроорганизма при прямом микроскопическом исследовании влажного препарата вагинальной жидкости или осадка мочи с использованием физиологического раствора.
Лечение:	Метронидазол, 2 г перорально в качестве однократной дозы; *или* метронидазол, 400-500 мг перорально 2 раза в день в течение 7 дней. Примечание: не назначайте метронидазол в первые 3 месяца беременности, отложите лечение до 4 месяцев. Предупредите клиентов, принимающих метронидазол, о том, что им следует воздержаться от употребления алкоголя, так как алкоголь может вызвать рвоту. Использование метронидазол-геля для лечения

Таблица 13.6 - продолжение	
	трихомониаза не рекомендуется, так как, по сравнению с пероральным приемом он менее эффективен.
Осложнения нелеченной инфекции у женщин:	Без лечения симптомы могут проявляться годами. Симптомы ухудшаются во время или после менструации. Никаких осложнений или последствий в большинстве случаев.
Осложнения нелеченной инфекции у мужчин:	В большинстве случаев симптомы устраняются спонтанно. Возможные последствия: уретрит, простатит и бесплодие.

Таблица 13.7 Клиническая картина, диагностика и лечение бактериального вагиноза.	
Возбудитель:	Обусловлен смешанным избыточным ростом организмов, являющихся частью нормальной микрофлоры влагалища.
Симптомы и признаки у женщин:	Раздражение и жжение во влагалище, выделения из влагалища с запахом рыбы
Передача:	Обычно не передается половым путем.
Диагностика:	Обнаружение при прямом микроскопическом исследовании влажного препарата (с использованием физиологического раствора или при окраске по Граму) более 20% вагинальных эпителиальных клеток, покрытых бактериями (ключевые клетки); уровень PH, превышающий 5; появление запаха гнилой рыбы при добавлении 10%-ного раствора гидроокиси калия (положительный аминотест).
Лечение:	Метронидазол, 2 г перорально однократно; *или* метронидазол, 400-500 мг перорально 2 раза в день в течение 7 дней; (Примечание: несмотря на то, что использование метронидазола в качестве разовой дозы дешевле, он имеет меньшую эффективность при лечении бактериального вагиноза.) *или* клиндамицин, 2%-ный вагинальный крем, 5 г вагинально перед сном в течение 7 дней; *или* 0.75%-ный метронидазол-гель, 5 г два раза в день вагинально в течение 5 дней; *или* клиндамицин, 300 мг перорально два раза в день в течение 7 дней. Примечание: не назначайте метронидазол в первые 3 месяца беременности, отложите лечение до 4 месяцев. Предупредите клиентов, принимающих метронидазол, о том, что им следует воздержаться от употребления алкоголя, так как алкоголь может вызвать рвоту.

Таблица 13.8 Клиническая картина, диагностика и лечение кандидоза.

Возбудитель:	*Candida albicans*
Симптомы и признаки у женщин:	Зуд и жжение во влагалище, которые могут распространяться на наружные половые органы и промежность. Иногда наблюдаются белые творожистые выделения.
Симптомы и признаки у мужчин:	Зуд и жжение в области полового члена, иногда отмечаются небольшие папулы и нарушения кожного покрова. У мужчин часто нет никаких симптомов.
Передача:	Чаще всего не передается половым путем. Лечение партнера не является обязательным. В случаях повторного возникновения необходимо исключить причины, лежащие в основе инфекции.
Диагностика:	Непосредственное микроскопическое исследование влажного препарата с использованием физиологического раствора или гидроокиси калия.
Лечение:	Клотримазол, таблетка 500 мг, вагинально однократно; *или* клотримазол, 2 таблетки по 100 мг вагинально один раз в день в течение 3 дней; *или*, миконазол, суппозиторий 200 мг вагинально один раз в день в течение 3 дней; *или* флюконазол, 150 мг перорально однократно; *или* нистатин, таблетка 100,000 ЕД вагинально по 1 таблетке в течение 14 дней. Примечание: женщинам с кандидозом вульвы и мужчинам с кандидозным баланитом рекомендуется местное/наружное применение противогрибкового крема, например, нистатинового.

Фото: Мануэль Хурвитц/Гвинея

14 ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И СПИД

1 Введение

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) и синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) являются глобальными проблемами здравоохранения. ВИЧ/СПИД поражает людей всех возрастов, богатых и бедных. В настоящее время число людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, составляет около 40 миллионов. Международная федерация планирования семьи (МФПС) стремится внедрить профилактику и лечение ВИЧ/СПИДа в услуги по половому и репродуктивному здоровью. Ассоциации-члены МФПС и другие организации, предоставляющие услуги по половому и репродуктивному здоровью/планированию семьи, играют важную роль в реализации этого стремления, так как их положение дает им возможность предоставлять услуги по ВИЧ/СПИДу в рамках своих программ.

1.1 Определение

ВИЧ (вирус иммунодефицита человека) вызывает СПИД. У ВИЧ-положительного человека со временем развивается СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита) – последняя стадия развития ВИЧ-инфекции после нескольких лет носительства вируса. СПИД вызывает нарушение функционирования иммунной системы, поражая и разрушая клетки CD4, что влечет за собой неспособность организма противостоять оппортунистическим инфекциям (например, пневмонии *Pneumocystis carinii*, токсоплазмозу), которые обычно неопасны для людей со здоровой иммунной системой.

1.2 Передача вируса

ВИЧ передается от одного человека другому при половом контакте, переливании крови или продуктов крови, от матери плоду/ребенку в перинатальном периоде и при использовании зараженных игл и шприцев.

Пути передачи ВИЧ от матери ребенку (ПВМР):

- внутриутробная передача от матери плоду через плаценту;
- во время родовых схваток и рождения плода путем непосредственного заражения /инокуляции/ или проглатывания крови или других жидкостей;
- послеродовая передача через потребление инфицированного грудного молока.

1.3 Роль служб по сексуальному и репродуктивному здоровью

Службы по половому и репродуктивному здоровью играют следующую роль:

- Предоставление профилактического информирования и консультирования, как на инфицированным, так и неинфицированным людям.

- Предоставление услуг по планированию семьи.
- Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ (ДКТ).
- Обеспечение доступа к антиретровирусной терапии (АРВТ), включая профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) и лечение оппортунистических инфекций при соответствующих показаниях.
- Направление в другое учреждение, паллиативный уход и поддержка.
- Улучшение доступа молодежи и уязвимых групп населения к информации, образованию и услугам.

Услуги по ВИЧ/СПИДу, которые могут предложить клиники по половому и репродуктивному здоровью, будут зависеть от имеющихся у них ресурсов. Эти услуги могут включать все или некоторые из нижеперечисленных:

- Обучение методам интегрированной профилактики ВИЧ/СПИДа.
- Добровольное консультирование и тестирование.
- Консультирование о ВИЧ/СПИДе, включая рекомендации по здоровому образу жизни.
- Консультирование о контрацепции.
- Услуги по профилактике передачи инфекции от матери ребенку, менеджмент ВИЧ-инфицированных/больных СПИД-ом, включая лечение.
- АРВ терапия, услуги по профилактике передачи инфекции от матери ребенку и менеджмент оппортунистических инфекций при соответствующих показаниях.
- Идентификация подходящих служб и комплексов медицинских учреждений для направления пациентов.

2 Профилактика

При отсутствии исцеляющих методов лечения, единственной возможностью приостановления дальнейшего распространения заболевания является его профилактика. Это, в основном осуществляется путем повышения осведомленности и обучения населения, а также посредством улучшения доступа к услугам и пунктам по предоставлению мужских и женских презервативов. Существует целый ряд факторов, которые оказывают влияние на распространение ВИЧ/СПИД-а, например, половое поведение, сложившиеся взгляды, а также наличие медицинских учреждений, которые могут диагностировать инфекцию на ранней стадии и предоставить своевременное лечение. Все эти факторы необходимо учитывать при разработке и осуществлении эффективных программ профилактики ВИЧ-инфекции. Действующие программы по половому и репродуктивному здоровью в состоянии распространять

информацию о риске и осложнениях ВИЧ/СПИДа и пропагандировать правила безопасного поведения. Они могут рекомендовать использование презервативов не только для профилактики нежелательной беременности, но и с целью предупреждения передачи ВИЧ-инфекции.

2.1 Профилактика передачи инфекции половым путем

Заражение ВИЧ половым путем можно предупредить следующим образом:

- При любом риске инфицирования нужно всегда использовать мужские презервативы. Например, при противоречивых результатах серологического исследования у партнеров (когда результат у одного из них положительный, а у другого отрицательный) нужно использовать презервативы для защиты неинфицированного партнера. Нужно использовать презервативы и в случаях, когда оба партнера являются ВИЧ-положительными, с целью предотвращения повторного инфицирования разными мутациями вируса и заражения новыми инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП).
- Если при гетеросексуальных контактах использование мужских презервативов невозможно, нужно использовать женские презервативы.
- Быстрое и эффективное лечение ИППП способствует снижению риска заражения ВИЧ половым путем.

2.2 Профилактика передачи инфекции неполовым путем

- Нельзя брать донорскую кровь, сперму, органы или ткани для трансплантации у ВИЧ-инфицированных или подверженных риску заражения лиц, например, у секс-работников, мужчин гомосексуалистов, наркоманов, использующих инъекционные наркотики.
- Нужно проводить специальные образовательные мероприятия среди потребителей инъекционных наркотиков, с целью повышения их осведомленности о повышенном риске заражения ВИЧ при совместном использовании игл и шприцев. Необходимо также осуществлять программы по замене бывших в употреблении игл и шприцев новыми.
- Там, где существует практика калечащих операций на женских половых органов и обрезания клитора, необходимо предпринимать меры по ее искоренению.
- Необходимо искоренять также такие негигиеничные привычки, как совместное использование бритв и зубных щеток.

2.3 Профилактика передачи ВИЧ в перинатальном периоде

- Предотвращайте передачу ВИЧ среди женщин.
- Предотвращайте нежелательную беременность у ВИЧ-инфицирован-

ных женщин.

- Предоставляйте ВИЧ-инфицированным беременным женщинам консультирование и антиретровирусные препараты, обеспечьте безопасное течение родов.

2.4 Профилактика передачи ВИЧ в медицинских учреждениях

Медицинские учреждения должны строго соблюдать правила профилактики и контроля инфекций при предоставлении медицинских услуг (смотрите главу 15 «Профилактика и контроль инфекций»).

3. Менеджмент случаев ВИЧ/СПИД-а

Менеджмент случаев ВИЧ/СПИД-а включает в себя следующие аспекты:

- предоставление добровольного консультирования и тестирование (ДКТ);
- распространение профилактической информации среди инфицированных и неинфицированных людей;
- уведомление партнера;
- обучение безопасному половому поведению;
- помощь в принятии решений, касающихся деторождения;
- предоставление услуг по контрацепции;
- проведение лечения;
- уход и поддержка людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС).

3.1 Добровольное консультирование и тестирование

Добровольное консультирование и тестирование (ДКТ) на наличие ВИЧ-инфекции является компонентом услуг по половому и репродуктивному здоровью. Эти услуги следует предлагать людям, подверженным высокому риску инфицирования ВИЧ/уязвимым группам населения. Они дают людям возможность узнать свой ВИЧ-статус и таким образом предоставляют им ранний доступ к соответствующему консультированию и, при необходимости, к лечению и уходу. ДКТ должно быть не изолированной услугой, а частью продолжительной помощи. Для того, чтобы устранить препятствия к проведению тестирования, оно должно быть взаимосвязано с системой направлений на соответствующее лечение, помощь и поддержку.

ДКТ должно следовать национальным протоколам, законам и инструкциям, регулирующим предоставление услуг, связанных с ВИЧ.

Основными компонентами ДКТ являются:

- *добровольное* желание клиентов узнать свой статус;
- консультирование до проведения тестирования;
- получение информированного согласия на тестирование;
- проведение тестирования на ВИЧ;
- проведение консультирования после теста и последующее наблюдение, включая реальное предупреждение инфицирования.

Консультирование до проведения тестирования

Консультирование должно быть добровольным, неосуждающим и отвечать потребностям и реальным нуждам клиентов. Такое консультирование позволяет клиентам принять информированное решение, касающееся определения своего ВИЧ-статуса и предпринять соответствующие меры (смотрите главу 13 «Инфекции половых органов и инфекции, передаваемые половым путем», раздел 4).

Клиенты должны знать, что тест является добровольным и конфиденциальным. При консультировании нужно:

- предоставить ясную и точную информацию о ВИЧ и путях его распространения, а также о том, чем ВИЧ-инфицирование отличается от СПИДа;
- предоставить четкое описание самого процесса тестирования;
- добиться того, чтоб клиенты осознали преимущества осведомленности о своем ВИЧ-статусе и связанные с этим последствия.

Информированное согласие

Информированное согласие – это разрешение клиентов на проведение теста на ВИЧ, предоставленное медицинскому работнику после получения соответствующей информации о рисках и преимуществах тестирования. Только после получения этой информации клиенты смогут сделать информированный выбор. Так как ВИЧ-инфекция является угрожающим жизни состоянием, которое может стать причиной сильного эмоционального стресса, социальной стигмы и дискриминации во многих их проявлениях, получение информированного согласия клиентов на тестирование является необходимым.

Проведение тестирования на ВИЧ

Отрицательный результат теста

Обсудите с клиентом следующее:

- период «окна» и ограничения данного теста;
- необходимость проведения повторного теста по прошествии 3 месяцев, если возможное инфицирование имело место в течение последних 6 недель;

- пути снижения риска инфицирования, включая безопасное половое поведение и правильное использование презервативов.

Положительный результат теста:

- Успокойте клиентов и окажите им эмоциональную и психологическую поддержку.
- Объясните разницу между ВИЧ-инфекцией и СПИДом и то, что люди с ВИЧ-инфекцией могут оставаться здоровыми в течение длительного периода времени.
- Помогите клиентам определить источники поддержки, как среди близких людей, так и в общине (лечение и доступ, психосоциальная поддержка, сообщества и т.п.).
- Рассмотрите вместе с клиентами их ближайшие планы, намерения и действия.
- Обсудите, как будет извещен половой партнер, и оцените возможный риск домашнего насилия; дайте направление, если необходимо.
- Обсудите риск передачи ВИЧ окружающим, риск повторного инфицирования ВИЧ или другими ИППП.
- Обсудите стратегии снижения риска заражения.
- Убедите клиентов в необходимости сдачи теста партнером, а также детьми, которые могли быть инфицированы.
- Разработайте вместе с клиентом план последующего консультирования, для обсуждения таких вопросов, как дальнейшее тестирование на ВИЧ и содержание иммунных Т клеток (CD4), организационные мероприятия, лечение и доступ к медикаментам, возможность быть частью группы поддержки, здоровый образ жизни, преимущества раннего начала лечения и т.п.

3.2 Последующее консультирование

Первые недели и месяцы после того, как люди узнают о том, что они ВИЧ - положительны, очень важны. В это время им необходим доступ:

- к социальным и психологическим услугам;
- к медицинским услугам для получения лечения;
- к другим поддерживающим услугам, направленным на установление и придерживание новых правил поведения, таких, которые снижают вероятность передачи вируса другим людям, способствуют поддержке здоровья и снижают риск повторного инфицирования.

Очень важно, чтобы ВИЧ-положительные клиенты сохранили веру в себя и оставались полезными членами общества. У ВИЧ-позитивных людей может развиться склонность к самообвинению, что может отрицательно сказаться на их психическом здоровье и благополучии. У некоторых людей знание о своей ВИЧ инфицированности может

вызвать проявления выраженной депрессии. Медицинские работники, предоставляющие услуги, должны быть осведомлены о вероятности такого исхода, а при необходимости, предоставлять лечение и оказывать поддержку.

Медицинские работники, предоставляющие консультирование должны подчеркнуть тот факт, что успешное лечение не предотвращает передачу ВИЧ-инфекции. Необходимо сделать особый акцент на профилактических мероприятиях, таких как использование презер-ватива и придерживание правил безопасного полового поведения. При консультировании лиц, использующих инъекционные наркотики, важно подчеркнуть необходимость использования стерильных игл. На женщинах, инфицированных ВИЧ, как и на любых других женщинах, очень часто лежит обязанность заботы о других членах семьи, включая детей, родителей, супруга. В результате этого они могут не уделить достаточно времени и внимания заботе о своем собственном здоровье. Работники, предоставляющие услуги, должны проводить соот-ветствующее консультирование, объясняя клиентам, что забота о своем здоровье является важной составляющей частью эффективной борьбы с ВИЧ-инфекцией.

3.3 Уведомление/консультирование партнера

Процесс уведомления половых партнеров или партнеров по употреблению наркотиков ВИЧ-позитивных людей включает в себя установление коммуникационных контактов с партнерами, с целью сообщения о риске возможного инфицирования ВИЧ и убеждения о необходимости пройти добровольное и конфиденциальное ВИЧ тестирование и консультирование.

Медицинским работникам необходимо быть чуткими и понимать всю сложность уведомления партнера, так как эта ситуация представляет собой конфликт прав: права ВИЧ-позитивного человека на конфиденциальность и приватность против права партнера быть защищенным от ВИЧ-инфекции. Этот вопрос очень непростой и остается неразрешенным, поэтому подходить к нему следует со всей осторожностью.

Медицинским работникам необходимо разъяснять цель и положительные стороны уведомления партнера:

- это дает возможность людям, которые подверглись риску заражения ВИЧ, узнать о своем ВИЧ-статусе и поощряет пройти тест на ВИЧ;
- ВИЧ-положительные лица получают возможность узнать, что **практикуя безопасный секс** и прекращаям практику совместного использования игл, можно защитить других от заражения; они могут получить также информацию о том, как получить доступ к лечению и поддержку.

- ВИЧ-отрицательные лица могут получить информацию о том, как избежать заражения ВИЧ.

Во многих случаях контактные лица не уведомляются о ВИЧ-статусе их партнеров, или, даже если их ставят в известность, они не выражают желание пройти тестирование на ВИЧ. Это представляет собой определенные трудности для медицинских работников, пропагандирующих практику безопасной половой жизни. Более того, возможны проблемы, связанные с неполным соблюдением режима приема антиретровирусной терапии и/или самолечением партнера, не прошедшего тест.

В некоторых странах медицинские работники обязаны уведомлять партнера ВИЧ-инфицированного человека, даже в тех случаях, когда ВИЧ-инфицированный отказывается сделать это сам. При таких обстоятельствах нужно оценить риск возможного насилия и разрыва взаимоотношений и предпринять соответствующие меры. Консультанты нуждаются в специальном обучении навыкам консультирования и предоставления советов, особенно для случаев, когда есть потенциальный риск насилия. Они должны предпринять все меры для оказания поддержки ВИЧ-положительному человеку.

Работники, предоставляющие услуги, должны создать поддержи-вающую и дружелюбную обстановку для того, чтобы клиенты не боялись бы раскрыть перед ними свои проблемы и опасения.

3.4 Половое поведение

Когда устанавливается диагноз, клиент часто пересматривает свое сексуальное поведение и принимает решение о переходе к практике безопасной половой жизни. Но в тех случаях, когда он/она скрывает от партнера свое состояние, придерживаться правил безопасного секса не легко. Для того, чтобы справиться с этой сложной задачей, клиентам может потребоваться интенсивное консультирование и поддержка. В любом случае медицинские работники должны проявлять неосуждающее и поддерживающее отношение.

Прогресс медицины в области лечения ВИЧ-инфицированных лиц и предоставления им медицинской помощи помог многим из них продолжить наслаждаться жизнью и жить дольше. У многих из них это привело к восстановлению интереса к половой жизни. Поэтому, очень важно, чтобы ВИЧ-позитивные люди четко понимали степень риска, связанного с тем или иным сексуальным поведением. Работники, предоставляющие услуги должны уметь объяснять это клиентам на доступным им языке, для того, чтобы достичь полного взаимопонимания и откровения. Клиентам нужно обьяснить о правилах пользования сексульными игрушками. Они должны понимать опасность практики “сухого” секса, во время которой для достижения сухости влагалища проводятся

спринцевания и внутривагинальные вливания настоек из лекарственных растений. Главным условием для открытой и откровенной беседы, является создание обстановки, в которой клиент не чувствует себя опозоренным и осужденным. Важно, чтобы работники, предоставляющие услуги, были бы осведомлены о практике разной культуры половой жизни и смогли бы создать такую обстановку, в которой клиенты чувствовали бы себя в безопасности и могли открыто говорить о подробностях своей интимной половой жизни.

Успешное лечение ВИЧ-инфекции путем использования АРВ терапии может привести к уменьшению вирусной нагрузки. Это может способствовать снижению, но не исключению риска передачи вируса ВИЧ-отрицательному партнеру. Существуют также и другие факторы, которые оказывают влияние на степень риска передачи ВИЧ половым путем, такие как:

- наличие других ИППП, например, инфицирование вирусом простого герпеса типа II или папилломавирусом человека;
- половое сношение при раздражении/ болезненной чувствительности половых органов;
- половое сношение во время менструации;
- неполноценное питание, недостаток витаминов и минералов.

3.5 Принятие решений, касающихся деторождения

ВИЧ-инфицирование поднимает сложные вопросы, связанные с контрацепцией и беременностью. Поэтому, ввиду особых обстоятельств, консультирование ВИЧ-позитивного человека должно проводиться с особой осторожностью и чуткостью. Как только беременная женщина принимает решение о сохранении или прерывании своей беременности, ей необходимо предоставить консультацию и услуги соответственно ее выбору. Медицинские работники играют очень важную роль в оказании помощи женщине в процессе принятия решения. Когда это возможно, партнеров следует консультировать и в отдельности, и совместно.

Пары, в которых один или оба партнера ВИЧ-позитивны, сталкиваются с определенными трудностями при принятии решений, касающихся деторождения, в частности:

- при желании иметь детей;
- при желании использовать методы контрацепции;
- при решении вопроса о сохранении или прерывании незапланированной беременности.

Нужно добиться того, чтобы ВИЧ-позитивные пары умели бы делать свой информированный и непринужденный выбор, и чтоб они имели воз-

можность осуществления этого выбора, путем доступа к качественным услугам.

Желание иметь детей

ВИЧ-положительные люди или пары, которые рассматривают возможность иметь детей, должны быть подробно проинформированы о том, что если для зачатия ребенка будет иметь место незащищенный половой акт имеется риск передачи вируса неинфицированному партнеру. Они также должны быть осведомлены о том, что если у инфицированной женщины уже имеются симптомы СПИДа, беременность может ускорить исход заболевания. Если ВИЧ-позитивная женщина решила забеременеть, ее следует подробно проинформировать о существующих услугах по искусственному оплодотворению, об антенатальных службах, а также о методах химиопрофилактики, необходимой для снижения риска передачи вируса ребенку.

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР)

Передача ВИЧ от инфицированной матери ребенку может произойти в матке, во время родов и через грудное молоко. Для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку медицинские работники должны помнить о следующих возможностях:

- использование антиретровирусной терапии (могут быть назначены различные режимы АРВТ, в зависимости от наличия препаратов и действующих инструкций);
- роды путем кесарева сечения;
- выбор альтернативных методов кормления новорожденного.

Антиретровирусная терапия (АРВТ)

Использование антиретровирусных препаратов (АРВ) во время беременности и родов показало свою эффективность в снижении риска передачи ВИЧ от матери младенцу. АРВ препараты снижают риск передачи инфекции путем уменьшения скорости дублирования вируса у матери, а также путем предупреждения инфицирования младенца во время и после воздействия вируса. Существуют различные режимы терапии, которые отличаются по своей эффективностью, стоимостью, практичностью и безопасностью. Все эти режимы включают в себя интранатальное лечение, вместе с дородовым и/или послеродовым лечением различной продолжительности. Режимы лечения, которые назначаются в раннем периоде беременности и являются относительно сложными, продемонстрировали большую эффективность, по сравнению с простыми режимами, прием которых начинается в позднем периоде беременности или во время родов. Тем не менее, практичность последних делает их более приемлемой для женщин, которые

становятся на антенатальный учет в позднем сроке беременности, и/или для тех, которым трудно строго придерживаться правил соблюдения АРВТ. Выбор антиретровирусного профилактического режима для программ по предоставлению услуг, во многом зависит от наличия и стоимости препаратов, а также осуществимости режимов терапии.

Роды путем кесарева сечения

Приблизительно 60% случаев передачи ВИЧ от матери ребенку происходит во время предродовых схваток и самих родов. Установлено, что риск передачи инфекции возрастает во время родоразрешения через влагалище, тогда как кесарево сечение снижает этот риск, независимо от вирусной нагрузки и проведения профилактической АРВ терапии. Однако потенциальная польза операции для младенца должна быть сбалансирована с возможным риском для матери. Кесарево сечение следует проводить в медицинских учреждениях, где эта операция осуществляется легко и безопасно, при низких показателях материнской смертности. Если же в медицинском учреждении кесарево сечение не проводится, тогда можно произвести дезинфекцию влагалища 0.25%-ным раствором хлоргексидина для очистки родовых каналов после каждого вагинального обследования и во время родов. Этот метод продемонстрировал свою эффективность в снижении риска передачи ВИЧ от матери ребенку.

Выбор альтернативных методов кормления новорожденного

Известно, что риск передачи ВИЧ от матери ребенку увеличивается, если женщина кормит младенца грудью. Нужно хорошо взвесить все обстоятельства перед тем, как принять решение о том, кормить или не кормить ребенка грудью. В частности, нужно сравнить риск передачи вируса новорожденному и пользу грудного вскармливания. Грудное вскармливание является лучшим способом кормления ребенка, так как грудное молоко обеспечивает его не только основными питательными веществами, но и защищает от желудочно-кишечных инфекций и недоедания. По культурным традициям некоторых стран, кормление грудью является общепринятой практикой. Если женщина не будет кормить младенца грудью, против нее может создаться стигма и дискриминация со стороны членов общества, из-за предположения, что женщина ВИЧ-инфицирована. При принятии решения относительно использования альтернативных методов вскармливания новорожденного нужно учитывать, насколько этот метод:

- приемлем;
- осуществим;
- доступен в финансовом отношении;
- рационален/может использоваться бесперебойно; *и*

- безопасен.

Медицинские работники должны:

- Научить женщину правилам безопасного приготовления альтернативной пищи для ребенка, правильного мытья посуды и методам стерилизации.
- Объяснить матери, как надо наблюдать за ростом и развитием малыша, чтобы быть уверенной в адекватности его вскармливания и питания.
- Научить мать, как надо осматривать рот малыша на предмет стоматита и повреждения слизистых оболочек (эти явления увеличивают риск передачи ВИЧ).
- Объяснить матери, что риск передачи ВИЧ младенцу увеличится, если у нее появится мастит, или же абсцесс молочной железы, кровоточивость и трещины сосков.

Если женщина принимает решение о кормлении своего ребенка грудью, ей следует посоветовать осуществлять исключительно грудное вскармливание в течение первых шести месяцев. Грудное вскармливание следует прекратить, как только появится возможность, принимая во внимание местные обстоятельства, индивидуальную ситуацию женщины и риск перехода на искусственное вскармливание (учитывая возможность других инфекций, кроме ВИЧ, и недостаточности питания).

Пути решения при незапланированной беременности

Инфицирование ВИЧ не всегда отрицательно сказывается на течение беременности, но может отрицательно повлиять на здоровье матери, особенно если количество CD4 у нее низкое и нет в наличии АРВ препаратов. ВИЧ инфекция также ведет к увеличению числа послеродовых осложнений и ассоциируется с высокими показателями материнской смертности. Если клиентка беременна и хочет прервать беременность, ее следует направить на безопасный аборт, если он разрешен законом. Родильницам, которые не хотят вновь забеременеть, следует предложить методы послеродовой контрацепции.

3.6 Контрацепция

Если ВИЧ-положительная женщина или женщина, у которой партнер ВИЧ-инфицирован, не хочет забеременеть, нужно предоставить ей и ее партнеру советы о подходящих методах контрацепции, а также о том, как избежать передачи инфекции.

В таком случае, необходимо тщательно проконсультировать пару о методах контрацепции, предоставить нужные услуги или направить в кабинет по планированию семьи или по половому и репродуктивному здо-

ровью. Чтобы дать возможность паре принять наиболее оптимальное репродуктивное решение, добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ должны быть напрямую связаны с предоставлением услуг по планированию семьи и с профилактическим антенатальным уходом.

Необходимо рекомендовать высокоэффективные методы контрацепции. Для пар, где один партнер не является ВИЧ-инфицированным, единственным методом предотвратить передачу ВИЧ является правильное и постоянное использование презервативов. Их нужно использовать даже тогда, когда для профилактики беременности выбран другой метод контрацепции.

В общей сложности, ВИЧ-положительные женщины имеют такую же возможность выбора метода контрацепции, как и другие женщины. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) разработала медицинские критерии использования методов контрацепции для женщин с ВИЧ-инфекцией, которые включают специфические обстоятельства, при наличии которых использование определенных методов противопоказано (описаны ниже).

Мужской презерватив

При любом риске инфицирования считается высокоэффективным правильное и постоянное использование мужских презервативов, как для профилактики незапланированной беременности, так и для предотвращения заражения ИППП/ВИЧ. Правильное использование мужских презервативов парами, где только один из партнеров ВИЧ-положителен, является эффективным методом предотвращения передачи инфекции. Если мужской презерватив не защитил от беременности или инфекции, главная причина обычно заключается в его неправильном использовании. Только небольшая часть таких неудач связана с разрывом и соскальзыванием презерватива.

Клиентам необходимо дать четкие инструкции о правильном использовании данного метода (смотрите главу 7 «Барьерные методы контрацепции»), включая демонстрацию, предоставление советов о правильном смазывании, хранении, а также о том, как с ними нужно обращаться. Клиентам нужно предоставить также таблетки неотложной контрацепции, в качестве поддерживающего метода.

Женский презерватив

Женские презервативы доступны во многих странах и представляют собой альтернативу мужским презервативам. Женский презерватив дает женщинам большую возможность контроля использования барьерной контрацепции, так как она может ввести его за несколько часов до предполагаемого полового акта. Контрацептивная эффективность

женского презерватива находится в пределах широкого диапазона эффективности других барьерных методов, но она относительно ниже эффективности мужских контрацептивов.

Несмотря на ограниченные клинические данные, лабораторные исследования продемонстрировали, что женский презерватив является эффективным барьером не только для спермы, но и для бактерий и вирусов, включая ВИЧ.

Однако, использование женских презервативов ограничивается фактором стоимости. Несмотря на то, что использование нового женского презерватива при каждом половом акте является наиболее предпочтительным, повторное использование женского презерватива при определенных обстоятельствах считается допустимым, осуществимым и безопасным. Окончательное решение о том, поддерживать ли идею повторного использования женских презервативов, необходимо принимать на местном уровне.

Диафрагма

Преимуществом диафрагмы является то, что женщина сама контролирует ее использование и может вводить ее за несколько часов до предполагаемого полового акта. Использование диафрагмы обеспечивает примерно такую же контрацептивную защиту, как и использование других барьерных методов (смотрите главу 7 «Барьерные методы контрацепции»).

Не рекомендуется использование диафрагмы вместе со спермицидами в случаях, когда только один из партнеров ВИЧ-инфицирован, а также при любом другом риске заражения, из-за возможного повышения риска ВИЧ-инфицирования, ассоциируемого с использованием спермицидов, содержащих ноноксинол–9 (N-9). В настоящее время проводятся исследования, направленные на то, чтобы определить, снижает ли использование только диафрагмы риск передачи ИППП и ВИЧ.

Спермициды

Контрацептивная эффективность использования только спермицидов ниже, чем эффективность других барьерных методов. Кроме этого они не защищают от ИППП. Спермициды, содержащие ноноксинол–9 (N-9), не только не защищают от ВИЧ-инфекции, но даже могут увеличить риск заражения у женщин, которые их часто используют. По этой причине эти спермициды не советуют использовать ВИЧ-отрицательным женщинам, партнеры которых ВИЧ-инфицированы. Что касается ВИЧ-положительных женщин, то они могут использовать спермициды, только если другие методы недоступны или неприемлемы. При выборе клиентами спермицидов, необходимо рекомендовать их использование в ком-

бинации с другим барьерным методом.

Гормональные контрацептивы

Гормональная контрацепция является высокоэффективным средством профилактики беременности при правильном использовании. Имеющиеся доказательства указывают на то, что этот метод безопасен и для ВИЧ-инфицированных женщин, а также для неинфицированных женщин, чьи партнеры ВИЧ-положительны. Так как гормональные контрацептивы не защищают от ИППП/ВИЧ, рекомендуется также правильное и постоянное использование презервативов.

АРВ препараты потенциально могут уменьшить или увеличить биологическую активность стероидных гормонов, содержащихся в гормональных контрацептивах. Результаты некоторых исследований, указывают на то, что потенциальное взаимодействие многих АРВ препаратов и гормональных контрацептивов может повлиять на безопасность и эффективность как гормональных контрацептивов, так и АРВ препаратов. Если женщина, находящаяся на АРВ лечении, все таки принимает решение начать или продолжить использование гормональной контрацепции, медицинские работники должны рекомендовать ей регулярно использовать также презервативы для профилактики передачи ВИЧ. Это может также компенсировать возможное снижение эффективности гормонального контрацептива.

ВМС

ВМС является высокоэффективным методом контрацепции, который может быть использован ВИЧ-положительными женщинами, у которых еще не развился СПИД, а также женщинами со СПИДом, у которых клиническое состояние на фоне АРВ терапии удовлетворительное. Если у женщины уже проявились клинические симптомы СПИДа, ей не надо вводить ВМС, за исключением случаев, когда другие методы недоступны или она настаивает только на этом методе (смотрите главу 6 «Внутриматочные средства»). ВМС не защищают от ИППП/ВИЧ, поэтому рекомендуется также постоянное и правильное использование презервативов.

Неотложная контрацепция

Для ВИЧ-положительных женщин, которые подверглись риску нежелательной беременности после незащищенного полового акта, очень важен доступ к неотложной контрацепции. Если ВИЧ-инфицированная женщина соответствует медицинским критериям выбора, ей можно ввести ВМС с целью неотложной контрацепции (смотрите главу 6 «Внутриматочные средства»).

Мужская или женская стерилизация

Если ВИЧ-положительные клиенты принимают добровольное и информированное решение пройти стерилизацию, этот метод им можно предоставить (смотрите главу 8 «Женская и мужская стерилизация») при строгом соблюдении всех процедур по профилактике инфекций (смотрите главу 15 «Профилактика инфекций и контроль»). Тем не менее, так как этот метод не защищает от ИППП/ВИЧ, после проведения стерилизации следует рекомендовать правильное и постоянное использование презервативов при каждом половом акте.

3.7 Лечение

Антиретровирусная терапия

Антиретровирусные препараты (АРВ) подавляют процесс дублирования/ размножения вируса, особенно когда назначаются в комбинации друг с другом. АРВ оказывают положительное воздействие путем:

- подавления процесса размножения вируса;
- задержки разрушения иммунной системы;
- улучшения качества жизни и увеличения шансов на выживание.

Необходимо внедрить АРВ терапию на уровне первичной медико-санитарной помощи, в качестве составляющей части услуг по половому и репродуктивному здоровью/планированию семьи. АРВ препараты показали свою эффективность в деле снижения заболеваемости и смертности от ВИЧ. Предоставление АРВ препаратов, наряду с обучением правилам безопасного сексуального поведения и использованием презервативов, может способствовать уменьшению распространения ВИЧ среди местного населения путем снижения риска передачи ВИЧ от инфицированного неинфицированному партнеру и от инфицированной матери ребенку. АРВ терапия оказывает следующее воздействие:

- как можно дольше удерживает ВИЧ-позитивного человека на бессимптомной стадии;
- улучшает клиническую картину заболевания;
- способствует переходу заболевания в стадию ремиссии и исчезновению клинических симптомов.

Несмотря на то, что доступ к лечению может изменить ВИЧ из смертельного заболевания в хронически регулируемое состояние, важно подчеркнуть, что до настоящего времени ВИЧ является неизлечимым заболеванием.

Лечение ВИЧ предполагает прием антиретровирусных препаратов на всех стадиях развития ВИЧ-инфекции для поддержки здоровья ВИЧ-позитивного человека. Это приводит к снижению вирусной нагрузки в

течение 16-20 недель до невыявляемого уровня (ниже 50 дубликатов).

Медицинские работники должны осознавать всю сложность медикаментозного лечения ВИЧ, и что оно приводит к побочным явлениям, которые проявляется по-разному у разных клиентов. Им следует:

- следовать руководствам и инструкциям лечения, одобреным на национальном уровне;
- наблюдать за соблюдением правил приема, так как пропуск доз может привести к развитию резистентности к препаратам;
- обеспечить строгое соблюдение режима АРВ терапии для достижения оптимальных результатов лечения и уменьшения возможности появления резистентности к вирусу.

Профилактика после возможного контакта с ВИЧ

Профилактика после контакта (ППК) - это кратковременное антиретровирусное лечение для снижения вероятности ВИЧ-инфицирования после возможного контакта с инфекцией через половой акт или в связи с особенностями профессии. ПКП следует начать как можно скорее после инцидента, в идеале – в течение 2-4 часов. Рекомендуется сочетаемая терапия, так как предполагается, что она более эффективна, чем использование одного препарата. Тем не менее, АРВ терапию нужно проводить согласно утвержденным на национальном уровне протоколам и руководствам.

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП)

Если уровень распространения ВИЧ среди населения высокий, пациенты с ИППП имеют большую вероятность быть ВИЧ-инфицированными и, в таком случае, передача вируса от таких больных к ВИЧ восприимчивым партнерам более вероятна. Пациентов, не знающих свой ВИЧ-статус, следует направлять на добровольное консультирование и тестирование. Так как иммунная система у ВИЧ-позитивных клиентов подорвана, они испытывают более частые и тяжелые рецидивы вирусных ИППП. Если есть возможность, нужно предоставить клиентам услуги по лечению и/или профилактике.

Оппортунистические инфекции

Так как ВИЧ поражает иммунную систему, ВИЧ-положительные люди более восприимчивы к целому ряду оппортунистических инфекций (ОИ) – туберкулезу, малярии, кандидозу, токсоплазмозу, криптококковому менингиту, пневмонии *Pneumocystis carinii*, хронической диарее и малярии в районах эндемического распространения этих заболеваний. Симптомы этих инфекций у ВИЧ-позитивных людей могут проявляться по-разному.

Риск заражения ОИ увеличивается с уменьшением числа клеток CD4 в крови. Там, где это возможно, пациентам, находящимся на 4-той стадии развития ВИЧ, или у кого анализ CD4 составляет меньше 200, необходимо предлагать лечение. Если таких услуг в данном населенном пункте нет, пациентов необходимо направлять в вышестоящие медицинские учреждения. Лечение ОИ нужно проводить согласно утвержденном на национальном уровне протоколам и руководствам.

Если инфекции не лечить, впоследствии их будет гораздо труднее диагностировать и потребуется госпитализация для дорогостоящих процедур обследования. Укрепление иммунной системы, путем своевременного предоставления АРВ препаратов, позволит избежать этого, сэкономит время и деньги.

В районах с высоким распространением ВИЧ-инфекции маркером ВИЧ является туберкулез, поэтому пациентов с туберкулезом следует направлять на добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ.

3.8 Поддержка и уход за инфицированными людьми

Общие советы по поддержанию здоровья

Для ВИЧ-позитивного человека особенно важен здоровый образ жизни.

Организация питания и поддержки

ВИЧ-инфекция нарушает питание организма, в результате увеличения энергетических затрат в состоянии покоя, уменьшения потребления пищи, снижения поглощения и выделения питательных веществ, а также комплексного изменения метаболизма, что в итоге приводит к потере веса и изнурению, характерному для СПИД-а. Поэтому, правильное питание является жизненно важным компонентом поддержания здоровья ВИЧ-инфицированных людей, а консультирование и организация питания, а также предоставление помощи, являются компонентами комплексных услуг по уходу за людьми, живущими с ВИЧ.

Сбалансированное питание:

- способствует эффективности медицинского лечения;
- повышает иммунитет;
- снижает побочные эффекты АРВТ;
- улучшает общее состояние и способность человека жить нормальной жизнью.

Разные люди нуждаются в разной диете, особенности которых зависят от стадии болезни, социальных условий, состояния здоровья и индивидуального отношения клиента к своему здоровью. В каждой стране

существуют свои рекомендации по ежедневному рациону людей, живущих с ВИЧ, которые соответствуют принятым на местном уровне руководствам. В любом случае эта диета должна быть:

- богата белками;
- высококалорийна;
- потребление витаминов и минералов должно обеспечивать ежедневную потребность в питательных микроэлементах.

Медицинский персонал, совместно с представителями общественности, должен исследовать все возможности для обеспечения адекватного питания ВИЧ-инфицированных лиц, с особым акцентом на беременных и кормящих грудью женщин, в частности, их направление на получение гуманитарной помощи в рамках продовольственных програм.

Образ жизни

Клиентов следует поощрять вести здоровый образ жизни. Услуги должны включать в себя консультирование о следующем:

- Физические упражнения;
- Адекватный полноценный сон;
- Как уменьшить стресс;
- Советы об отказе от нездорового образа жизни, в частности, от курения и излишнего употребления алкоголя. Направление, при необходимости, на услуги по профилактике и лечению наркомании и алкоголизма.

Медицинским работникам следует поощрять консультирование на регулярной основе, чтоб можно было вовремя разрешать возникающие проблемы. Неразрешенные проблемы отрицательно сказываются на психическом здоровье клиента и соблюдении режима лечения.

Служба поддержки

ВИЧ-инфекция оказывает воздействие на все аспекты жизни человека, включая физическое, психологическое, социальное и духовное благосостояние. Путем предоставления консультирования и социальной поддержки, можно помочь ВИЧ-инфицированным людям и тем, кто за ними ухаживает, чтоб они смогли более эффективно справляться с инфекцией на каждой стадии заболевания и улучшить качество жизни. При предоставлении соответствующей поддержки, клиенты более адекватно реагируют на стресс, вызванный их инфицированием ВИЧ, и вероятность развития серьезных проблем психического здоровья уменьшается.

Уже при самом сильном стрессе, связанном с уведомлением о результатах тестирования, целесообразно проведение оценки состояния и предоставление помощи. Это помогает ВИЧ-инфицированным лицам адап-

тироваться к сложившейся ситуации и справлятся с хроническими проявлениями симптомов инфекции до самой завершающей стадии, приводящей к смерти.

Люди, живущие с ВИЧ-инфекцией, а также ухаживающие за ними лица, часто живут с чувством стигмы и страха, что нередко оказывает влияние на всю семью. ВИЧ-инфицирование часто является причиной потери социально-экономического статуса, увольнения от занимаемой должности, лишения доходов, жилья, доступа к медицинской помощи, а также возможностей свободного перемещения. Психосоциальная поддержка может помочь людям, живущим с ВИЧ, их родителям и семьям принимать информированные решения, лучше справляться с болезнью и более эффективно бороться с дискриминацией. Все это способствует улучшению качества жизни и предотвращению дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции.

Система направлений

Эффективно налаженная система направлений клиентов является одним из важных компонентов программы по борьбе с ВИЧ/СПИД. В настоящее время не представляется возможным обеспечение доступа к комплексным услугам, необходимым людям, страдающим ВИЧ/СПИД во всех медицинских учреждениях. Поэтому необходимо иметь систему направлений из учреждения первичного (базового) уровня, например, поликлиники, в более специализированное учреждение, способное обеспечить лабораторные тесты и лечение, для обеспечения возможности предоставления специальных услуг по диагностике, лечению и уходу всем тем, кто в этом нуждается. Такая система направлений основывается на установлении рабочих взаимоотношений между соответствующими учреждениями, а также между подразделениями одного и того же учреждения, предоставляющими услуги различного уровня.

Фото: Фатиха Терки/Вьетнам

15 ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ИНФЕКЦИЙ И КОНТРОЛЬ

1 Введение

Первоочередной задачей предупреждения инфекции в стационарных и передвижных клиниках сексуального и репродуктивного здоровья является:

- сведение до минимума передачи инфекции клиентам, медицинским работникам и другим лицам, которые могут иметь контакт с использованными зараженными материалами.

Из-за увеличения распространенности ВИЧ инфекции и СПИДа, все больше и больше людей начали беспокоиться о возможности заражения, а предотвращение передачи ВИЧ-инфекции клиентам и медицинским работникам стало задачей первостепенной важности. Нужно сделать так, чтоб и клиенты и медицинские работники были бы уверены в том, что приняты все необходимые меры предосторожности.

Для предотвращения распространения инфекции во время клинических процедур необходимо ликвидировать перекрестные инфекции, строго соблюдать правила асептики, правила обработки медицинских инструментов и оборудования, а также правила выноса и уничтожения отходов.

2 Определения

- **Микроорганизмы** – это агенты, являющиеся возбудителями инфекции. К ним относятся: бактерии, вирусы, грибки и паразиты. Наиболее устойчивыми являются бактерии, продуцирующие эндоспоры, которые имеют защитную оболочку (например, некоторые виды Clostridium, вызывающие гангрену и столбняк).
- **Асептика или асептическая техника** – это общий термин, который используется в медицинских учреждениях для описания комплекса мероприятий, проводимых для предотвращения попадания микроорганизмов в любую часть тела, где они могут вызвать инфицирование во время медицинских процедур. Целью асептики является исключение или сведение до безопасного уровня численности микроорганизмов на поверхностях живых организмов (например, на коже, слизистых оболочках и тканях) и на неживых объектах (например, на хирургических инструментах).
- **Антисептика** – это предупреждение инфекции перед медицинскими процедурами путем уничтожения или подавления роста микроорганизмов на коже и слизистых оболочках. Это осуществляется путем контакта с тканями, которые могут быть инфицированы микроорганизмами.
- **Обеззараживание** – это процесс, который делает неживые объекты безопасными для людей, которые их обрабатывают. К таким объек-

там относятся загрязненные кровью или другими жидкостями организма предметы с большими поверхности (например, операционный стол или гинекологическое кресло), инструменты и перчатки.

- **Очистка** – это процесс физического удаления всей видимой крови, других жидкостей организма, тканей или чужеродных материалов, таких как пыль и грязь с кожи, слизистых оболочек или неживых объектов.
- **Дезинфекция** – это процесс, который уничтожает находящиеся на неживых объектах бактерии, вирусы, грибки и паразиты (не надежен для уничтожения бактериальных эндоспор). В течение последних лет процедура дезинфекции была пересмотрена, с целью обеспечения эффективности против вирусов, таких как ВИЧ и гепатит «В». В настоящеее время, этот пересмотренный уровень дезинфекции, названный «**Дезинфекцией высокого уровня**» **(ДВУ)**, считается единственно приемлемым, и только он рекомендован в данном Руководстве.
- **Стерилизация** – это процесс, который полностью уничтожает на неживых объектах все микроорганизмы, включая бактериальные эндоспоры.

3 Антисептика

Антисептика представляет собой обработку кожи или слизистых оболочек антисептическим веществом перед проведением процедуры, с целью удаления или уничтожения как можно большего количества микроорганизмов. При этом, необходимо принять меры предосторожности, чтоб не вызвать раздражение или повреждение кожи или слизистых оболочек.

3.1 Показания

- Обработка кожи для производства таких процедур, как минилапоротомия, лапороскопия, вазектомия, введение и удаление имплантов типа Норплант, а также инъекций.
- Обработка шейки матки и влагалища для введения и удаления ВМС, а также для введения маточного подъемника при проведении хирургической стерилизации.
- Мытье рук щеткой перед надеванием перчаток для проведения хирургических процедур, таких как минилапоротомия, или вазектомия.

3.2 Выбор антисептического средства

Антисептики используются для обработки кожи или слизистых оболочек, в отличие от дезинфицирующих средств, которые используются

для обработки неживых объектов, так как являются более концентрированными и сильнодействующими растворами. Антисептические средства никогда не следует использовать для дезинфекции неживых объектов, таких как инструменты и перчатки для повторного использования. Никогда не следует оставлять для замачивания в растворе антисептика медицинские инструменты, такие как щипцы, подъемники, хирургические щетки, ножницы или иглы для наложения швов.

Безопасными и легко доступными растворами антисептиков считаются следующие:

- Центримониум/центримид в 70% этиловом спирте (Цетавелон)[1].
- Цетримид и хлоргексидина глюконат различных концентраций (например, Савлон).
- 4% хлоргексидина глюконат (например, Гибитан, Гибискраб).
- Парахлорометаксинол (ПХМК или хлороксиленол) различных концентраций от 0,5% до 3,75% (например, Деттол).
- Гексахлорофин 3% (например,pHisoHex).
- Настойка и водные растворы йода 2%-3% (например, раствор Люголя).
- Йодофорс, в различных концентрациях 0,5%-10% (например, Бетадин).
- Этиловый (60%-90%), изопропиловый или метиллированный спирт.
- Перекись водорода 3%.
- Производные акридина (акрифлавин и профлавин)

Ниже перечислены растворы, которых следует избегать:

- Бензалкониум хлорид (Зефиран), который имеет многочисленные и выраженные недостатки:
  - Для уничтожения ВИЧ требуется по крайней мере 10 минут.
  - Неоднократно доказано, что он не уничтожает синегнойную палочку и другие распространенные бактерии.
  - Он легко инактивируется марлей и другими органическими материалами и несовместим с мылом.
- Производные ртути или другие ртутьсодержащие соединения. Несмотря на то, что они часто продаются в качестве антисептических средств, использование ртутьсодержащих химикатов не рекомендуется из-за их высокой токсичности.
  - При воздействии небольшого количества ртути, на коже образуются пузыри и возникают контактные дерматиты.

[1] Спирт содержащие растворы (такие как этиловый спирт, настойка йода, метиловый спирт, и т.п) нельзя использовать для обработки слизистых мембран, например влагалища.

- Вдыхание или всасывание небольшого количества ртути оказывает воздействие на центральную нервную систему (оцепенение, искажение речи, тугоухость), а высокие концентрации ртути (200мг) являются смертельными.

3.3 Приготовление, хранение и распределение антисептиков

Антисептики коммерчески доступны, как в виде концентратов для приготовления растворов, так и в виде растворов, готовых к употреблению. Очень важно правильно хранить антисептические растворы, чтобы предупредить их загрязнение. Антисептические растворы часто загрязняются грам-отрицательными бактериями и всеми видами эндоспор. Очень редко наблюдается их загрязнение стафилококками. Последствием использования для мытья рук, обработки кожи или слизистых оболочек таких загрязненных растворов может быть инфицирование. Для предупреждения загрязнения антисептических растворов нужно придерживаться следующих рекомендаций:

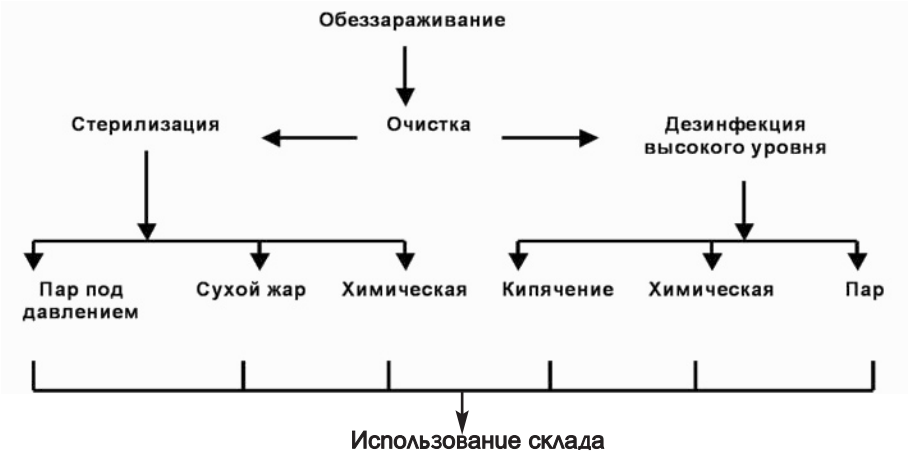
Если антисептик коммерчески не поставляется в малых количествах, то его лучше разливать в небольшие емкости для каждодневного использования. Это предупредит попадание пыли и загрязнение, которое происходит при слишком частом открывании больших емкостей.

- Целесообразно составить график приготовления растворов и обработки емкостей для повторного использования (например, еженедельный). Риск загрязнения растворов повышается после прошествия одной недели с момента их приготовления.
- Не следует хранить марлевые или ватные шарики в растворе антисептика, так как это способствует загрязнению растворов.
- Перед тем, как повторно заполнить емкости раствором антисептика, тщательно промойте их с мылом и высушите. При каждом повторном мытье, высушивании и наполнении емкостей растворами антисептика, маркируйте их и запишите дату.
- Храните антисептики в прохладном и темном месте. Никогда не храните антисептики под прямыми солнечными лучами или в теплом месте (например, на верхних полках в зданиях с оловянной кровлей).
- Используйте антисептический раствор только после отливания из емкости, в которой он содержится. Прикосновение к краю емкости марлевым или ватным шариком или рукой загрязнит всю емкость с антисептиком.

4 Процедура обработки оборудования и инструментов

Процедура обработки включает: обеззараживание, очистку, дезинфекцию высокого уровня и стерилизацию.

Рисунок 15.1 Этапы обработки:



Источник: Engender Health, 2001. Infection Prevention: A Reference Booklet for Health Care Providers, New York (использовано с разрешения авторов).

4.1 Обеззараживание

Обеззараживание является важной составной частью предварительной обработки инструментов и других объектов, которые могут быть загрязнены биологическими жидкостями и, следовательно, представлять опасность для персонала, который их обрабатывает. Однако, нужно понимать, что химические дезинфицирующие средства не обладают 100% надежностью в плане проникновения в кровь, слизь и т.п., находящихся на непромытых предметах. Поэтому, во время очистки инструментов и других предметов, нужно придерживаться строгих мер предосторожности, в том числе использования перчаток даже после обеззараживания (смотри раздел 4.2). Во время проведения обеззараживания, рекомендуется надевать резиновые (хозяйственные) перчатки. Нужно всегда использовать контейнеры из пластика, так как металлические контейнеры ускоряют коррозию инструментов из нержавеющей стали с электролитическим покрытием.

Обеззараживание использованных инструментов и других предметов

- Приготовьте чистое пластмассовое ведро, содержащее 0,5% раствор хлора перед началом каждой манипуляции или чаще, если дезинфицирующий раствор загрязнился.
- После окончания каждой процедуры немедленно погрузите использованные предметы в 0,5% раствор хлора на 10 минут. Не откладывайте обеззараживание на слишком длительное время, так как органические материалы высыхают и их будет трудно удалить.
- Помните, что замачивание инстументов на длительное время (или в растворе с высокой концентрацией хлора) может вызвать их повреждение. Промойте инструменты холодной водой сразу же после обеззараживания для предупреждения коррозии и удаления органических материалов большего объема перед процедурой очистки.

В клиниках, где в течение дня осуществляются многочисленные процедуры, не очень целесообразно проводить обеззараживание инструментов после каждой процедуры. В таких ситуациях можно следовать альтернативной технике обеззараживания:

- Налейте в пластиковое ведро такое количество воды, которое требуется для приготовления 0,5% раствора хлора. Например, когда для приготовления раствора хлора используется отбеливатель и требуется одна часть отбеливателя и 6 частей воды, значит нужно налить в ёмкость соответственно 6 частей воды.
- Немедленно после окончания процедуры поместите использованные инструменты в ведро с водой, проследив, чтобы они были полностью покрыты водой. После того как только в ведро будет помещено и покрыто водой максимальное количество использованных интрументов (или же в конце рабочего дня, в зависимости от того, что произойдет первым), налейте в ведро необходимое для приготовления 0,5% раствора количество хлора и перемешайте. Удостовертесь в том, что ведро, содержащее воду не переполнено инструментами, чтоб в случае необходимости добавления раствора хлора, не произошло переливание жидкости через край.
- Выдержите инструменты в растворе хлора 10 минут и затем немедленно промойте их холодной водой.

Обеззараживание больших поверхностей

Производите обеззараживание больших поверхностей (например, поверхности стола для обследования) путем протирания их 0.5% раствором хлора.

Приготовление раствора хлора

Раствор хлора может быть приготовлен из жидкого бытового отбеливателя (натрий гипохлорит) (смотри таблицу 15.1) или других соединений хлора, выпускаемых в виде порошка (кальций гипохлорит или хлорная известь) или таблеток (натрий дихлоризоциануратт). Всемирная Организация Здравоохранения рекомендует, чтобы раствор хлора менялся ежедневно или, при необходимости, чаще, так как он со временем или при воздействии света быстро теряет свою способность обеззараживать.

Приготовление раствора хлора из отбеливающего порошка:

Для приготовления раствора хлора используйте следующую формулу:

$$\frac{\text{\% желаемого раствора хлора}}{\text{\% хлора в порошке}} \times 1000 = \text{граммы порошка отбеливателя на 1 литр воды}$$

Примеры:

1) Приготовление 0,5% раствора хлора из порошка кальция гипохлорита (отбеливатель), который содержит 35% свободного хлора:

$$\frac{0.5}{35} \times 1000 = 0.0143 \times 1000 = 14.3$$

Следовательно, нужно растворить 14,3 грамма кальция гипохлорита в 1 литре воды.

2) Приготовление 0,1% раствора хлора из порошка кальция гипохлорита (отбеливатель), который содержит 35% свободного хлора:

$$\frac{0.1}{35} \times 1000 = 0.0029 \times 1000 = 2.9$$

Следовательно, нужно растворить 2,9 грамма кальция гипохлорита в 1 литре воды.

Приготовление раствора хлора из жидкого отбеливателя: Для приготовления раствора хлора путем разбавления жидкого отбеливателя, используйте следующую формулу для определения количества воды, необходимого для каждой части концентрированного раствора хлора (жидкий отбеливатель):

$$\frac{\text{\% хлора в концентрате}}{\text{\% желаемого раствора хлора}} - 1 = \text{количество частей воды, необходимое для каждой части концентрированного раствора}$$

Пример:

Приготовление 0,5% раствора хлора из 3,5% концентрата

$$\frac{3.5}{0.5} - 1 = 7 - 1 = 6$$

Итак, добавьте 6 частей воды к 1 части концентрированного раствора хлора (смотри таблицу 15.1)

Таблица 15.1 – Как приготовить 0,5% раствор хлора из жидкого отбеливателя (натрий гипохлорит)

Пример марки отбе-ли-вателя Страна производи-тель	% хлора	0,5% раствор
ACE – Турция Eau de Javel – Франция (15° хлорум)[1]	5	1 часть отбеливателя на 9 частей воды
Lejia – Перу	10	1 часть отбеливателя на 19 частей воды
JIK- Кения Robin Bleach – Непал	3.5	1 часть отбеливателя на 6 частей воды
Blanqueador Cloro – Мексика	6	1 часть отбеливателя на 11 частей воды
Lavandina – Боливия	8	1 часть отбеливателя на 15 частей воды
Extrait de Javel – Франция (48° хлорум)	15	1 часть отбеливателя на 29 частей воды

[1] Там, где концентрация активного хлора выражена в хлоруме, переведите в проценты следующим образом: 1° хлорума приблизительно соответствует 0,3% активного хлора, поэтому умножьте уровень хлорума на 0,3 для получения % активного хлора

4.2 Очистка

Очистка инструментов и других предметов перед процедурами стерилизации и дезинфекции является решающей, потому что она удаляет остатки органических материалов, которые могут:

- Сохранить в себе микроорганизмы и защитить их от стерилизации или дезинфекции;
- Частично дезактивировать дезинфицирующие и стерилизующие химикаты, снижая их эффективность.

Как проводить очистку

Проводите очистку инструментов и больших поверхностей водой и

моющим средством. Использование только воды без моющего средства является неэффективным при удалении белков, масел и жиров. Используете жидкое или порошкообразное моющее средство, которое легко растворяется в воде. Не используйте мыло или моющее средство, содержащее мыло, так как в нём содержатся жирные кислоты, которые реагируют с минеральными веществами жесткой воды и образуют осадок, который трудно отмывается. Не используйте также шлифующие средства (Vim или Comet), так как они при трении могут повредить инструменты.

- Наденьте резиновые (хозяйственные) перчатки и, если возможно, защитные очки.
- Промойте инструменты водой и моющим средством, используя щетку. Это следует производить под водой, для предупреждения разбрызгивания, во время которого может произойти перенос инфицированных материалов через воздух. Будьте особенно внимательны при очистке инструментов, имеющих зубцы, соединения и винты.
- Тщательно промойте водой остатки моющего средства, которое может оказать воздействие на процессы химической дезинфекции и стерилизации.
- Высушите инструменты на воздухе или с помощью чистого полотенца. (остатки воды на влажных инструментах разбавляют химические средства, используемые при дальнейшей стерилизации или дезинфекции). Однако, при намерении кипятить инструменты, их высушивание не является необходимым.

4.3 Дезинфекция высокого уровня

Правильно выполненная дезинфекция высокого уровня (ДВУ) уничтожает бактерии, вирусы, грибки и паразиты. Соприкосновение подвергнутых ДВУ объектов с поврежденной кожей и неповрежденными слизистыми оболочками становится безопасным, однако ДВУ не надежна в отношении уничтожения эндоспор. Методом предпочтения при обработке предметов, которые должны быть в контакте с кровоточащими или подкожными тканями, является стерилизация. Тем не менее, если провести стерилизацию не представляется возможным, то только ДВУ является приемлемой альтернативой. ДВУ может быть достигнута при использовании двух техник: кипячения и химической (холодной) дезинфекции.

Кипячение

- Проведите обеззараживание, очистку и высушивание всех предметов, которые должны быть продезинфицированы (смотри разделы 4.1 и 4.2).

- Используйте кастрюлю с крышкой или стерилизатор для кипячения инструментов.
- Погрузите все инструменты в воду таким образом, чтобы они были покрыты водой полностью. Расстегните сомкнутые инструменты, такие как зажимы и ножницы. Разберите инструменты на составные части. Убедитесь, что все лотки и ёмкости заполнены водой. Лотки не следует погружать верхней частью вниз, так как в этом случае воздух, который собирается под лотком, будет препятствовать достижению температуры, которая убивает микроорганизмы.
- Закройте крышку и включите нагревательный прибор.
- Кипятите минимум 20 минут; начинайте отсчет времени, когда при кипении вода начинает бурлить.
- Снизьте уровень нагревания, так чтоб поддерживать только бурлящее кипение воды. Слишком сильное кипение бесполезно расходует топливо или энергию, а испарение воды может испортить инструменты.
- После начала отсчета времени не добавляйте ничего в стерилизатор, в том числе дополнительное количество воды.
- Сразу после окончания кипячения извлеките инструменты стерильными или продезинфицированными щипцами. Инструменты высохнут быстрее на воздухе, когда они вынимаются из горячей воды и, когда они всё ещё горячие. После прекращения кипения воды не оставляйте инструменты в стерилизаторе с открытой крышкой, потому что при остывании воды происходит конденсация паров, во время которой воздух и частицы пыли втягиваются в контейнер и могут загрязнить инструменты. Извлеченные инструменты поместите в прокипяченную кастрюлю или положите на прокипяченный лоток.
- При производстве таких процедур, как мужская и женская стерилизация, введение и извлечение имплантов, а также введение ВМС, можно использовать остывшие, но еще влажные инструменты, или же инструменты, которые были высушены на воздухе и хранились в закрытой продезинфицированной ёмкости не более 24 часов.
- Для осуществления влагалищного исследования нет необходимости в стерилизации и дезинфекции инструментов непосредственно перед процедурой. Однако, эти инструменты должны быть подвергнуты стерилизации или продезинфицированы перед каждым отдельным случаем. После этого, инструменты нужно хранить и содержать в условиях, которые обеспечат их чистоту; соблюдение стерильности или дезинфицированности необязательно. Перед тем, как положить инструменты на хранение, надо их высушить на воздухе или чистым полотенцем, предназначенным только для этой цели. Полотенце надо менять ежедневно, а при необходимости, и чаще.

Не нужно менять воду в течение дня, достаточно добавить небольшое количество воды, так, чтобы она покрывала дезинфицирующиеся инструменты по крайней мере на 2 см. Частое выливание и смена воды повышает риск минеральных отложений.

Химическая дезинфекция

Выбор дезинфицирующего средства:

- 2% глютаральдегид (например, Сайдекс);
- 8% формальдегид;
- 0,1% раствор хлора (для разведения следует использовать кипяченную воду).

Несмотря на то, что спирты и йодофоры являются недорогими и всегда доступны, их использовать в качестве дезинфицирующих средств не рекомендуется. Спирты не уничтожают некоторые вирусы и споры, а синегнойная палочка, как стало известно, размножается в йодофорах. Перекись водорода (6%) является высокоэффективным дезинфицирующим средством, но быстро вызывает коррозию, а при воздействии тепла и света теряет дезинфицирующие свойства.

Меры предосторожности

При использовании нижеперечисленных средств необходимо предпринимать меры предосторожности:

- *Формальдегид:* не разбавляйте его хлорной водой, так как может образоваться канцероген (бисхлорометиловый эфир).
- *Формальдегид или глютаральдегид:* пары этих двух химикатов ядовиты и вызывают раздражение кожи, глаз и дыхательных путей. Всегда надевайте перчатки при их использовании и работайте с ними в хорошо вентилируемом помещении. Формальдегид более токсичен.
- *Растворы хлора:* эти растворы могут разъедать металл. Для избежания коррозии инструментов, после извлечения из раствора их нужно быстро промыть водой.

Процедуры

- Наденьте толстые хозяйственные перчатки.
- Проведите обеззараживание, очистку и высушивание всех предметов, подлежащих дезинфекции (смотри разделы 4.1 и 4.2).
- Используйте чистые контейнеры с крышкой. Раздвиньте сомкнутые инструменты, такие как зажимы и ножницы. Разберите на части инструменты, имеющие несколько составляющих. Залейте все предметы дезинфицирующим раствором, так, чтоб они были покрыты им полностью.
- Замочите инструменты в глютаральдегиде, формальдегиде или в 0,1% раствора хлора на 20 минут.

- Извлеките инструменты продезинфицированными щипцами или перчатками.
- Хорошо промойте стерильной или прокипяченной водой.
- При производстве таких процедур, как мужская и женская стерилизация, введение и извлечение имплантов, а также введение ВМС, можно использовать остывшие, но еще влажные инструменты, или же инструменты, которые были высушены на воздухе и хранились в закрытой продезинфицированной ёмкости не более 24 часов.
- Для осуществления влагалищного исследования нет необходимости в стерилизации и дезинфекции инструментов непосредственно перед процедурой. Однако, эти инструменты должны быть подвергнуты стерилизации или продезинфицированы перед каждым отдельным случаем. После этого, инструменты нужно хранить и содержать в условиях, которые обеспечат их чистоту; соблюдение стерильности или дезинфицированности необязательно. Перед тем, как положить инструменты на хранение, надо их высушить на воздухе или чистым полотенцем, предназначенным только для этой цели. Полотенце надо менять ежедневно, а при необходимости, и чаще.

Следует избегать использования химических средств для дезинфекции игл и шприцов, потому что их трудно бывает промыть, а остатки химических средств могут вступить в взаимодействие с вводимыми путем инъекции медикаментами.

Приготовление и хранение растворов

- Формальдегид в торговой сети доступен в виде 35%-40% раствора. Одну часть этого раствора следует разбавить в 4 частях кипяченной воды для получения раствора, концентрация формальдегида в котором будет около 8%. Не разбавляйте формальдегид хлорной водой, так как может образоваться канцероген (бисхлорометиловый эфир).
- Глютаральдегид выпускается в виде 2% водного раствора, который обычно нуждается в “активации” перед использованием. Процесс активации, во время которого происходит ощелачивание раствора, проводится путем дополнения в раствор специального порошка или жидкости, которые поставляются вместе с раствором. Это нужно делать согласно инструкции производителя.
- Инструкции по приготовлению раствора хлора приведены в разделе 4.1

Ежедневно меняйте раствор хлора, а растворы формальдегида и глютаральдегида через каждые 2 недели. Это можно делать и чаще, если растворы становятся мутными или менее концентрированными.

4.4 Стерилизация.

Процесс стерилизации обеспечивает разрушение всех микроорганизмов, включая бактериальные эндоспоры. Стерилизация проводится путем нагревания до высокой температуры (паром под высоким давлением или сухим теплом) или же при использовании химических средств («холодная стерилизация»).

В некоторых странах практикуется другая технология - газовая стерилизация при помощи окиси этилена (ОЭТ). Но ОЭТ оказывает вредные воздействия на организм человека. Он токсичен, обладает мутагенными и, возможно, канцерогененными свойствами, огнеопасен и взрывоопасен. Кроме того, метод газовой стерилизации дорогой и редко используется в программах по репродуктивному здоровью и планированию семьи.

Недавно запатентованы новые технологии стерилизации с использованием параформальдегида. При сухом нагревании в закрытом помещении, предусмотренном для стерилизации или дезинфекции предметов, параформальдегид переходит в парообразное состояние. Этот метод использован для стерилизации лапароскопов. Однако, газ параформальдегид очень токсичен и при нагревании быстро распространяется по всему помещению, что затрудняет обеспечение условий безопасности в медицинском учреждении. Поэтому этот метод не рекомендуется для использования.

Стерилизация паром (автоклавирование)

В клиниках репродуктивного здоровья и планирования семьи, а также во многих других медицинских учреждениях, для стерилизации инструментов и других предметов обычно отдается предпочтение стерилизации насыщенным паром под высоким давлением. Для осуществления стерилизации паром необходимо обеспечить следующие условия:

- адекватный контакт пара со всеми поверхностями предметов, которые подвергаются стерилизации;
- достаточно высокую температуру;
- четкое соблюдение требуемого времени воздействия.

Обычно используются два типа паровых стерилизаторов: тяжелый стационарный автоклав и пре-вакуумный автоклав.

- *Тяжелый стационарный автоклав.* В этом типе автоклавов вода, находящаяся в нижней части стерилизатора нагревается и превращается в пар. Образующийся пар заполняет всё пространство автоклава и вытесняет оттуда прохладный воздух. Для полной стерилизации очень важно вытеснить весь воздух из автоклава. Есть стерилизаторы, создающие пар высокого давления, которые могут работать на

керосине или электрической плите. Этот способ использовался при осуществлении программ иммунизации, но в последующем был видоизменен с целью стерилизации инструментов, необходимых для вмешательств по методам планирования семьи, таких как введение ВМС, введение и извлечение имплантов.

- *Пре-вакумный автоклав.* В этом типе автоклава используется система вакуумного насоса для быстрого удаления воздуха из автоклава перед тем, как он должен заполниться паром. Это снижает продолжительность процесса и возможность образования воздушных карманов. Пре-вакуумные стерилизаторы более дорогие, их сложнее использовать и обслуживать. Эти стерилизаторы обычно используются в больших клиниках.

Клиники репродуктивного здоровья и планирования семьи обычно используют стационарные автоклавы. Нижеописанные инструкции приемлемы только для стационарных автоклавов.

Подготовка предметов

Для обеспечения бесперебойной работы автоклава, пользуйтесь специфическими инструкциями его производителя.

- Проведите обеззараживание, очистку и высушивание всех предметов, подлежащих стерилизации.
- Заверните острые края и кончики игл в марлю. Раздвиньте и оставьте в открытом положении такие инструменты, как ножницы, гемостатические и артериальные зажимы. Разберите на части инструменты, имеющие несколько составляющих.
- Не связывайте инструменты резинкой или другим способом, поскольку это будет препятствовать контакту пара со всеми поверхностями инструментов.

Обертывание

Инструменты и другие предметы могут подвергаться стерилизации как в обернутом виде, так и без обёртывания. Если инструменты обёрнуты:

- Перед автоклавированием заверните чистые инструменты и другие предметы в хлопчатобумажную или муслиновую ткань двойной плотности (140 нитей), оберточную бумагу или газету.
- Упаковочный материал для стерилизации должен обладать следующими качествами:
  - Быть достаточно большим, чтобы полностью покрыть предметы;
  - Быть удобным для обертывания, чтобы обеспечить защиту содержимого пакета;
  - Быть неплотным, чтоб давать возможность выходу воздуха и про-

никновению пара;

- Позволять безопасное хранение и асептическое предоставление инструментов на место использования.

- Положите завернутые инструменты в лоток с отверстиями или в перфорированный поднос.
- Когда используется бикс для автоклавирования, убедитесь в том, что:
  - бикс не перегружен;
  - отверстия бикса открыты.

Загрузка

- Не перегружайте автоклав при загрузке. Оставьте достаточное пространство для эффективного передвижения воздуха, проникновения и выхода пара.
- Перед загрузкой удостоверьтесь, что все инструменты сухие.
- Не стерилизуйте салфетки и перчатки вместе с твердыми предметами. Они должны стерилизоваться отдельно. Если это невозможно, то поместите салфетки и/или перчатки на верхние полки, а твердые предметы на нижние. Это предохранит салфетки и перчатки от увлажнения из-за конденсата (влаги), который капает с твердых предметов.
- Равномерно разместите содержащиеся на подносе упакованные инструменты, чтобы облегчить процесс дренирования. Если поднос имеет отверстия в нижней части, положите его на полку плоской поверхностью вниз. Если же на дне подноса отверстий нет, поставьте его на бок.
- Поставьте на бок утварь, чашки и лотки.
- Для более эффективного вытеснения воздуха, проникновения и выхода пара поместите пакеты с салфетками таким образом, чтобы они лежали перпендикулярно к полке, а не лежали друг на друге.
- Не допускайте соприкосновения предметов со стенками автоклава. Там они могут вступить в контакт с конденсатом и увлажниться, или же загореться при сильном нагревании.
- Пользуйтесь стерилизуемыми корзинами для размещения мелких предметов на полках/ тележках стерилизатора.
- Набор инструментов не должен быть тяжелее 8 кг, а набор емкостей не должен превышать 3 кг. Для обеспечения проникновение пара, пакет салфеток не должен превышать размеры 30x30x50 см и не должен весить более 5 кг.

Температура стерилизации, давление и продолжительность.

- Стерилизуйте при температуре 121ºC (250ºF) и давлении 106 кРа.

Незавернутые предметы стерилизуйте в течение 20 минут, а завернутые – в течение 30 минут. При смешанной загрузке стерилизуйте 30 минут. Начинайте отсчет времени, когда будет достигнута нужная температура и давление.

- Когда время стерилизации закончится, выключите автоклав и откройте клапан для снижения давления. Подождите примерно 20-30 минут, до тех пор пока прибор не покажет давление, равное нулю. Это нужно для предупреждения неожиданного выхода пара во время открытия автоклава, что может привести к ранению работника, выполняющего процедуру.
- Сразу после того, как давление снизится до нуля, откройте дверцу автоклава на 12-14 см. При этом, стойте позади дверцы автоклава, чтобы предупредить ожог паром.

Если используется автоклав, создающий давление, доведите воду до кипения, используя электрический или керосиновый нагреватель, кипятите пока пар не начнет выходить из клапана давления. После этого уменьшайте уровень нагревания и доведите до уровня, поддерживающего выход пара из клапана давления. Убедитесь в том, что пар выходит только из клапана давления, а не из предохранительного клапана или из под краев крышки. Не допускайте сухого нагревания автоклава без воды.

Выгрузка.

- До выгрузки предметов подождите, пока они полностью не высохнут. Это может занять по крайней мере 30 минут после открытия дверцы автоклава. Влажные пакеты действуют как дренаж, притягивая бактерии, вирусы и грибки из окружающей среды. Завернутые инструменты считаются неприемлемыми для использования, если при выгрузке из автоклава на них обнаруживаются капельки воды или влажность наружной поверхности пакета.
- Не кладите подносы со стерильными предметами на холодную поверхность или друг на друга до их полного охлаждения, так как внизу или между ними может образоваться конденсат. Поставьте их на поверхность, обернутую мягкой бумагой или тканью.

Завернутые предметы можно хранить до 7 дней, при условии, что они находятся в сухом состоянии. Незавернутые предметы должны быть использованы или немедленно или в течение 7 дней, если они были помещены в стерильный контейнер с закрытой крышкой. Если же контейнер открывался хотя бы один раз, то инструменты должны быть использованы в течение 24 часов.

Сухожаровая стерилизация

Для проведения сухожаровой стерилизации рекомендуется использо-

вание коммерческого стерилизатора со встроенным вентилятором, но можно использовать и обычную домашнюю духовку, работающую на электричестве или горючем. Способ сухожаровой стерилизации идеален для многоразовых игл и шприцов, так как он не затупляет острые части и края, что нередко происходит при стерилизации в автоклаве. Этот метод удобен для использования при влажных климатических условиях, поскольку решает проблемы «влажных пакетов». Сухая стерилизация может быть методом выбора для металлических и стеклянных предметов, но ее не следует использовать для тканей, материалов из пластика и резины, так как эти предметы могут загореться или расплавиться.

- Проведите обеззараживание, очистку и высушивание всех предметов, подлежащих стерилизации.
- Заверните инструменты в хлопчатобумажную ткань или алюминиевую фольгу, если в этом есть необходимость. При использовании ткани позаботьтесь о том, чтобы температура в печи не превышала 204ºC (399ºF). Если контролировать температуру не представляется возможным, не используйте ткань.
- Стерилизуйте при температуре 170ºC (340ºF) в течение 1 часа. Начинайте отсчет времени с того момента, когда температура в печи достигнет 170ºC. Полное время одного цикла стерилизации составляет 2-2,5 часа, которое включает время, необходимое для загрузки инструментов в печь, примерно 1 час времени после нагревания до температуры 170º C и время, необходимое для остывания инструментов.
- Если проводится стерилизация игл или других режущих инструментов, стерилизуйте при температуре 160ºC (320º F) в течение 2 часов (полное время одного цикла стерилизации 3-3,5 часа), так как более высокая температура постепенно затупляет острые края.
- Извлекайте пакеты только после того, как они остынут и храните их не более 7 дней в закрытом стерильном контейнере. Незавернутые предметы должны извлекаться стерильными щипцами и использоваться сразу после стерилизации. Если они будут помещены в закрытый стерильный контейнер, то их можно использовать в течение 7 дней. Если контейнер открывался хотя бы один раз, инструменты можно использовать только в течение 24 часов.

Химическая стерилизация

Химическая стерилизация называется также «холодной стерилизацией». Для химической стерилизации используются такие дезинфицирующие средства, как 2% глютаральдегид и 8% формальдегид. При этом эндоспоры погибают, только если инструменты замачиваются на дли-

тельный промежуток времени (от 10 до 24 часов).

Меры предосторожности: пары обоих этих химических средств вызывают раздражение кожи, глаз и дыхательных путей. Формальдегид является более токсичным, хотя менее дорогим, чем глютаральдегид. Оба химических средства должны использоваться в хорошо проветриваемом помещении.

Показания

- Когда нет возможности провести стерилизацию паром или сухожаровую обработку.
- Когда обработка паром или сухожаровая обработка могут повредить инструменты (например, лапароскоп)

Процедуры

- Наденьте толстые хозяйственные перчатки.
- Проведите обеззараживание, очистку и высушивание всех предметов, подлежащих дезинфекции (смотри разделы 4.1 и 4.2).
- Используйте чистые контейнеры с крышкой. Раздвиньте сомкнутые инструменты, такие как зажимы и ножницы. Разберите на части инструменты, имеющие несколько составляющих. Залейте все предметы дезинфицирующим раствором, так, чтоб они были покрыты им полностью.
- Замочите инструменты в 2% растворе глютаральдегида, по крайней мере на 10 часов или в 8% формальдегиде на 24 часа.
- Извлеките инструменты продезинфицированными щипцами или перчатками.
- Хорошо промойте инструменты стерильной или прокипяченной водой, чтобы удалить остатки химических средств.
- При производстве таких процедур, как мужская и женская стерилизация, введение и извлечение имплантов, а также введение ВМС, можно использовать остывшие, но еще влажные инструменты, или же инструменты, которые были высушены на воздухе и хранились в закрытой продезинфицированной ёмкости не более 24 часов.
- Для осуществления влагалищного исследования нет необходимости в стерилизации и дезинфекции инструментов непосредственно перед процедурой. Однако, эти инструменты должны быть подвергнуты стерилизации или продезинфицированы перед каждым отдельным случаем. После этого, инструменты нужно хранить и содержать в условиях, которые обеспечат их чистоту; соблюдение стерильности или дезинфицированности необязательно. Перед тем, как положить инструменты на хранение, надо их высушить на воздухе или чистым полотенцем, предназначенным только для этой цели. Полотенце надо менять ежедневно, а при необходимости, и чаще.

5 Обработка индивидуальных предметов

5.1 Гинекологическое кресло или другие предметы с большой поверхностью

- Каждый день промывайте моющим средством и водой. Удостоверьтесь в том, что на них не осталось органических материалов.
- Всякий раз, когда на кресле остаются какие–либо капли биологических жидкостей организма, например крови, проводите обеззараживание и очистку путем протирания тканью, смоченной 0,5% раствором хлора, а затем промойте. Делайте это между осмотрами каждой клиентки.

5.2 Белье для хирургических процедур (колпаки, маски, халаты и костюмы)

- Наденьте перчатки перед тем, как взять грязное бельё.
- Проведите обеззараживание путем замачивания всех предметов в дезинфицирующем растворе (смотри раздел 4.1).
- Постирайте в моющем растворе и прополосните водой.
- Высушите на воздухе или центрифуге.

Для обработки масок и колпаков дополнительных действий не требуется.

- Проверьте целостность хирургических халатов и костюмов после того как они полностью высохнут. Если имеются дыры, следует починить белье перед следующим использованием или же выбросить.
- Заверните белье муслиновой тканью двойной плотности (140 нитей) или двойной оберточной или газетной бумагой. **Пакеты не должны превышать размеры 30x30x50 см и весить более 5 кг для того, чтобы пар свободно проникал внутрь.** Альтернативный вариант, белье может быть помещено в бикс автоклава в незавернутом виде.
- Стерилизуйте путем автоклавирования.
- Белье, завернутое в ткань или бумагу или бельё, подвергшее автоклавной обработке в биксе незавернутым, может храниться в течение 1 недели. Однако, если бикс, в котором находилось незавернутое белье, был хотя бы один раз открыт, оно должно быть использовано в течение 24 часов. Храните стерильное белье в сухом и чистом месте, где нет насекомых. Предпочтительнее хранить его в шкафу или контейнере. Для того, чтобы защитить белье, не храните его в местах, которые часто моются или около раковин.

Если бельё стало влажным или не было использовано в течение недели, его следует подвергнуть повторной обработке в автоклаве.

5.3 Перчатки (резиновые или пластиковые)

Для хирургических процедур

Лучше всего использовать стерильные перчатки для любой инвазивной процедуры (например, стерилизация или введение/удаление имплантов). Если нет стерильных перчаток, то перчатки прошедшие дезинфекцию высокого уровня являются единственной альтернативой.

Не используйте тальк при закладке перчаток для стерилизации или дезинфекции высокого уровня, так как крошечные гранулы порошка (талька) могут попасть в место разреза и вызвать фиброзную реакцию.

Для неинвазивных процедур

Для проведения неинвазивных процедур (например, для влагалищного осмотра или введения и удаления ВМС с использованием «бесконтактной» техники) не требуются стерильные или дезинфицированные перчатки. Можно использовать новые, нестерильные, одноразовые перчатки. Однако, **если такие перчатки используются повторно, то перед осмотром каждой клиентки их необходимо предварительно простерилизовать или подвергнуть дезинфекции высокого уровня для предупреждения перекрестной инфекции.** После стерилизации или дезинфекции высокого уровня перчатки нужно хранить в условиях, которые обеспечивают их чистоту; обеспечение стерильности или дезинфицированного состояния необязательно.

Обработка многоразовых перчаток

- Проведите обеззараживание перчаток путем замачивания их в 0,5% растворе хлора.
- Промойте водой с моющим средством.
- Прополосните чистой водой и проверьте на целостность. Наполните их водой и наблюдайте, нет ли протекания.

Стерилизация

Наиболее практичный способ стерилизации перчаток – это автоклавирование.

- Высушите перчатки с обеих сторон и отогните верхнюю часть так, чтобы стерильные перчатки могли быть надеты без загрязнения внешней стороны. Положите марлю внутрь каждой перчатки и под подогнутую часть, так чтоб во время стерилизации пар мог контактировать со всей поверхностью. Это предотвращает также склеивание перчаток между собой.
- Заверните перчатки в двойную ткань (140 нитей) или оберточную или газетную бумагу. Если используется бикс, то не загружайте слишком

много перчаток в него.

- Проведите стерилизацию паром в соответствии с инструкцией предоставленной в разделе 4.4.
- Не используйте перчатки в течение 24-48 часов после стерилизации, чтоб прошло время, необходимое для восстановления их эластичности.

Дезинфекция высокого уровня (ДВУ)

ДВУ может быть произведена путем кипячения.

- После кипячения, выньте перчатки продезинфицированными щипцами и встряхните их для удаления избытка воды. Никогда не оставляйте прокипяченные перчатки в воде. Поскольку вода остывает и пар конденсируется, воздух и частицы пыли могут втягиваться внутрь контейнера и загрязнять перчатки.
- Переложите перчатки в продезинфицированный контейнер. Накройте их и дайте им остыть перед использованием.
- Используйте продезинфицированные щипцы при извлечении перчаток из контейнера.
- Для инвазивных процедур используйте влажные перчатки сразу после стерилизации. Не храните их, поскольку трудно избежать их загрязнения во время высушивания.
- Перчатки, которые будут использоваться для неинвазивных процедур, не требуют сохранения стерильности. Их можно высушить чистым полотенцем, которое используется только для этой цели и меняется каждый день или чаще, если есть в этом необходимость. Эти перчатки могут храниться в чистом контейнере.

5.4 Инструменты для влагалищного исследования

Инструменты для влагалищного исследования не требуют стерилизации или дезинфекции непосредственно перед использованием. Эти инструменты, однако, должны быть подвергнуты стерилизации или дезинфекции перед исследованием каждой клиентки.

- Проведите обеззараживание и очистку (смотри раздел 4.1 и 4.2)
- Проведите стерилизацию или дезинфекцию (смотри раздел 4.3 и 4.4). Если использовалась дезинфекция, высушите инструменты перед тем, как положить их на хранение.
- Обращайтесь и храните инструменты в условиях, которые сохранят их чистыми, но необязательно стерильными или продезинфи-цированными.

5.5 Инструменты для женской и мужской стерилизации (за исключением лапароскопа), введения и извлечения имплантов и введения ВМС.

Проведите обеззараживание и очистку (смотри раздел 4.1 и 4.2).

- Рекомендуется проведение стерилизации (смотри раздел 4.4)
- Если невозможно произвести стерилизацию, дезинфекция высокого уровня путем кипячения или химическим способом является единственной приемлемой альтернативой (смотри раздел 4.3). Если инструменты были подвергнуты дезинфекции, используйте и их влажными сразу после того, как и они остыли. Если инструменты высушить на воздухе и хранить в закрытом контейнере, их можно использовать в течение 24 часов.

5.6 Эндоскопы (лапароскопы)

Проведите очистку эндоскопического оборудования сразу после их использования.

- Наденьте хозяйственные перчатки, разберите инструменты на отдельные части и поместите их в таз с чистой водой и мягким неабразивным моющим средством. Промойте все наружные поверхности мягкой хлопчатобумажной тканью. Промойте внутренние каналы щеткой для мытья, которая поставляется вместе с набором для лапароскопии.
- Промойте тщательно лапароскоп водой и удалите моющее средство, которое может помешать химической дезинфекции/стерилизации.
- Высушите лапароскоп на воздухе или чистым полотенцем (вода на мокрых инструментах разведет химическое средство для стерилизации или дезинфекции).

После процесса очистки лапароскоп можно подвергнуть химической дезинфекции или химической стерилизации. Если следующий случай лапароскопии проводится в тот же день или в ту же смену, используется ДВУ. В конце дня или после окончания работы рекомендуется проведение стерилизации.

- Химическая дезинфекция проводится путем замачивания на 20 минут в 2% растворе глютаральдегида или 8% растворе формальдегида.
- Стерилизация проводится путем замачивания на 10 часов в 2% растворе глютаральдегида или на 24 часа в 8% растворе формальдегида.

Если в конце дня невозможно произвести стерилизацию, проведите очистку лапароскопа и промойте внутренний канал спиртом для облегчения процесса просушивания канала. Оставьте его до следующего использования, перед которым проведите химическую дезинфекцию.

5.7 Иглы и шприцы

В идеале следует использовать одноразовые иглы и шприцы. Эти иглы и шприцы не должны подвергаться повторной обработке и использованию. Они должны быть правильным образом уничтожены после первого же использования (смотри раздел 8.5).

Однако, при осуществлении некоторых программ трудно поддерживать надежный запас одноразовых шприцов и игл и приходится употреблять иглы и шприцы многоразового употребления.

Обработка многоразовых шприцов и игл

- Наденьте хозяйственные перчатки.
- Проведите обеззараживание сразу после использования:
  - Разъедините шприцы и иглы и наполните их 0,5% раствором хлора и замочите их в этом растворе на 10 минут;
  - Промойте их чистой водой, трижды наполняя шприцы водой и выдавливая воду.
- Разъедините шприцы и иглы и промойте их моющим раствором, удаляя все частицы.
- Промойте водой.
- Перед стерилизацией просушите иглы и шприцы на воздухе, или высушите их полотенцем. Если планируется дезинфекция кипячением, высушивания не требуется.
- Проведите стерилизацию стеклянных шприцев сухим жаром или в же в автоклаве (смотри раздел 4.4).
- Если нет возможности для проведения стерилизации, проведите дезинфекцию путем кипячения (подробную информацию смотри в разделе 4.3).

5.8 Контейнеры для хранения инструментов

- Если контейнер загрязнен кровью или другими биологическими жидкостями, проведите обеззараживание путем замачивания на 10 минут в 0,5% растворе хлора. После обеззараживания сразу же прополосните водой.
- Промойте водой с моющим средством, удаляя все частицы.
- Проведите стерилизацию сухим жаром или в автоклаве, Или:
- Проведите дезинфекцию:
  - Прокипятите контейнер и крышку.
  - Если контейнер слишком большой, проведите химическую дезинфекцию, наполнив его 0,5% раствором хлора, и замочите его на 20 минут.

- Проводите повторную стерилизацию или дезинфекцию еженедельно, или раньше, при загрязнении или если в нем уже нет инструментов.

5.9 Вода

Дезинфекция высокого уровня (ДВУ)

Вода должна быть продезинфицирована путем кипячения. Лучше профильтровать воду перед кипячением, если она явно загрязнена. Кипяченная вода нужна для промывания предметов после химической дезинфекции высокого уровня (ДВУ).

6 Хранение стерильных и продезинфицированных предметов

Стерильные и продезинфицированные инструменты и материалы следует хранить в закрытом шкафу или закрытых контейнерах для защиты от сырости, пыли и мусора. Место хранения должно быть легко доступно, но оно должно находится подальше от загрязненных материалов и в месте, недоступном для посторонних людей, не имеющих отношения к подготовке или хранению оборудования и материалов. Это место должно быть вне зоны, где проводится обеззараживание, очистка и подготовка для стерилизации и дезинфекции.

- Поместите пакеты на хранение, когда их температура достигнет комнатного уровня (обычно это занимает около 1 часа)
- Не кладите теплые пакеты на пыльную пластиковую поверхность, так как до открытия пакетов в них накопится и сохранится влажность.
- Если пакеты упали, разорвались или стали влажными, считайте, что они загрязнены.
- Промаркируйте пакеты и контейнеры, используемые для хранения стерильных или продезинфицированных предметов, отметив дату, когда заканчивается срок хранения. Напишите на них список предметов и имя того, кто проводил стерилизацию или дезинфекцию материалов. Пакеты и стерильные контейнеры (биксы) можно хранить не более 1 недели (после этого нужно их снова простерилизовать или отдезинфицировать).
- Не храните пакеты и контейнеры (биксы) со стерильными предметами на полу.
- Если предметы не были использованы в течение недели, проведите их повторную обработку. Намочите белье, подвергаемое повторному автоклавированию, чтоб восстановить его влажность. Высушенные нити тканей обладают меньшей способностью формирования барье-

ра для микроорганизмов.

- Если стерильные и продезинфицированные предметы отпускаются в отделения для обслуживания клиентов крупных медицинских учреждений в централизованном порядке, или переносятся из одного отделения в другое, или же используются в передвижных клиниках, их надо тщательно укрыть во время транспортировки.
- Освободите все транспортированные предметы из картонной упаковки, прежде чем положить их на хранение с другими стерильными материалами или перенести в процедурный кабинет. Картонные коробки содержат пыль и обрывки бумаги, они также могут быть убежищем для насекомых.
- Все неупакованные предметы нужно использовать немедленно. Можно также положить их в стерильный контейнер, подвергнутый ДВУ и использовать их в течение одной недели. Однако, если контейнер хотя бы один раз был открыт, все находящиеся в нем предметы должны быть использованы в течение 24 часов или пройти повторную стерилизацию или ДВУ.

7 Предосторожность во время проведения процедур

7.1 Мытье рук

Только одно мытье рук может оказаться наиболее важной процедурой для предупреждения переноса инфекции.

Показания

- До и после осмотра клиента, особенно если имеет место контакт со слизистыми оболочками.
- Перед надеванием стерильных или прошедших дезинфекцию высокого уровня хирургических перчаток (мытье рук щеткой).
- После снятия перчаток, так как на них могут быть невидимые отверстия или повреждения.
- После завершения работы с зараженными предметами, например, с использованными (загрязненными) инструментами (несмотря на то, что должны были использоваться перчатки).
- После случайного контакта с кровью или другими биологическими жидкостями организма (например, при сборе материала для лабораторного анализа).

Несмотря на то, что мытье рук между процедурами не считается обязательным, медицинский персонал, проводящий инъекции, должен

держать руки в чистоте.

Обеспечьте наличие нижеперечисленных условий:

- *Мыло:* для обычного мытья рук используйте простое мыло. Если употребляется штучное мыло, лучше, чтоб оно было в мелких кусках. Мыльница должна быть со стоком для воды, так как микроорганизмы размножаются в сырости и стоячей воды.
- *Чистая проточная вода:* если нет доступа к проточной воде, используйте ёмкость с пробкой или ведро с кувшином. Если имеющаяся вода загрязнена, профильтруйте её через ткань и/или прокипятите.
- *Водосточная труба:* если нет канализации, соберите использованную воду в емкость и вылейте её в туалет.
- *Чистые и высушенные полотенца.*

Для мытья рук щеткой требуется наличие следующих предметов:

- Стерильное полотенце.
- Палочка или щетка для чистки ногтей.
- Мягкая щетка или губка для мытья кожи.
- Антисептическое мыло.

Техника

Для проведения нехирургических процедур (например, осмотр, влагалищное исследование и введение/удаление ВМС):

- Быстро вымойте руки обычным мылом в течение 15-30 секунд; затем смойте мыло под струей воды. Высушите руки чистым полотенцем или на воздухе. Если полотенце находится в общем употреблении, оно легко загрязняется.

*Для проведения хирургических процедур (*например, лапароскопия, минилапаротомия, вазектомия и введение и удаление имплантов):

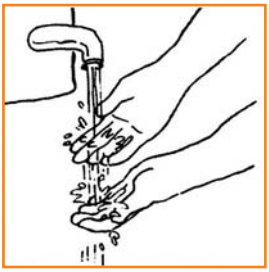
- Снимите все ювелирные изделия, включая наручные часы
- Вымойте руки антисептическим мылом в течение 3-5 минут:
  - Почистите ногти с помощью палочки или щетки.
  - Мойте руки мягкой щеткой или губкой. Начните с ногтей, промойте межпальцевые промежутки и двигайтесь по направлению к локтю.
  - Повторите то же самое для второй руки.
- Сполосните водой каждую руку отдельно, начиная с кончиков пальцев, держа руки выше уровня локтя для предупреждения стекания воды с локтя на руки.
- Высушите руки стерильным полотенцем.
- После того, как мытьё рук завершено, держите руки вверх выше уровня запястья.

- Повторно вымойте руки, если перед тем, как надеть перчатки случайно дотронулись до нестерильных предметов. Если это произошло после того, как надеты перчатки, достаточно их сменить.

Если антисептическое мыло недоступно, то вымойте руки обычным мылом и водой, а затем, в течение 2 минут, протрите их спиртовым раствором, содержащим смягчающее средство. Для достижения антисептического эффекта, подождите, пока спирт не испариться. Эта процедура показана для медицинских работников, имеющих аллергию на антисептические или моющие средства.

Раствор можно приготовить путем добавления к 100 мл 60-90% спирта 2 мл глицерина, или пропилен гликоля, или сорбитола.

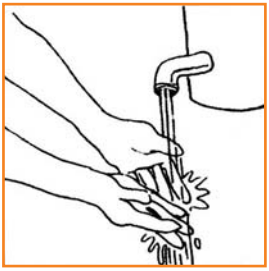
Рисунок 15.2 Этапы мытья рук для нехирургических процедур



Смочите руки под проточной водой

Тщательно протрите руки мылом до образования мыльной пены. Удостоверьтесь, что обе руки полностью намылены.

Крепко сплетите между собой все пальцы и проделывайте скользящие движения вперед и назад в течение 15-30 секунд, а при видимом загрязнении и дольше.



Сполосните руки под проточной водой, пока не смоете всё мыло.

Высушите руки чистым полотенцем или подождите пока они высохнут на воздухе.

Источник: Engender Health, 2001. Infection Prevention: A Reference Booklet for Health Care Providers, New York (использовано с разрешения авторов).

7.2 Надевание перчаток

Весь персонал должен надевать перчатки перед контактом с кровью и биологическими жидкостями организма, а также при уходе за клиентами или при работе с загрязненным оборудованием или материалами.

Перчатки бывают изготовлены из латекса или синтетического материала, такого как винил. Перчатки из винила менее прочные их легче повредить, чем перчатки из латекса, но они являются приемлемой альтернативой для неинвазивных процедур, когда нет перчаток из латекса.

Показания

Стерильные перчатки: Стерильные перчатки предпочтительно использовать для хирургических процедур.

Продезинфицированные перчатки: Если нет стерильных перчаток, для хирургических процедур могут быть использованы продезинфицированные перчатки во влажном состоянии.

Нестерильные перчатки: Чистые нестерильные перчатки могут быть использованы для нехирургических процедур, таких как:

- Введение ВМС (при использовании бесконтактной техники введения ВМС).
- Удаление ВМС.
- Влагалищное исследование.

Для вышеперечисленных процедур можно использовать нестерильные одноразовые или многоразовые перчатки. Если используются многоразовые перчатки, то для предупреждения перекрестного инфицирования от одного клиента к другому их необходимо простерилизовать/дезинфицировать после каждого использования. После стерилизации/дезинфекции перчаток, их надо хранить в чистоте; нет необходимости в сохранении стерильности или дезинфицированности до момента использования.

Для более подробной информации о процедурах дезинфекции и стерилизации смотрите раздел 4.3 и 4.4.

Хозяйственные перчатки.

Перчатки из плотной резины специально созданы для сохранения прочности при частом и грубом использовании. Они обычно недорогие и часто используются в домашнем хозяйстве.

Показания

- Обращение с использованными инструментами (например, во время обеззараживания, транспортировки и очистки).
- Уборка пролитой крови или других жидкостей организма.
- Обращение с отходами и использованными материалами.

Не используйте разорванные или расслоенные перчатки, или перчатки с заметными отверстиями или повреждениями.

Рисунок 15.3 Этапы надевания хирургических перчаток

Подготовьте большую, чистую и сухую зону для раскрытия пакета с перчатками. Откройте наружную упаковку перчаток и промойте руки для хирургической процедуры. Или же сначала вымойте руки и попросите кого-нибудь другого открыть пакет с перчатками.

Разверните внутреннюю обертку перчаток так, чтобы они лежали с отогнутой верхней частью и ладонями вверх.

Возьмите первую перчатку, прикасаясь только к отогнутой внутренней части манжетки (внутренней считается часть перчатки, которая при ее надевании будет соприкасаться с кожей руки).

Придерживаясь одной рукой за отогнутую часть первой перчатки, введите внутрь перчатки вторую руку (направляя пальцы к полу и держа их раздвинутыми). Будьте внимательны, не дотрагивайтесь ни к чему и держите перчатки выше

Возьмите вторую перчатку, проскользнув пальцами руки с надетой перчаткой под ее отогнутую часть. Будьте внимательны, чтоб не загрязнить рукой без перчатки руку с надетой перчаткой.

Наденьте вторую перчатку, равномерно потягивая ее за манжету. Поправляйте пальцевые части и отворот перчаток, пока не почувствуете, чтоб перчатки надеты удобно.

Источник: Engender Health, 2001. Infection Prevention: A Reference Booklet for Health Care Providers, New York (использовано с разрешения авторов).

7.3 Процедура инъекции

- Тщательно помойте руки водой и мылом.

- Старайтесь использовать одноразовые иглы и шприцы. Если это невозможно, то можете использовать многоразовые шприцы и иглы, подвергнутые тщательной стерилизации или дезинфекции кипячением.
- При использовании многоразовых шприцов и игл, извлекайте их из закрытого контейнера при помощи сухих продезинфицированных щипцов/ держателей.
- Заменяйте и иглы и шприцы после употребления. Делайте это для каждого клиента. Замена только игл и употребление использованных шприцов может привести к передаче инфекций (Гепатит В, ВИЧ и другие).
- Старайтесь употреблять флаконы (ампулы), содержащие одну дозу препарата. Если же приходится использовать флаконы (ампулы) с множественными дозами, придерживайтесь следующих рекомендаций:
  - избегайте практики оставления во флаконе введенной иглы для многоразового забора препарата. Такая практика опасна, так как оставленная игла предоставляет прямой путь для проникновения микроорганизмов во флакон и загрязняет находящуюся в нем жидкость.
  - Перед изъятием каждой дозы протрите верхнюю часть флакона тампоном, смоченным в 60-90% спирте и подождите, дайте высохнуть.
- Втяните жидкость в шприц. Можно это делать иглой для инъекции.

8 Окружающая среда

Очень важно снизить уровень размножения микроорганизмов и загрязнения в клиниках, особенно в следующих зонах:

- *Процедурная зона:* Место, где проводится осмотр клиентки, вводится/извлекается ВМС, вводятся и извлекаются импланты и проводится вазектомия.
- *Хирургическая зона:* Место, где проводится минилапаротомия, лапароскопия и другие амбулаторные хирургические операции.
- *Рабочая зона:* Место, где инструменты, белье, перчатки и другие предметы проходят очистку, дезинфекцию или стерилизацию, а также где они хранятся.

Снижение уровня размножения микроорганизмов и загрязнения в клиниках можно достигнуть путем:

- Поддержания чистоты в вышеуказанных зонах.
- Сведение к минимуму движения в этих зонах.
- Правильного обращения с отходами и избавления от них.

8.1 Уборка действующих зон

Для уборки основных действующих зон достаточно иметь воду и моющие средства, тогда как для уборки операционной и участков, где ожидается сильное загрязнение (например, туалет и места, где возможно загрязнение кровью или другими жидкостями организма) требуется также дезинфицирующий раствор.

Дезинфицирующий раствор может быть приготовлен следующим образом:

- добавьте достаточное количество жидкого моющего средства к 0,5% раствору хлора и получите мягкий мыльный раствор.

Предупреждение: Не используйте моющий раствор или средство, в котором содержится кислота (например, фосфорная кислота), или аммиак, или хлорид аммония. При смешивании этих соединений с раствором хлора образуются газы, которые могут стать причиной временных заболеваний у подвергнувшихся их воздействию людей.

Общие инструкции

- Всегда надевайте хозяйственные перчатки, особенно для уборки сильно загрязненных зон, таких как туалет или мест, загрязненных кровью или другими жидкостями организма. Если перчатки не доступны используйте полиэтиленовые пакеты или не допускайте прямого контакта рук.
- Очистка путем протирания щеткой является наилучшим способом для удаления грязи и микроорганизмов.
- Для очистки стен, полов и коридоров используйте влажную или мокрую ткань, или же швабру. Избегайте сухого подметания, так как пыль и микроорганизмы распространяются и оседают на чистые поверхности.
- Для уборки хирургических подразделений используйте отдельные инструменты (щетки и тряпки).
- Отдельные инструменты (щетки и тряпки) используйте также для уборки помещений, где вероятнее всего имеется загрязнение (например, туалетов).
- Меняйте раствор для уборки по мере загрязнения.
- Моите и высушивайте швабры и тряпки после использования.
- Моите в направлении сверху вниз, так, чтобы остатки мусора, попадающие на пол, были бы убраны последними.

Не используйте дезинфицирующие пенки (обеззараживание формалином) для удаления микробного загрязнения с окружающих поверхностей, например, стен, потолка и пола. Обеззараживание формалином или другими химикатами является неэффективным и приводит к высвобожде-

нию токсических испарений. Кроме этого, затрачивается много времени (требуется 24 часа), в течение которого рабочие подразделения, такие как операционная и комнаты для проведения лечебных мероприятий, становятся недоступными. Между тем, мытье щеткой, мылом и водой является безопасным, быстрым и эффективным способом очищения этих поверхностей от микробных загрязнений.

Уборка нехирургических подразделений

Стены, потолок, мебель и оборудование

Рутинную уборку нехирургических подразделений (например, палат, процедурных, лабораторий и т.п.) путем протирания стен и потолков влажной тряпкой достаточно осуществлять ежемесячно. Между тем, стулья, лампы, столы и тумбочки надо протирать ежедневно. Если на поверхностях мебели и оборудования обнаруживается пыль или видимое загрязнение, нужно очистить водой и моющим средством. Используйте дезинфицирующее средство (0,5% раствор хлора) для уборки помещений, где вероятнее всего имеется загрязнение, например, есть остатки крови.

Полы

Мойте полы, по крайней мере, дважды в день водой с моющим средством. Используйте дезинфицирующее средство (0,5% раствор хлора), если предполагается загрязнение, например, когда есть остатки крови.

Раковины

Используйте дезинфицирующие моющие растворы. Ежедневно, или если нужно чаще, протирайте раковины отдельной тряпкой или щеткой. Полоскайте водой.

Туалеты и уборные

Наденьте перчатки. Ежедневно, или если нужно чаще, очищайте дезинфицирующим раствором при помощи отдельной тряпки или щетки.

Контейнер для отбросов

Наденьте перчатки. Используйте дезинфицирующий раствор для мытья. Ототрите грязь и органические загрязнения. Промывайте загрязненные контейнеры после каждого опорожнения. Промывайте контейнеры для незараженных отходов, по крайней мере, один раз в неделю или чаще, если обнаруживается загрязнение. Используйте щетки с рукояткой для предупреждения травм рук всевозможными острыми предметами, которые могут быть оставлены в контейнере.

Уборка операционных помещений

Ежедневная уборка.

В начале каждого рабочего дня протрите влажной тряпкой все горизонтальные поверхности (столы, лампы, тележки и т.д.) для удаления пыли, которая может скопиться за ночь.

Очищайте все поверхности и в конце каждого рабочего дня:

- Протрите влажной тряпкой, моющим средством и водой любые видимые загрязнения на стенах и потолках.
- Протрите влажной тряпкой и моющим раствором лампы, стулья, раковины, столы и посты для регистрации и наблюдений.
- Проведите обеззараживание поверхностей столов 0,5% раствором хлора. Вычистите боковые части, основание и ножки столов при помощи тряпки, смоченной дезинфицирующим моющим раствором.
- Вымойте пол шваброй, моющим средством и водой.

Не подметайте операционную сухой шваброй или веником. Это приведет к тому, что пыль, частицы мусора и микроорганизмы поднимутся в воздух и загрязнят чистые поверхности.

После каждого клиента:

- Проведите обеззараживание операционного стола, инструментов, тележки и других потенциально зараженных поверхностей, используя тряпку, смоченную 0,5% раствором хлора и промойте их чистой водой.
- Очищайте при помощи тряпки, смоченной 0,5% раствором хлора места, где разлились биологические жидкости. Если разливание произошло на большой поверхности, залейте её 0,5% хлорным раствором, потом протрите шваброй и промойте водой.

Очистка загрязненного и зараженного оборудования для уборки.

- Используйте при этом хозяйственные перчатки.

8.2 Передвижение по подразделениям

Процедурные помещения

- Ограничьте вход только для персонала и клиентов, приходящих на процедуру.
- Закрывайте двери и занавески во время всех процедур.

Хирургические помещения

- Операционная должна быть расположена в стороне от проходных помещений, через которые часто передвигаются медицинские работники и клиенты.

- Закрывайте все двери в предоперационной и операционной. Когда операционная не используется, она должна быть закрыта на ключ. Никогда не используйте операционную в качестве склада для хранения предметов.

Ограничьте вход только для персонала и клиентов, подвергаемых хирургическому вмешательству.

- Если есть возможность, выделите такое помещение для переодевания персонала, чтобы бы только через него можно было входить в операционные подразделения.
- Персонал должны надевать хирургические халаты, колпаки, бахилы или сменную обувь, которая используется только в операционной.
- Во время хирургической процедуры врач дожен разрешить присутствие только своим асистентам. Количество обучающихся лиц должно быть ограниченно.
- Ограничьте до минимума количество людей в операционных помещениях и их передвижение по ним.

8.3 Зона обработки инструментов и других предметов

- Вход должен быть разрешен только для определенного персонала.
- Отделите при помощи стены, двери или ширмы зону, куда поступают и предварительно моются загрязненные предметы от рабочей зоны для их полного очищения. Если же это не возможно, то организуйте такое расположение помещений, чтобы место для поступления и мытья загрязненных предметов находилась бы достаточно далеко от места, где осуществляется их стерилизация и дезинфекция.
- Зараженные, непромытые предметы не должны переносится вместе с чистыми и полностью обработанными предметами.

Оборудование: Зона поступления/мытья

- Стойка для получения использованных (зараженных и загрязненных) предметов.
- Раковина с нужным запасом воды (в идеале должны быть две раковины: одна - для мытья, вторая - для ополаскивания).
- Полка для укладки чистых инструментов.

Оборудование: Рабочая зона для стерилизации и дезинфекции

- Большой рабочий стол.
- Полки для хранения чистых и запакованных предметов
- Автоклав, или сухожаровый шкаф, или стерилизатор для кипячения, и/или оснащение для проведения химической дезинфекции/стери-лизации.

ПРИМЕЧАНИЕ: Смотрите раздел 6 данной главы для получения более подробной инструкции по хранению стерильного и продезинфицированного оборудования.

8.4 Транспортировка очищенных, продезинфицированных, стерильных и загрязненных предметов.

- Держите очищенные, продезинфицированные и стерильные предметы подальше от зараженных предметов и отходов. Не перевозите и не храните их вместе.
- Для предупреждения загрязнения, накиньте чистое покрывало на продезинфицированные или стерильные инструменты, оборудование и белье при их перевозке до процедурного кабинета или операционной:
  - Если оснащение доставляется в хирургическую зону, то человек, который доставляет предметы, должен находится снаружи и передавать их через дверь другому человеку, который находится внутри.
- Освободите предметы от всех упаковочных материалов и коробок перед тем, как внести их в процедурный кабинет, операционную, в рабочую зону для стерилизации и дезинфекции или комнату для хранения. Упаковочные коробки выделяют пыль и являются убежищем для насекомых и могут загрязнять эти зоны.
- Перевозите зараженные (использованные) предметы и инструменты до зоны получения/мытья накрытыми в непротекаемых ёмкостях.

8.5 Уничтожение отходов

Отходы клиник по репродуктивному здоровью/планированию семьи и других медицинских учреждений могут быть загрязнены органическими материалами, содержащими микроорганизмы, которые могут явится потенциальной причиной инфицирования людей, соприкасающихся с этими отходами, и распространения инфекции по всей общине. Необходимо тщательное уничтожение загрязненых отходов, так как, если они будут доступны для населения, риску заражения будут подвергнуты все члены общины. Эти отходы могут поднять из места мусорной свалки играющие на улице дети, а также взрослые, которые могут использовать их сами или продать другим.

Правильное уничтожение отходов медицинских учреждений необходимо:

- для предупреждения передачи инфекции среди местного населения и персонала, имеющего дело с этими отходами;
- для защиты персонала, имеющего дело с этими отходами, от случайного травмирования;

- для сохранения эстетически приятной окружающей среды.

Люди, имеющие дело с отходами должны надевать прочные рабочие перчатки.

Перевезите зараженные отходы медицинских учреждений к месту мусорной свалки в закрытых непротекаемых ёмкостях, а потом сожгите и/или закопайте в землю. Лучшим методом уничтожения зараженных отходов является сжигание, во время которого повышается температура и микроорганизмы погибают. При сжигании уменьшается и объем отходов. Однако, если нет возможности сжигания отходов, их нужно закопать в землю для предотвращения разбрасывания.

Обращение с контейнерами для отходов

- Для сбора загрязненных отходов используйте устойчивые к коррозии контейнеры с крышкой (из пластика или оцинкованного металла), которые возможно промывать.
- Расположите контейнеры для отходов в местах, удобных для использовния. Перенос отходов с места на место повышает риск заражения вовлеченного в этот процесс персонала.
- Оборудование, которое используется в медицинском учреждении для содержания и транспортировки отходов не должно использоваться для других целей.
- Промойте все контейнеры для отходов дезинфицирующим моющим раствором (0,5% раствор хлора) и затем прополосните водой. Зараженные контейнеры для отходов мойте после каждого опорожнения, а незараженные - при наличии видимого загрязнения.
- Если возможно, используйте отдельные контейнеры для возгораемых и невозгораемых отходов. Это облегчит работникам сортировку мусора, которую они проводят вручную.
  - Отходы бумаги, картона и зараженного материала, такие как использованные бинты и марли, являются возгораемыми (воспламеняющимися).
  - Отходы из стекла, металла и пластика являются невозгораемыми (невоспламеняющимися).
- При контакте с отходами используйте грубые хозяйственные перчатки.
- После завершения работы с отходами вымойте руки.

Заостренные одноразовые предметы (иглы, бритвы и лезвия для скальпеля)

Наиболее опасными видами отходов медицинских учреждений являются острые предметы, которые требуют особого внимания при обраще-

нии и уничтожении.

- Наденьте толстые хозяйственные перчатки, если имеете дело с использованными острыми предметами.
- Поместите все острые предметы в непротыкаемый контейнер. Неротыкаемый контейнер можно сделать из легкодоступных предметов, таких как плотные картонные коробки, жестяные банки с крышкой или плотные пластиковые бутылки. Трейнерам и руководителям программ следует помочь медицинским работникам найти подходящие и доступные в данной местности контейнеры.
- Разместите контейнеры в местах использования острых предметов, так, чтобы не было необходимости перенесения их отбросов на дальнее расстояние.
- Избегайте случайных повреждений от проколов кончиками игл. Не надевайте колпачок на использованную иглы, не сгибайте и не ломайте их перед выбрасыванием. Опустите использованные шприцы с иглами без колпачков в непротыкаемый контейнер. (Для более подробной инструкции по обработке многоразовых шприцов и одноразовых игл смотрите Раздел 5.7 этой главы). Надо приложить все усилия, чтоб обеспечить клинику непротыкаемыми контейнерами. Однако, если это невозможно, то становиться необходимым надевание колпачка после использования иглы. Ниже приведены рекомендации по надеванию колпачка на использованную иглу одной рукой:
  - Сначала положите колпачок на плоскую твердую поверхность в горизонтальном направлении.
  - Затем одной рукой возьмите шприц и просуньте иглу в колпачок.
  - Когда колпачок покроет иглу полностью, надавите кончиком колпачка на твердую поверхность и убедитесь в том, что он надет на иглу.
- Когда контейнер заполнится на три четверти, закройте его крышкой или пробкой, или же завяжите, плотно закрыв.
- Заполненный на три четверти контейнер нужно уничтожить; идеальным способом считается сжигание.

Если сжигание провести невозможно, используйте следующий метод :

- Используйте в качестве непротыкаемого контейнера для сбора отходов небольшой жестяной цилиндр, похожий на ведро. Когда контейнер заполнится до половины своего объема, налейте на находящиеся в них острые предметы небольшое количество бензина и подожгите его. Пластиковые шприцы расплавятся, образуя пластиковые шары, внутри которых окажутся иглы и другие острые предметы. Эти шары можно легко извлечь и закопать в землю, или же выбросить с соблюдением мер предосторожности.

Когда в контейнере нет пластиковых шприцев (например, если использовались только многоразовые шприцы), положите на острые предметы внутрь контейнера кусочки пластика (например, использованные пластиковые бутылки, катетеры и т.д.), так чтобы при сжигании образовались бы пластиковые шарики, обволакивающие острые предметы.

- Если для сбора острых предметов использоввались пластиковые или картонные непротыкаемые контейнеры, закройте их, поместите внутрь большого жестяного цилиндра, налейте в него бензин и подожгите, так как было описано выше.

Уничтожение жидких и полутвердых зараженных отходов (кровь, испражнения, моча и другие биологические жидкости организма)

- Когда имеете дело с зараженными отходами или транспортируете их, наденьте плотные хозяйственные перчатки.
- Осторожно вылейте испражнения и мочу, в туалет с унитазом или стоячую уборную, промываемую струйной водой. Туда можно вылить также кровь и другие жидкие отходы. Последние можно вылить и в промываемую струйной водой коммунальную раковину. При выливании жидких отходов избегайте разбрызгивания.
- Проведите обеззараживание раковины/туалета/уборной 0,5% раствором хлора.
- Тщательно промойте раковину/туалет/уборную для удаления остатков отходов, избегая разбрызгивания.
- Проведите обеззараживание контейнера для сбора отходов при помощи подходящего обеззараживающего раствора, например, 0,5% раствор хлора, путем предварительного замачивания контейнера этим раствором на 10 минут и последующего мытья.
- После завершения вышеперечисленных процессов проведите обеззараживание и мытье перчаток и вымойте руки.

Уничтожение твердых отходов (использованный перевязочный материал и другие предметы, загрязненные кровью и другими органическими веществами)

- Когда имеете дело с зараженными отходами или транспортируете их, наденьте плотные хозяйственные перчатки.
- Поместите твердые отходы в неподверженный коррозии контейнер (пластиковый или оцинкованный) с плотно подогнанной крышкой, который возможно промывать.
- Регулярно забирайте и вывозите контейнер с отходами. Возгораемые отходы вывозите в мусоросжигательную печь. Если это невозможно, то закопайте их в землю. Закапывайте в землю и все невозгораемые отходы.

- После каждого опорожнения очищайте контейнеры при помощи дезинфицирующего моющего раствора (смотри раздел 8.1)
- После завершения вышеперечисленных процессов проведите обеззараживание и мытье перчаток перчаток и вымойте руки.
- Не откладывайте процессы сжигания или закапывания в землю отходов, делайте это сразу же, чтоб они не распространились в окружающую среду. Наилучшим методом уничтожения микроорганиз-мов является сжигание.

Уничтожение использованных химических контейнеров.

Стеклянные контейнеры

Тщательно вымойте и прополощите стеклянные контейнеры. После мытья моющим средством и прополаскивания водой их можно использовать повторно.

Пластиковые контейнеры

Пластиковые контейнеры, в которых содержались химические вещества, например антисептические или дезинфицирующие растворы могут быть промыты и использованы повторно в качестве контейнеров для отходов или острых предметов.

Контейнер, которые содержали раздражающие растворы, такие как глютаральдегид (например, Сайдекс или Спорисидин) должны быть сожжены или закопаны в землю. Если это произвести невозможно, надо хотя бы поломать эти контейнеры (например, проткнуть дно), так чтобы никто не смог использовать их повторно.

9 Профилактическое использование антибиотиков

Если добросовестно соблюдается рекомендованная практика предупреждения инфекции, нет необходимости в рутинном назначении антибиотиков при проведении стерилизации с целью контрацепции, введении ВМС или имплантов. Неправильное использование антибиотиков способствует развитию разистентных штаммов микроорганизмов, вызывающих инфекции. Кроме этого использование антибиотиков с профилактической целью является дорогостоящей затратой.

Однако, есть особые ситуации, при которых может быть показано использование антибиотиков:

- Высокая восприимчивость клиентов к инфекции, таких, как больные сахарным диабетом, ВИЧ-инфицированные лица или клиенты, получающие стероидную терапию.
- Повышенный риск бактериального эндокардита или наличие порока

сердца у клиентов.

10 Организационные мероприятия

Залогом успеха по предупреждению распространения инфекций в клиниках репродуктивного здоровья/планирования семьи или в медицинских учреждениях другого профиля является тщательное планирование и умелое управление. Это включает в себя следующие элементы:

- Администрирование.
- Предоставление инструкций.
- Обучение.
- Мониторинг и поддерживающее руководство

10.1 Администрирование

Менеджер программы должен обеспечить внедрение системы предупреждения инфекций путем:

- Принятия адекватных решений об оснащении оборудованием и принадлежностями, требуемыми для обеспечения приемлемого уровня безопасности. При этом, он должен принять во внимание стоимость, потребность в обучении и материально-технические последствия.

  Например,

  - Правильный выбор перчаток, игл и шприцев (одноразовые вместо многоразовых) и предоставление оснащения для проведения санитарной обработки повторно используемых материалов.
  - Предоставление оборудования для стерилизации и/или дезинфекции инструментов и материалов, с учетом характера осуществляемых процедур и объема работы. Клиника, рутинно осуществляющая инвазивные процедуры, должна иметь помещение и условия для проведения стерилизации или же доступ к учреждению, имеющему такие условия.
- Обеспечения наличия:
  - Чистой свежей воды.
  - Электричества и/или топлива.
  - Антисептических и дезинфицирующих средств.
  - Перчаток (для осмотра, хирургических операций и/или вспомогательных работ).
- Обеспечения наличия запасного персонала для замены тех, кто находится в отпуску или временно нетрудоспособен (например, если простудились работники операционной, или поранили/поцарапали руки работники, ответственные за стерилизацию). Временно перераспределяя обязанности нетрудоспособных работников до их полного выздоровления.

- Обеспечения рутинного проведения процедур очистки или обеззараживания клинических помещений, например, операционной и смотровой комнаты.
- Обеспечения бесперебойного и правильного использования оборудования, например, автоклава.
- Обеспечения правильного осуществления процедур по удалению зараженных материалов путем:
  - предоставления непротыкаемых контейнеров для использованных игл и других острых предметов;
  - выделения специального места и приобретения оборудования для сжигания или закапывания в землю зараженых материалов, или же, если это невозможно, организации их обеззараживания перед удалением с целью обеспечения безопасности;
  - обеспечения безопасности при транспортировке зараженных материалов до места уничтожения;
  - обеспечение контроля над ликвидацией использованных материалов одноразового употребления, чтоб их не использовали повторно (например, перчаток, шприцев и игл);
- Выполнения всех необходимых ремонтных работ, необходимых для предупреждения инфекции (например, устранение сырости стен);
- Налаживания на всех уровнях нормальных рабочих взаимоотношений в коллективе, обмена идеями и выслушивания мнений.

10.2 Инструкции

Для предупреждения инфекции нужно создать соответствующую политику, законадательные акты и положения и утвердить их в письменной форме. Они должны быть представлены в виде руководств, написанных и представленных на доступном для соответствующего персонала языке и формате.

- Руководства должны быть доступными для всего персонала и должны периодически обсуждаться.
- Каждому работнику нужно предоставить для пользования отдельные части руководства, касающиеся выполнения его специфических обязанностей. Можно разместить на плакатах основную информацию, напоминающую этапы каждого процесса. Плакаты можно развешивать в местах, где проводятся описанные этапы работы.
- Во время обучения или проверки со стороны руководителя нужно использовать вышеописанные руководства или ссылаться на них.
- Следует производить регулярный просмотр используемых руководств, чтоб удостоверится в адекватности рекомендованной практики предупреждения инфекции и обсуждения замечаний персонала.

10.3 Обучение

Одним из важных элементов является обучение медицинских работников, которое помогает им узнать степень риска заражения как для них самих, так и для клиентов, а также понять профилактическую роль защитных барьеров и мер по предупреждению распространения инфекции. Только тогда возможно выработать привычки, обеспечивающие правильное выполнение рабочих обязанностей, если сотрудники поймут причины для их выполнения и важность осуществления процедур по профилактике инфекции.

Нужно обучить всех новых работников, перед тем, как они приступят к своим обязанностям. Важно также периодическое проведение учебных занятий для уже работающего персонала, с целью повышения их квалификации.

Обучение новых работников

Следует разработать программу трейнинга с учетом потребностей обучающихся и нужд всей программы. Она должна включать:

- *Общую информацию о предупреждении инфекции для всех новых работников клиники. Следует охватить следующие темы:*
  - Механизмы передачи инфекции в условиях клиники.
  - Роль каждого работника в предупреждении распространения инфекции.
  - Способы сведения до минимума передачи инфекции. Нужно обратить особое внимание на предупреждение ВИЧ-инфекции и Гепатита В.
  - Сотрудники, не имеющие достаточной информации, будут подвержены большему риску заражения, так как более вероятно, что они могут ошибиться при проведении обеззараживания, очистки или стерилизации многоразовых шприцев и игл. В результате недопонимания, они могут предпринимать чрезмерную предосторожность (например, мыть руки после рукопожатия из-за подозрения о ВИЧ-инфицированности этого человека).
- *Специфические аспекты предупреждения инфекции в зависимости от объема работы сотрудников.* Например, персонал, который будет заниматься обеззараживанием и стерилизацией оборудования, должен быть обучен эти процедурам; персонал, который будет вводить ВМС, должен пройти обучение по асептической технике.

В конце периода обучения трейнер должен оценить качество выполняемой работы каждого обучаемого, до тех пор пока он или она не достигнут целей обучения.

Повышение квалификации

Трейнинг для повышения квалификации должен быть проведен для достижения следующих целей:

- Переподготовка работников с целью напоминания о важности предупреждения загрязнения окружающей среды инфекционными агентами и осуществления соответствующих мер.
- Обновить программу трейнинга для ознакомления с изменениями в соответствующих законодательных актах, положениях и практике и обсуждения этих вопросов (например, когда внедряется новое оборудование, чрезвычайно важно обучение персонала, который будут с ним работать).
- Предоставить обучение в соответствии с потребностями персонала, выявленными в процессе мониторинга и поддерживающего руководства.

10.4 Мониторинг и поддерживающее руководство.

Регулярный мониторинг процессов предупреждения инфекции является важным элементом выявления сфер деятельности, нуждающихся в улучшении. Для наблюдения за качеством выполнения работы нужно осуществлять следующие мероприятия:

- Проводить внезапные проверки, чтоб выявить соблюдаются ли все инструкции по предупреждению инфекции. Если обнаруживаются несоответствия или проблемы, руководитель должен уметь предоставлять нужные инструкции и оказывать помощь для их устранения.
- Проводить наблюдение за состоянием и адекватностью помещения, определить наличие и состояние необходимого оборудования и принадлежностей, а также оценить правильность их использования.

СПИСОК УПОТРЕБЛЯЕМЫХ АББРЕВИАТУР

АД	Артериальное давление
АРВП	Антиретровирусные препараты
АРВТ	Антиретровирусная терапия
БОРП	Быстрое определение реагина плазмы
БТТ	Базальная температура тела
ВГБ	Вирус Гепатита Б
ВЗОТ	Воспалительные заболевания органов таза
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВМС	Внутриматочная спираль
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВПГ	Вирус простого герпеса
ГБ	Гемоглобин
ГВГ	Гонадотропин высвобождающий гормон
ДВУ	Дезинфекция высокого уровня
ДМПА	Депо-медроксипрогестерона ацетат
ДПМ	Дата последней менструации
ДТК	Добровольное тестирование и консультирование
ЗГТ	Заместительная гормонотерапия
ИМП	Инфекции мочевых путей
ИМТ	Индекс массы тела
ИППП	Инфекции, передаваемые половым путем
ИРТ	Инфекции репродуктивного тракта
КИК	Комбинированные инъекционные контрацептивы
КОК	Комбинированные оральные контрацептивы
ЛГ	Лютеинизирующий гормон
ЛЖ ВИЧ	Люди, живущие с ВИЧ
ЛТПС (VDRL)	Лабораторный тест на предметном стекле для выявления венерических заболеваний
ЛЭ	Лёгочная эмболия

МКД	Медицинские критерии допустимости
ММЦС	Модифицированный метод цервикальной слизи
МСД	Метод стандартных дней
МФПС	Международная федерация планирования семьи
Н-9	Ноноксинол-9
НЭТ-ЭН	Норэтистерона энантат
ОИ	Оппортунистические инфекции
ПВЧ	Папилломавирус человека
ПИМР	Передача инфекции от матери ребенку
ППИМР	Предупреждение передачи инфекции от матери ребенку
ППК	Профилактика после контакта
ПУО	Предоставление услуг на уровне общины
РИК	Расширение и кюретаж
РИЭ	Расширение и эвакуация
СГ	Самообследование груди
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
СРЗ	Сексуальное и репродуктивное здоровье
СТМ	Симпто-термальный метод
ТГВ	Тромбоз глубоких вен
ТНК	Таблетки неотложной контрацепции
ФСГ	Фолликулостимулирующий гормон
ХГЧ	Хорионический гонадотропин человека
ЦИН	Цервикальная интраэпителиальная неоплазия
ЧПИК	Чисто прогестиновые инъекционные контрацептивы
ЧПТ	Чисто прогестиновые таблетки
ЭЛА	Эмболия легочной артерии

Международная Федерация
по планированию семьи

4 Newhams Row
London SE1 3UZ
United Kingdom

Tel +44 (0)20 7939 8200
Fax +44 (0)20 7939 8300
Email medtech@ippf.org
www.ippf.org

Международная Федерация по планированию семьи (IPPF) является глобальной сетью 151 членов ассоциаций, активно действующих в 183 странах мира. Она является ведущей добровольческой неправительственной организацией, предоставляющей услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровью и осуществляющей пропагандистскую кампанию по защите сексуальных и репродуктивных прав.