

PN-ABZ-635

**КРАТКОЕ РУКОВОДСТВО
ПО РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ
И КОНТРАЦЕПЦИИ**

1996 • 1998

Второе издание

Авторы

Paul D. Blumenthal
Noel McIntosh

Редактор

Elizabeth Oliveras

JHPIEGO
CORPORATION

1615 Thames Street
Baltimore, Maryland 21231-3447

Американское агентство международного развития (USAID)

A

Корпорация JHPIEGO (Программа всемирного образования в сфере репродуктивного здравоохранения при университете Джонса Хопкинса) является благотворительной организацией, работа которой направлена на улучшение здоровья женщин и семей во всем мире. JHPIEGO стремится увеличить число квалифицированных медицинских работников, обученных навыкам современного репродуктивного обслуживания, особенно в области планирования семьи. Главный офис JHPIEGO расположен в городе Балтимор (штат Мэриленд, США).

Авторское право © 1995, JHPIEGO Corporation 1996. Все права сохранены.

Др. Пол Блюментал (Paul D Blumenthal MD, MPH) является профессором и директором научно-исследовательских программ по контрацепции в Бейвью (Bayview) медицинском центре при Университете Джонса Хопкинса.

Др. Ноэл Макинтош (Noel McIntosh MD, SCD) является президентом корпорации JHPIEGO и профессором факультетов медицины и гигиены и общественного здравоохранения Университета Джонса Хопкинса.

Первое издание 1995

Редакторы: Elizabeth Oliveras
Penelope Riseborough
Chris Davis

ФИРМЕННЫЕ ЗНАКИ: Все фирменные наименования изделий являются фирменными знаками или зарегистрированными марками соответствующих компаний.

ISBN 0-929817-48-6

Отпечатано в Соединенных Штатах Америки

B

БЛАГОДАРНОСТЬ

Данное *Краткое руководство* было разработано с целью способствовать увеличению доступности качественного обслуживания в области контрацепции и репродуктивного здоровья (планирования семьи) на местном уровне. При подготовке данной публикации были использованы следующие издания: *Improving Access to Quality Care in Family Planning: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use* (World Health Organization); *Recommendations for Updating Selected Practices in Contraceptive Use* (Technical Guidance Working Group, Agency for International Development, Washington, DC); *A Guide to Methods of Birth Control* (Population Action International); *Guidelines for Breastfeeding and the Lactational Amenorrhea Method* (Labbok et al, Institute for Reproductive Health at Georgetown University); *Infection Prevention for Family Planning Service Programs*, 2nd ed (Tietjen et al); *Progestin-Only Contraception: A Comprehensive Review* (McCann and Potter); *Postabortion Care: A Reference Manual for Improving Quality of Care* (Postabortion Care Consortium); и *Guidelines for Clinical Procedures in Family Planning and Sexually Transmitted Diseases: a Reference for Trainers* (Program for International Training in Health [INTRAH]).

Авторы хотели бы выразить благодарность следующим сотрудникам ЖНПРЕГО за их полезные рекомендации при разработке *Краткого руководства*: Clayton Ajello, Sandra De Castro Buffington, Bob Johnson, Teresa McInerney, Ilka Rondinelli, Graciela Salvador, Harshad Sanghvi, Lois Schaefer и Russ Vogel. Они также благодарят Martha Taylor за помощь в подготовке ранних вариантов *Краткого руководства* и Елену Безман, Светлану Томас и Галину Столярскую за перевод и редактирование русского варианта публикации.

Второе издание (июнь 1996)

Популярность и спрос на первое издание *Краткого руководства* быстро истощили его запасы. По мере того как медицинские работники во всем мире начали использовать это пособие, они стали вносить свои предложения о том, как можно улучшить содержание и формат *Краткого руководства*. К тому же недавнее обновление документов, принятых на рабочих совещаниях ВОЗ, обеспечило нас более современными данными, которых у нас не было во время публикации первого издания. Исходя из этого, мы решили выпустить второе издание руководства, вместо того чтобы просто перепечатать первое. Для того чтобы ускорить выход

второго издания, в его рецензировании участвовало только ограниченное число сотрудников, чьи фамилии приведены ниже. Особая благодарность выражается докторам Enriquito Lu (JHPIEGO), Willibrord Shasha (JHPIEGO) и Jeffrey Smith (Johns Hopkins Bayview Medical Center), которые не пожалели своих сил и времени на рецензию второго издания руководства.

Финансирование этого издания частично взяло на себя Американское агенство международного развития (USAID). Взгляды, выраженные в настоящем издании, принадлежат его авторам и не обязательно совпадают с мнением USAID.

РЕЦЕНЗЕНТЫ

Первое издание (май 1995)

“Краткое руководство по репродуктивному здоровью и контрацепции” было обсуждено участниками регионального совещания стран Восточной и Южной Африки “Улучшение качества обслуживания и доступности контрацепции: Снижение медицинских барьеров”, проведенного в Хараре (Зимбабве) в феврале 1994 года, и конференции “Новости контрацептивной технологии”, состоявшейся в Катманду (Непал) в сентябре 1994 года.

Кроме этого, в течение первых двух лет многочисленные проекты этого руководства прошли рецензирование ведущими международными специалистами из:

Африки (Кения, Уганда и Зимбабве)
Азии/Ближнего Востока (Индонезия, Непал, Папуа Новая Гвинея, Тайланд и Турция)
Латинской Америки (Бразилия, Боливия и Перу)

Наконец, особой благодарности заслуживают следующие специалисты, не пожалевшие своих сил и времени на рецензию многочисленных ранних проектов:

Biran Affandi (University of Indonesia School of Medicine)
Jean-Robert Brutus (Haitian Institute of Community Health)
Arthur Christakos (Duke University School of Medicine)
Philip Darney (University of California, San Francisco)
Sylvia Bomfim-Hyppolito (Brazil Regional Training Center in Family Planning and Reproductive Health)
Barbara Kinzie (Reproductive Health Consultant)
Enriquito Lu (Ospital Ng Tondo, Philippines)
Mark Perloe (Atlanta Reproductive Health Center)
Willibrord Shasha (University of Yaounde, Cameroon)
Steven Sondheimer (University of Pennsylvania)
Linda Tietjen (Infection Prevention Consultant)
Tika Man Vaidja (Nepal Fertility Care Center)

Второе издание (июнь 1996)

Miguel A Espinoza Barco (Peruvian University Cayetano Heredia,
School of Medicine, Peru)

Sharon Camp (International Consortium on Emergency
Contraception)

Douglas Huber (Pathfinder International)

Victoria Jennings (Institute for Reproductive Health)

Miriam Labbok (Institute for Reproductive Health)

Lucy Lopez Reyes (National Hospital Maria Auxiliadora, Peru)

Chandrakant Ruparelia (Training Advisor, India)

Lois Schaefer (JHPIEGO)

Jim Shelton (USAID)

John Nagahata Suzanibar (National University Mayor of San Marcos,
Peru)

F

СОДЕРЖАНИЕ

Условные сокращения	ix
Предисловие	x
Консультирование	1
Оценка пациентов	11
Медицинские проблемы	23
Послеродовая контрацепция	67
Послеабортная контрацепция	85
Неотложная контрацепция	99
Подростки	111
Женщины старше 35 лет	117
Метод лактационной аменореи	122
Комбинированные (эстроген/прогестин) контрацептивы ...	128
Комбинированные оральные контрацептивы	
Комбинированные инъекционные контрацептивы	
Чисто прогестиновые контрацептивы	172
Чисто прогестиновые имплантаты	
Чисто прогестиновые инъекции	
Чисто прогестиновые таблетки	
Выделяющие прогестин ВМС	
Внутриматочные спирали	220
Барьерные методы и спермициды	252
Презервативы (мужские)	
Диафрагма	
Спермициды	
Естественное планирование семьи	276
Прерывание	282
Добровольная стерилизация	289
Трубная окклюзия	
Вазэктомия	
Инструктирование пациентов	315
Профилактика инфекций	347
ЗППП и планирование семьи	367
Справочная литература	387
Библиография ВОЗ	395

РИСУНКИ И ТАБЛИЦЫ

Таблица 1	Система классификации ВОЗ.....	xiii
Рисунок 1	Этапы консультирования.....	4
Рисунок 2	Механизмы действия.....	7
Таблица 2	Характеристика методов.....	8
Рисунок 3	Диапазон частоты беременности при теоретическом и типичном использовании контрацептива на 100 женщин в течение первого года применения ...	9
Таблица 3	Перечень вопросов перед назначением гормональных методов.....	14
Таблица 4	Перечень вопросов перед назначением ВМС.....	15
Таблица 5	Руководство к проведению женской ДС.....	16
Таблица 6	Руководство к проведению мужской ДС.....	17
Таблица 7	Сводная таблица: Требования к оценке пациента для всех контрацептивных методов.....	18
Рисунок 4	Женщины с приемлемым характером кровотечений.....	22
Рисунок 5	Рекомендуемое время начала различных методов кормящими матерями.....	70
Рисунок 6	Рекомендуемое время начала применения различных методов контрацепции не кормящими матерями.....	70
Рисунок 7	Разрыв замкнутого круга непрофессионально выполненных абортов.....	85
Рисунок 8	Вероятность зачатия по дням цикла.....	101
Рисунок 9	Алгоритм МЛА.....	126
Таблица 8	Наиболее распространенный гормональный состав.....	132
Таблица 9	Взаимодействие с другими лекарственными препаратами.....	168
Рисунок 10	Оказание помощи при кровотечениях/выделениях при приеме КОК.....	170
Таблица 10	Состав ЧПТ.....	179
Таблица 11	Требования к перчаткам во время выполнения различных процедур в службах по планированию семьи.....	354
Рисунок 11	Повторное надевание колпачка на иглу методом одной руки.....	357
Рисунок 12	Основные этапы обработки зараженных инструментов и других предметов.....	358
Таблица 12	Эффективность различных методов обработки инструментов.....	361
Рисунок 13	Паровой барабан для ГД.....	364

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

АД: артериальное давление

БТТ: базальная t° тела

ВВ: внутривенно

ВГВ: вирус гепатита В

ВЗОТ: воспалительное заболевание органов таза

ВИЧ: вирус иммунодефицита человека

ВМ: внутримышечно

ВМС: внутриматочная спираль

ВПГ: вирус простого герпеса

ВПЧ: вирус папилломы человека

ГД: глубокая дезинфекция

ГНИД: Грам-негативные интрацеллюлярные диплококки

ДМПА: депо-медроксипрогестерон ацетат

ДС: добровольная стерилизация

ЕПС: естественное планирование семьи

ЗППП: заболевания, передаваемые половым путем

ИМП: инфекции мочевых путей

ИПП: инфекции половых путей

КОК: комбинированные оральные контрацептивы

КИК: комбинированные инъекционные контрацептивы

ЛВП: (альфа-) липопротеины высокой плотности

ЛГВ: лимфогранулема венерическая

ЛНГ: левоноргестрел

МЛА: метод лактационной аменореи

млн. ед.: миллион единиц

Н/О: не относится

НЭТ-ЭН: Норэтиндрон энантат

ПИ: профилактика инфекций

ПК/МВ: прорывные кровотечения/мажущие выделения

ПМ: последняя менструация

ПМН: полиморфонуклеарные нейтрофильные лейкоциты

РБП: реактин быстрой плазмы

СГ: семейная гиперлипидемия

СПИД: синдром приобретенного иммунодефицита

ССЗ: сердечно-сосудистое заболевание

СТШ: синдром токсического шока

уд/мин: ударов в минуту

ХГЧ: хорионический гонадотропин человека

ЦНС: центральная нервная система

ЧПИК: чисто прогестиновые инъекционные контрацептивы

ЧПК: чисто прогестиновые контрацептивы

ЧПТ: чисто прогестиновые таблетки (мини-пили)

Э/П: эстроген/прогестин

ЭЭ: этинил эстрадиол

CIS (carcinoma in situ): преинвазивный внутриэпителиальный рак

CPR: реанимация при заболеваниях сердца

GC: *Neisseria gonorrhoeae*

H₂O: вода

Hb/Hct: гемоглобин/гематокрит

KOH (potassium hydroxide): гидроокись калия

NSAID: нестероидный противовоспалительный препарат

VDRL: стандартный нетрепонемальный антигенный серологический тест на сифилис

ПРЕДИСЛОВИЕ

“Краткое руководство по репродуктивному здоровью и контрацепции” составлено таким образом, чтобы обеспечить клиницистов легко доступной, клинически ориентированной информацией для использования во время предоставления услуг в области планирования семьи. Руководство предназначено для каждого, кто, будучи не в состоянии ждать, когда появится возможность сходить в библиотеку или обратиться за информацией к другому справочнику, пытается срочно найти ответ на вопрос о состоянии пациента или каком-то методе контрацепции.

КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ КРАТКИМ РУКОВОДСТВОМ

Информация в *Кратком руководстве* представлена в зависимости от двух типов клинических ситуаций:

- Когда пациентка представляет собой **необычный клинический случай**, как, например, женщина с имеющимся на данный момент заболеванием (например, диабетом) или та, которой требуется неотложная контрацепция. Рекомендации даются как по часто встречающимся **клиническим состояниям**, так и по редким медицинским проблемам.
- Когда требуется **информация о конкретном методе контрацепции**. Для каждого метода после информации о механизме действия, характерных чертах и мерах предосторожности при назначении и использовании следуют инструкции по ведению побочных эффектов и решению других проблем. Мы разделили характерные черты каждого метода на достоинства и недостатки; такое разделение очень субъективно и, хотя наше решение основывалось на клиническом опыте, для некоторых пациентов это разделение может оказаться не вполне справедливым.

Кроме этого, пользователь данного руководства снабжается дополнительной информацией по консультированию, оценке и инструктированию пациентов, которая может понадобиться при работе в клинике или офисе.

Наконец, для справки дается самая существенная информация по проведению обслуживания, включающего в себя:

- процедуры, требующие применения рекомендуемых мер по профилактике инфекций, или
- ЗППП, включая инфекции половых путей (ИПП).

СТРУКТУРА КРАТКОГО РУКОВОДСТВА

О методах планирования семьи, особенно о комбинированных оральных контрацептивах (КОК) и ВМС, существует больше информации, чем, вероятно, на любую другую медицинскую тему. К сожалению, эта информация не всегда легко доступна и часто обобщена в неудобной для пользователя форме. Чтобы исправить эту ситуацию, в *Кратком руководстве* приводится только самая основная информация и используется формат, называемый центральным индексированием, который облегчает поиск того, что нужно, и когда нужно. **Центральный индекс и символы (изображения)**, используемые в каждой главе, указывают пользователю на раздел, соответствующий данной клинической ситуации, в то время как ссылки в самом тексте помогают найти источник дополнительных сведений. К другим чертам руководства, облегчающим работу с ним, относятся:

- Расположение в алфавитном порядке названий заболеваний в главе “**Медицинские проблемы**”, что облегчает их поиск
- Представление материала в каждой главе, посвященной контрацептивному методу, в **одной и той же последовательности**, начиная с общей информации и заканчивая ведением побочных эффектов и других проблем

МЕДИЦИНСКИЕ КРИТЕРИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНТРАЦЕПТИВНЫХ МЕТОДОВ

Противопоказанием называется такое состояние или заболевание, которое делает медикамент или курс лечения **небезопасным** или **нерекомендуемым** для пациента. Чтобы защитить пациента от осложнений, вызванных применением того или иного контрацептива, в прошлом для каждого метода был разработан перечень противопоказаний. Хотя такие перечни и были составлены в интересах пациентов, некоторым потенциально серьезным, но довольно редким осложнениям придавалось слишком большое значение.

Кроме этого, хотя **противопоказания** со временем меняются, их **перечень** часто остается постоянным. (То же самое в какой-то степени касается и показаний.) Более того, то, что является противопоказанием в одной стране, может не быть таковым в регионе с другими репродуктивными характеристиками. Наконец, во многие страны новая информация поступает медленно, и перечень **противопоказаний** остается неизменным на протяжении долгих лет.

В *Кратком руководстве* мы решили заменить понятие “противопоказание” понятием “состояние, требующее мер предосторожности”. Эта замена, однако, полностью не решает проблемы с перечнями. Поэтому в дополнение к спискам показаний и состояний, требующих мер предосторожности, мы даем короткое объяснение причин такой классификации.

СИСТЕМА КЛАССИФИКАЦИИ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В 1994-95 гг. состоялась целая серия рабочих совещаний, проведенных Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ), целью которых был пересмотр медицинских критериев для начала и продолжения использования всех широко распространенных контрацептивных методов, включая добровольную стерилизацию (ДС). Участники этих рабочих совещаний разработали систему классификации и применили ее ко всем существующим методам контрацепции (отдельная система была использована для процедур ДС - см. главу “Добровольная стерилизация”). Согласно этой классификации, различные контрацептивные методы оцениваются с точки зрения отношения риска для здоровья к пользе от их применения при наличии определенных состояний. (Понятие “**состояние**” включает в себя как **биологические характеристики** женщины, такие как возраст или репродуктивный анамнез, так и любые известные **текущие заболевания**, как, например, диабет или гипертония.)

Любое специфическое **состояние**, влияющее на показания к использованию метода контрацепции, можно отнести к одной из следующих четырех категорий:

Таблица 1. Система классификации ВОЗ

КЛАСС ВОЗ	ОПРЕДЕЛЕНИЕ	ПРИМЕРЫ (ДЛЯ КОК)
<p>Класс 1: Метод используется при любых обстоятельствах.</p>	<p>Состояние, при котором нет никаких ограничений для использования метода контрацепции.</p>	<p>Варикозное расширение вен</p>
<p>Класс 1: Метод обычно используется.</p>	<p>Состояние, при котором польза от использования метода обычно перевешивает теоретический или доказанный риск.</p>	<p>$АД < 160/100$</p>
<p>Класс 1: Использование метода обычно не рекомендуется, за исключением случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы.</p>	<p>Состояние, при котором теоретический или доказанный риск обычно перевешивает пользу от использования метода.</p>	<p>$АД \geq 160/100$</p>
<p>Класс 1: Метод не должен использоваться.</p>	<p>Состояние, при котором применение контрацептива создаст недопустимый риск для здоровья.</p>	<p>Беременность</p>

M

Оценка необъяснимых вагинальных кровотечений

У женщин детородного возраста, особенно моложе 35 лет, серьезные патологические заболевания (такие как опухоль, рак) встречаются редко. Например, **необъяснимые вагинальные кровотечения** в этой возрастной группе чаще всего вызваны какими-то **связанными с беременностью** проблемами (как, например, спонтанный или незавершенный аборт или трубная беременность) или **функциональными нарушениями**, такими как отсутствие овуляции. Поэтому только те женщины с необъяснимыми вагинальными кровотечениями, у которых врач **очень подозревает** наличие серьезных проблем, нуждаются в обследовании до начала использования ими контрацептива. Женщины с **нерегулярными менструальными кровотечениями** при **отсутствии** серьезных подозрений могут без ограничений использовать любой контрацептивный метод (ВОЗ класс 1).

Особое замечание относительно комбинированных инъекционных контрацептивов (КИК)

Во второе издание *Краткого руководства* мы впервые включили комбинированные инъекционные контрацептивы (Cyclofem и Mesigyna). Поскольку КИК, содержащие эстроген и прогестин, являются относительно новым контрацептивным методом, на сегодняшний день существует мало эпидемиологических данных о долгосрочных эффектах при их применении. Однако нет оснований полагать, что у пациенток будет больше проблем с КИК, чем с КОК, - скорее, проблемы будут другие и, возможно, менее серьезные. Например, при использовании КИК, в отличие от КОК, эстроген присутствует лишь в течение первых 8-11 дней после инъекции, и его уровни больше похожи на естественные во время нормального менструального цикла. В результате регулярность менструального цикла несколько хуже (больше дней с прорывными мажущими выделениями и кровотечениями и чаще случается аменорея), чем при использовании КОК (см. **рисунок 4** в главе "**Оценка пациентов**"). Однако было замечено, что более физиологическая доза эстрогена в КИК меньше изменяет АД, свертывающую систему крови, липидный метаболизм и функции печени. С другой стороны, КОК могут быть прекращены немедленно, в то время как эффект КИК продолжается в течение некоторого времени после последней инъекции.

СООТВЕТСТВИЕ КРАТКОГО РУКОВОДСТВА МЕЖДУНАРОДНЫМ МЕДИЦИНСКИМ КРИТЕРИЯМ



При создании *Краткого руководства* были приложены все усилия, чтобы представить имеющуюся информацию в определенном порядке, который обеспечил бы врача четкими инструкциями по проведению обслуживания в области планирования семьи и ведению побочных эффектов и других проблем. Приводя наиболее современную информацию и в то же время следя за тем, чтобы не было никаких расхождений между различными источниками, мы надеемся, что:

- повысится **уверенность** и **компетентность** клиницистов, помогающих пациентам выбрать контрацептивный метод,
- улучшится качество услуг по планированию семьи (т.е. пациенты будут более удовлетворены обслуживанием), и
- увеличится доступность качественного контрацептивного обслуживания.

Принятая в *Кратком руководстве* система классификации дополняет используемую ВОЗ. Например, так же, как и система ВОЗ, данное пособие включает краткое объяснение того, **почему** конкретное состояние принадлежит к одной из четырех категорий. (Для удобства читателя во всех главах *Краткого руководства* для каждого состояния приведена классификация ВОЗ.)

Обоснования, включенные в это *Краткое руководство*, заимствованы не только из самых последних документов ВОЗ, но также из руководства “*Рекомендации по усовершенствованию отдельных методов использования контрацептивов*” (том 1), созданного технической рабочей группой USAID (ноябрь 1994), и из избранных мировых литературных источников по контрацептивной технологии.



—
—
—

ЗАМЕТКИ



0

■ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

■ Консультирование - это **важнейшая** часть планирования семьи. Оно помогает пациентам:

- • прийти к осознанному пониманию своих репродуктивных возможностей,
- • выбрать метод контрацепции, которым они останутся довольны,
- • правильно и безопасно применять выбранный метод.

■ Хорошее консультирование сосредоточено на нуждах конкретного пациента в конкретной ситуации. Хорошие консультанты готовы выслушать и ответить на все вопросы и сомнения пациента.

■ Ключ к хорошему консультированию

■ Хороший консультант:

- • Понимает и уважает права пациента
- • Завоевывает доверие пациента
- • Понимает достоинства и недостатки всех контрацептивных методов
- • Понимает культурные и эмоциональные факторы, влияющие на решение женщины (или семейной пары) использовать тот или иной контрацептивный метод
- • Поощряет пациента задавать вопросы
- • Не осуждает пациента, показывая тем самым свое уважение и доброе отношение к нему/ней
- • Представляет информацию объективно и с вниманием к пациенту
- • Активно выслушивает все сомнения пациента
- • Понимает значимость неречевого общения
- • Понимает, когда не в состоянии до конца помочь пациенту, и направляет его/ее к тому, кто сможет это сделать

■ Чтобы быть успешным, консультирование должно базироваться на отношениях взаимного доверия и уважения между консультантом и пациентом.

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

Обслуживая пациентов, очень важно помнить, что им принадлежит:

- право решать, использовать или нет планирование семьи,
- свобода в выборе того, какой метод использовать,
- право на конфиденциальность, а также
- право отказаться от прохождения любого типа осмотра.

Кроме этого, хотя многие методы контрацепции очень эффективны, неудача все же возможна. В этом случае пациентку надо проконсультировать, проинформировав о всех имеющихся у нее возможностях, и дать соответствующее направление.

ПРОЦЕСС КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Обсуждая с пациентом его/ее контрацептивные возможности, медицинские работники должны коротко рассказать обо всех существующих методах, даже если пациент знает, какой метод он/она хочет использовать.

Медицинские работники должны всегда держать в памяти определенные факты о каждом пациенте, которые могут оказаться очень важными в зависимости от того, какой метод рассматривается. К этим фактам относятся:

- репродуктивные цели женщины или пары (перерыв между родами или планирование родов),
- персональная информация, включая длительность и стоимость поездок к врачу, возможные боль или неудобство при применении метода,
- доступность и наличие других предметов, необходимых при использовании метода контрацепции,
- необходимость защиты от ИПП и других ЗППП (включая ВГВ, ВИЧ/СПИД).

Процесс консультирования можно разделить на три этапа (см. рисунок 1. Этапы консультирования):

- **первоначальное консультирование** в приемной (описываются все методы и пациенту помогают выбрать тот, который подходит ей/ему больше всего);

- **консультирование по конкретному методу** до или сразу после предоставления услуг (пациент получает инструкции о том, как использовать данный метод, и с ним/ней обсуждаются возможные побочные эффекты);
- **консультирование на последующих приемах** (во время повторного визита обсуждается опыт использования метода, удовлетворенность сделанным выбором и любые проблемы, которые могли возникнуть).

Консультирование, однако, должно быть частью **каждой встречи** с пациентом.

КОМУ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ?

Информационно-просветительная работа и консультирование обычно будут исходить из более чем одного источника. Поэтому **весь штат** клиники должен быть проинформирован о **всех** существующих методах контрацепции.

ИНФОРМАЦИЯ О ПЛАНИРОВАНИИ СЕМЬИ

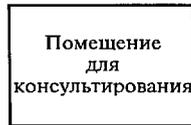
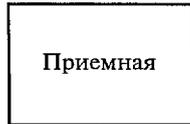
Далее следуют таблица (**таблица 2**) и рисунки (**рисунки 2 и 3**), которые помогут обслуживающему персоналу и клиницистам в образовании и консультировании своих пациентов по всем методам контрацепции.

Замечание: Тогда как все методы контрацепции можно начать применять, если есть уверенность в том, что пациентка не беременна (см. главу “**Оценка пациентов**”), рекомендуемое время для начала каждого метода приводится в **таблице 2**.

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

Рисунок 1. Этапы консультирования

Первоначальное консультирование

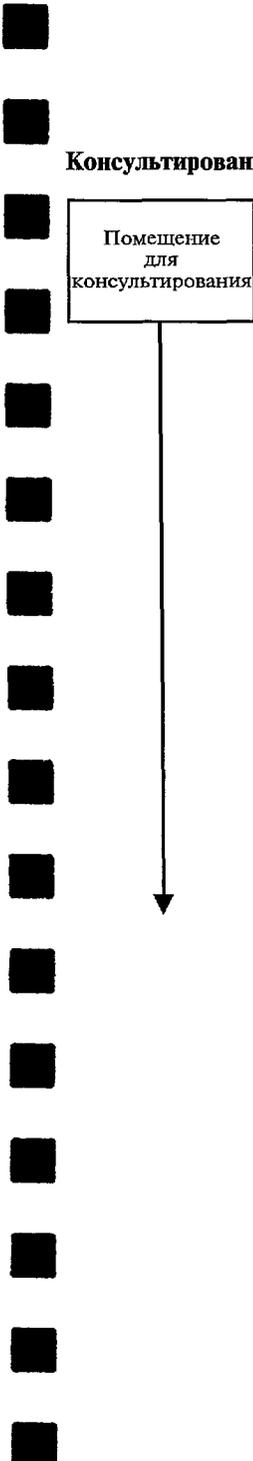


- Тепло поприветствуйте пациента в клинике и представьтесь.
- Дайте общую информацию о планировании семьи.
- Проинформируйте о всех существующих методах контрацепции, риске, связанном с их применением, а также их пользе. Объясните разницу между обратимыми и необратимыми методами. Исправьте ложные слухи или неправильную информацию, касающуюся всех методов.

- Получите общую информацию о пациенте (имя, адрес и т.д.)
- Спросите пациента о ее/его репродуктивных целях и возможной необходимости защиты от ИПП и других ЗППП, включая ВГВ и ВИЧ/СПИД. Узнайте, хочет ли пациентка сделать перерыв между родами или ограничить рождаемость.
- Тщательно обсудите с пациентом ее/его нужды, заботы и сомнения, сделав это в доброжелательной манере. Выясните, существуют ли какие-либо взгляды, культурные или религиозные верования, которые могут способствовать или препятствовать выбору того или иного метода.
- Помогите пациенту выбрать подходящий ей/ему метод.

Консультирование по конкретному методу

Помещение
для
консультирования



После того, как метод был выбран:

- Убедитесь, что не существует никаких медицинских состояний, которые в дальнейшем могут оказаться проблемой или потребовать более частого наблюдения.
- Четко охарактеризуйте метод, подчеркнув следующие моменты:
 - эффективность
 - правила использования
 - удобство, комфортность метода, его обратимость
 - защита от ИПП и других ЗППП, включая ВГВ и ВИЧ/СПИД.
- Объясните обычные побочные эффекты или проблемы, связанные с этим методом, особенно любые возможные изменения менструального цикла у женщин; убедитесь, что пациенту все понятно.
- Если есть риск заражения ЗППП, скажите, что следует дополнительно использовать какой-то барьерный метод.

Консультирование по конкретному методу (продолжение)

Процедурная/
смотровой
кабинет



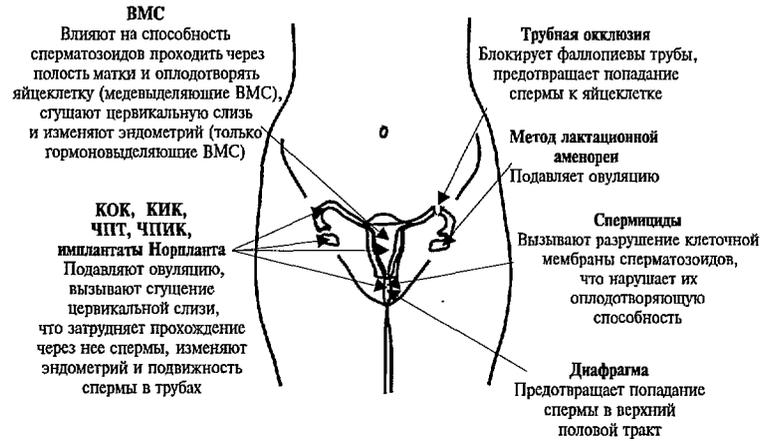
- Просмотрите результаты оценки пациента, чтобы убедиться, что он/она является подходящей кандидатурой для этого метода, или чтобы установить наличие каких-либо проблем, которые потребуют более частого наблюдения во время использования данного метода.
- Проконсультируйте, в том числе объяснив то, как использовать метод и что делать в случае возникновения каких-либо проблем или побочных эффектов. Особое внимание следует уделить изменениям менструального цикла у женщин.
- Проинформируйте о тревожных признаках возможных медицинских проблем и необходимости немедленно прийти в клинику в случае их появления.
- Убедите пациента, что он/она может вернуться в клинику для получения консультации или совета в любое время.
- Попросите повторить все инструкции.
- Ответьте на любые оставшиеся вопросы.
- Заполните карточку пациента.

Консультирование на повторном приеме

Помещение для
консультирования/
смотровой кабинет

- Узнайте, удовлетворен(-а) ли пациент(-ка) выбранным методом.
- Спросите, есть ли какие-либо проблемы, и ответьте на любые вопросы, связанные с побочными эффектами и другими проблемами.
- Повторите инструкции по использованию выбранного метода.

Рисунок 2. Механизмы действия



Презервативы
Предотвращают попадание спермы в женский половой тракт

Вазэктомия
Блокирует семенной канал и предотвращает эякуляцию

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

Таблица 2. Характеристика методов

МЕТОД	ЧАСТОТА БЕРЕМЕННОСТИ (ТИПИЧНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ) ^a	КОГДА НАЧИНАТЬ (Дни менструального цикла) ^b
Вазэктомия	0,1 - 0,15	Не связан с менструальным циклом
Трубная окклюзия	0,2 - 0,4 ^c	Дни с 6-го по 13-й
Имплантаты	0,2 - 1	Дни с 1-го по 7-й
КИК	0,1 - 0,4	Дни с 1-го по 7-й
ЧПИК	0,3 - 1	Дни с 1-го по 7-й
ВМС: меде- и гормоновыделяющие	0,5 - 1	Дни с 1-го по 7-й
ЧПТ	0,5 - 10	День 1-й
КОК	0,1 - 8	Дни с 1-го по 7-й
МЛА	1 - 2 ^d	После родов при кормлении грудью
Презервативы	2 - 12	В любое время (должен использоваться во время каждого полового акта)
Спермициды	3 - 21	В любое время (должен использоваться во время каждого полового акта)
Прерывание полового акта	4 - 18	В любое время (должен использоваться во время каждого полового акта)
Диафрагма со спермицидом	6 - 18	В любое время (должен использоваться во время каждого полового акта)
ЕПС	9 - 20	После обучения пациентки правилам его использования

^a Диапазон частоты беременности на 100 женщин в течение первого года использования.

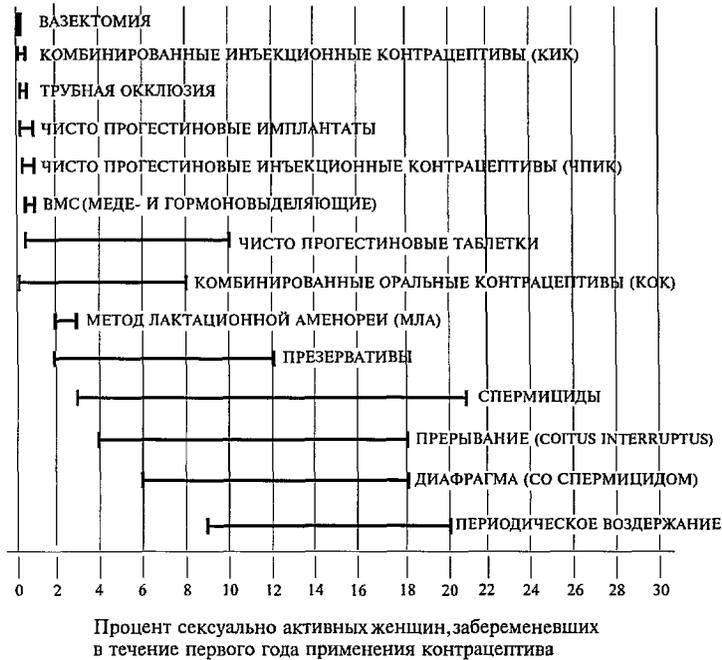
^b Все методы могут быть начаты в любое время при наличии уверенности, что пациентка не беременна.

^c Последние данные показывают, что процент неудач через 5 и 10 лет повышается в зависимости от возраста женщины во время процедуры, а также использованного метода стерилизации.

^d Если кормит исключительно грудью, отсутствует вагинальное кровотечение и возраст ребенка меньше 6 месяцев

Заимствовано из: Labbok, Cooney и Coly 1994; Trussel 1990; WHO 1993.

Рисунок 3. Диапазон частоты беременности при теоретическом и типичном использовании контрацептива на 100 женщин в течение первого года применения



Адаптировано из: Labbok, Cooney and Coly 1994; Population Action International 1991; Trussel 1990; WHO 1993.

ЗАМЕТКИ



ОЦЕНКА ПАЦИЕНТОВ

Главная цель оценки пациентки до предоставления ей обслуживания в области планирования семьи состоит в определении того, что:

- пациентка не беременна,
- нет состояний, требующих осторожности при назначении какого-то метода,
- нет каких-либо сопутствующих заболеваний, требующих дополнительных исследований, лечения или регулярного наблюдения.

Эта цель обычно может быть достигнута путем постановки нескольких ключевых вопросов. Если не обнаружено никаких специфических проблем, то большинство контрацептивных методов, за исключением ВМС и добровольной стерилизации, не требуют **физического или тазового осмотра**, потому что:

- Современные низкодозные¹ комбинированные (эстроген/прогестин) контрацептивы, такие как КОК и КИК, вполне безопасны. Они безопаснее и имеют меньше серьезных побочных эффектов, чем их предшественники, и редко вызывают ухудшение текущих заболеваний.
- Чисто прогестиновые таблетки, инъекции и имплантаты не имеют связанных с эстрогеном побочных явлений и суточная доза прогестина в них ниже, чем в КОК.

Там, где ресурсы ограничены, требование, чтобы пациенты проходили медицинский осмотр и/или лабораторные исследования (например, на содержание сахара в крови и гемоглобин) перед назначением им современных контрацептивов, **не обосновано**. Когда спрос на услуги по планированию семьи велик, медицинские требования, которые **не** являются существенными для назначения конкретного метода, оборачиваются значительной преградой к выбору контрацептива и доступности обслуживания. Чтобы обеспечить пациенту свободный доступ к выбранному методу, необходимо ограничить медицинскую оценку **только** теми процедурами, которые необходимы для **всех** пациентов и при **всех** условиях.

¹ Низкодозные комбинированные контрацептивы содержат 30-35 мкг ЭЭ.

ОЦЕНКА ПАЦИЕНТОВ

За исключением презервативов (и диафрагмы в меньшей степени), ни один метод контрацепции не обеспечивает защиту от ИППП и других ЗППП (например, ВГВ и ВИЧ/СПИД). Все пациенты должны быть проинформированы о риске заражения ИППП и другими ЗППП (подробности, касающиеся оценки пациентов, см. в главе “ЗППП и планирование семьи”).

КАК С ДОСТАТОЧНОЙ ДОСТОВЕРНОСТЬЮ УБЕДИТЬСЯ, ЧТО ПАЦИЕНТКА НЕ БЕРЕМЕННА¹

Можно быть довольно точно уверенным, что пациентка не беременна, если у нее отсутствуют симптомы беременности (например, набухание молочных желез или тошнота), а также:

- не было полового акта после последней менструации; или
- правильно и непрерывно использовался надежный контрацептивный метод; или
- прошло не более 7 дней с начала менструации (дни цикла с 1-го по 7-й); или
- прошло не более 4 недель после родов (если женщина не кормит грудью); или
- прошло не более 7 дней после аборта; или
- женщина кормит исключительно грудью, после родов прошло менее 6 месяцев и у нее еще не было менструации.

Если после родов прошло более 6 месяцев, можно с достоверностью считать, что женщина не беременна, если:

- она продолжает **очень часто кормить грудью**,
- у нее отсутствует менструация (сохраняется **аменорея**), и
- нет **клинических признаков/симптомов беременности**.

Гинекологический (тазовый) осмотр требуется редко, за исключением тех случаев, когда необходимо исключить беременность спустя >6 недель со времени последней менструации (ПМ).

Анализ на беременность не требуется, кроме случаев, когда:

- подтверждение беременности затруднено (например, 6 или менее недель после ПМ); или

² *Зайствовано из:* Technical Guidance Working Group 1994.

- результаты тазового осмотра неоднозначны (например, пациентка страдает ожирением, что затрудняет определение размера матки).

В этих случаях может помочь высокочувствительный анализ мочи на беременность (выявляет < 50 млн. ед/мл ХГЧ), если он доступен и недорог. Если анализ сделать **невозможно**, порекомендуйте пациентке использовать временный контрацептивный метод или воздержаться от половых актов до наступления менструации или подтверждения беременности.

ТАБЛИЦЫ ОЦЕНКИ ПАЦИЕНТОВ

Нижеследующие таблицы содержат:

- образцы перечней вопросов для оценки пациентки перед назначением ей обратимых методов (гормональные и ВМС),
- руководство по определению пригодности пациента для прохождения добровольной стерилизации в амбулаторных условиях, а также
- суммарный перечень вопросов для оценки пациентки/а перед назначением ей/ему любого метода.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТАБЛИЦ ОЦЕНКИ ПАЦИЕНТА ДЛЯ ОБРАТИМЫХ МЕТОДОВ

Если на все вопросы любой таблицы пациентка отвечает “**НЕТ**” и подозрение на беременность **отсутствует**, пациентка может прямо переходить к прохождению консультирования по конкретному методу, к тазовому осмотру (необходим только для ВМС) и получению контрацептивного средства. Однако, если пациентка отвечает “**ДА**” на какой-то вопрос, то ей может потребоваться дополнительное обследование до того, как будет принято окончательное решение.

Замечание: Пациенты не всегда могут располагать точной информацией или ответить на все вопросы **таблиц оценки пациента**. Чтобы обеспечить максимальную точность, может понадобиться иная формулировка вопроса(-ов). Кроме этого, надо принимать во внимание любые культурные или религиозные факторы, которые могут повлиять на ответы пациентки.

ОЦЕНКА ПАЦИЕНТОВ

Результаты заполнения **таблицы оценки пациента** определяют, необходим ли ей физический осмотр (т.е. если пациентка отвечает “ДА” на какой-либо вопрос, может потребоваться небольшой физический осмотр или дополнительные вопросы).

Таблица 3. Перечень вопросов перед назначением гормональных методов (таблетки, инъекции и имплантаты)

	ДА	НЕТ
Кормит грудью и ребенку менее 6 недель ^{a,b}		
Кровотечение/кровянистые выделения между менструациями или после полового акта		
Желтуха (аномальное пожелтение кожи или глаз)		
Курильщица старше 35 лет ^b		
Диабет		
Сильные головные боли или помутнение зрения		
Сильные боли в области бедра, икроножных мышц, груди или отек ног ^b		
Повышенное АД (в анамнезе) ^b		
Инфаркт, инсульт или сердечные заболевания (в анамнезе)		
Рак молочной железы или подозрительные (плотные, неподвижные) уплотнения в груди		
Принимает препараты от эпилепсии (фенитоин и барбитураты) или туберкулеза (рифампин) ^c		

^a Комбинированные эстроген-прогестиновые контрацептивы (КОК и КИК) являются наименее подходящим методом для кормящих грудью женщин, особенно в первые 6-8 недель после родов.

^b Не относится к чисто прогестиновым контрацептивам (имплантатам, ЧПИК и ЧПТ).

^c Не относится к ЧПИК.

Таблица 4. Перечень вопросов перед назначением ВМС

	ДА	НЕТ
Пациентка (или ее партнер) имеет другого полового партнера		
Венерические инфекции половых путей (ИПП) или другие ЗППП (как ВГВ, ВИЧ/СПИД) за последние 3 месяца		
Воспалительные заболевания органов таза (ВЗОТ) или эктопическая беременность (за последние 3 месяца)		
Обильные менструальные кровотечения (в два раза больше или в два раза дольше, чем обычно) ^a		
Продолжительные менструальные кровотечения (> 8 дней) ^a		
Сильные менструальные боли (дисменорея), требующие анальгетиков и/или постельного режима ^a		
Кровотечение/кровянистые выделения между менструациями или после полового акта		
Симптомные поражения клапанов сердца ^b		

^a Не относится к выделяющим прогестин ВМС.

^b Назначьте профилактический антибиотик, если только на момент введения ВМС женщина не проходит длительный курс антибиотиков (дополнительную информацию см. в главе “ВМС”).

ОЦЕНКА ПАЦИЕНТОВ

Процедуры ДС, включая минилапаротомию и лапароскопию, обычно могут быть безопасно выполнены в амбулаторных учреждениях. Указания, представленные в таблицах ниже, предназначены для использования при отборе здоровых пациентов, которые могут пройти ДС в амбулаторных условиях (подробности см. в главе “Добровольная стерилизация”). Понятие “неприемлемо” означает, что процедуру, вероятно, следует проводить в условиях, где есть дополнительная помощь и наличие страховочных мероприятий (например, присутствие более опытного врача). Это не имеет отношения к тому, насколько правильно решение пациента подвергнуться ДС.

Таблица 5. Руководство к проведению женской ДС

КАТЕГОРИЯ	КРИТЕРИИ ОТБОРА	
	Приемлема	Неприемлема
Общее состояние (из анамнеза и ограниченного физического осмотра)	Нормальный анамнез и отсутствие симптомных заболеваний сердца, легких или почек в настоящее время	Неконтролируемый диабет или история нарушений свертывания крови, наличие симптомных заболеваний сердца, легких или почек в настоящее время
Эмоциональное состояние	Спокойное	Неликвидированные страхи и нервозность
АД	< 160/100 mm/Hg	≥ 160/100 mm/Hg
Вес	Max вес: 80 кг Min вес: 35 кг	> 80 кг < 35 кг
Предшествующие абдоминальные/тазовые операции	Кесарево сечение - только при подвижном абдоминальном рубце и нормальном результате тазового осмотра	Другая абдоминальная хирургия, неподвижный рубец или аномальные результаты тазового осмотра
Предшествующие тазовые заболевания (ВЗОТ, эктопическая беременность) или разрыв аппендикса	Нет в анамнезе, нормальные результаты абдоминального/тазового осмотра	Аномальный результат абдоминального/тазового осмотра
Анемия ^a	Hb ≥ 7 г/дцл	Hb < 7 г/дцл

^a ВОЗ рекомендует соблюдать осторожность, выполняя процедуру ДС пациентам с гемоглобином 7-10. (Процедура обычно выполняется в стандартных условиях, но с дополнительной предоперационной подготовкой и предосторожностью.)

Замечание: Успех программы добровольной стерилизации в амбулаторных условиях зависит от того, насколько хорошо обучены клиницисты и весь персонал и чувствуют ли они себя уверенно, работая с пациентами, находящимися в полном сознании или под легкой седацией.

Таблица 6. Руководство к проведению мужской ДС

КАТЕГОРИЯ	КРИТЕРИИ ОТБОРА	
	Приемлема	Неприемлема
Общее состояние (из анамнеза и ограниченного физического осмотра)	Нормальный анамнез и отсутствие симптомных заболеваний сердца, легких или почек в настоящее время	Неконтролируемый диабет или история нарушения свертывания крови; наличие симптомных заболеваний сердца, легких или почек в настоящее время
Эмоциональное состояние	Спокойное	Неликвидированны страхи и нервозность
АД	< 160/100 мм/Нг	≥ 160/100 мм/Нг
Пахово-мошоночная инфекция или аномалии (неопустившиеся яички, грыжа)	Нормальные результаты осмотра	Инфекция паховой или мошоночной области, баланит или анатомические аномалии
Анемия ^a	НЬ ≥ 7 г/дцл	НЬ < 7 г/дцл

^a ВОЗ рекомендует соблюдать осторожность, выполняя процедуру ДС пациентам с гемоглобином 7-10. (Процедура обычно выполняется в стандартных условиях, но с дополнительной предоперационной подготовкой и предосторожностью.)

ОЦЕНКА ПАЦИЕНТОВ

Таблица 7. Сводная таблица: Требования к оценке пациента для всех контрацептивных методов

ОЦЕНКА	ЕПС, МЛА или прерывание	Барьерные методы (презерватив/ диафрагма) или спермициды
Репродуктивный анамнез	ДА	ДА
ИПП/ЗППП в анамнезе	НЕТ	НЕТ
Физический осмотр		
Женщины Общий (включая АД)	НЕТ	НЕТ
Абдоминальный	НЕТ	НЕТ
Тазовый в зеркалах	НЕТ	НЕТ
Тазовый бимануально	НЕТ	ДА ^а
Мужчины (пах, пенис, яички и мошонка)	НЕТ	НЕТ

^а Необходим для подбора размера и примерки диафрагмы.

ГОРМОНАЛЬНЫЕ (КОК,КИК,ЧПТ,ЧПИК или имплантаты)	ВМС	ДОБРОВОЛЬНАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ (женщины/мужчины)
ДА (см. таблицу оценки пациента)	ДА (см. таблицу оценки пациента)	ДА (см. таблицу оценки пациента)
НЕТ	ДА	ДА
НЕТ ^b	НЕТ ^b	ДА
НЕТ ^b	ДА	ДА
НЕТ ^{b,c}	ДА	ДА
НЕТ ^c	ДА	ДА
НЕ ОТНОСИТСЯ	НЕ ОТНОСИТСЯ	ДА

^b Если в отборочном вопроснике получены только отрицательные ответы (“НЕТ”), осмотр не требуется.

^c Необходим только в случае, если есть подозрение, что пациентка беременна, но нет возможности сделать анализ на беременность.

ОЦЕНКА ПАЦИЕНТОВ

ХАРАКТЕР МЕНСТРУАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ГОРМОНАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ И ВМС

Большинство современных контрацептивных методов (таблетки, инъекционные, имплантаты и ВМС) влияют на характер менструальных кровотечений. Как правило, для женщин более приемлемы те методы, при использовании которых характер менструальных кровотечений близок к естественному. К сожалению, все обратимые современные методы могут изменить характер менструальных кровотечений в плане:

- количества дней с кровотечением/кровянистыми выделениями,
- количества циклов кровотечений/кровянистых выделений, или
- комбинации двух предыдущих.

Вагинальное кровотечение: определения

Во всех главах *Краткого руководства* при описании изменений характера менструальных кровотечений для каждого контрацептивного метода понятие вагинального кровотечения определено следующим образом:

Кровотечение: это любое выделение крови из влагалища, требующее использования санитарных средств (гигиенических пакетов, тампонов и т.д.).³

- **Сильное кровотечение:** в 2 раза длиннее или в 2 раза больше обычного
- **Длительное кровотечение:** продолжается более 8 дней

Выделения: это минимальные выделения розоватого, коричневого или красного цвета, во время которых никаких санитарных средств не требуется.

³ Кровопотеря за **нормальную** менструацию составляет 50-80 мл.

Аменорея:

- **Первичная:** отсутствие маточных кровотечений/выделений к 16 годам (если отсутствуют вторичные половые признаки) или к 18 годам (при наличии вторичных половых признаков).
- **Вторичная:** отсутствие маточных кровотечений/выделений, по крайней мере, в течение 3 месяцев.

Олигоменорея: менструальный интервал > 35 дней, но < 3 месяцев (может быть как овуляторным, так и нет).

Полименорея: менструальный интервал 21 день или меньше (явный признак ановуляции).

Поскольку существует **прямая связь** между **характером вагинальных кровотечений** и **причинами прекращения использования контрацептива**, очень важно полное понимание всех типов происходящих изменений для правильного консультирования пациенток и лучшего ведения этих осложнений у продолжающих использовать метод.

Чтобы помочь врачам лучше оценить, какое влияние современные контрацептивы оказывают на характер менструальных кровотечений, их различные эффекты отражены на **рисунке 4**. Для построения этого графика было проведено сравнение 5 типов **клинически важных изменений кровотечения** (аменорея, редкие кровотечения, частые кровотечения, нерегулярные кровотечения и длительные кровотечения), связанных с каждым методом, с кровотечениями у около 4000 менструирующих женщин, не использующих контрацептивов (контрольная группа).

Как показано на **рисунке 4**, 85-90% контрольной группы имели приемлемый характер кровотечений⁴. Из графика видно, что постоянный прием низкодозных КОК способствовал увеличению числа женщин с приемлемым характером кровотечений почти до 95% к концу первого года (белый столбик), в то время как среди использующих ЧПИК (ДМПА) в течение первого года приемлемый характер кровотечений наблюдался лишь у 8-9%.

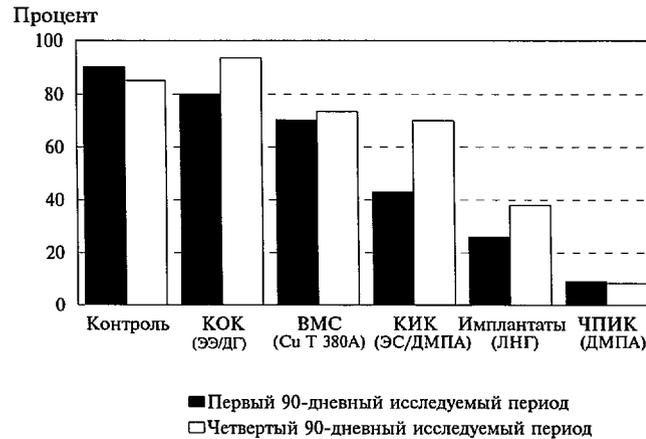
⁴ Приемлемым считался цикл, когда клинически важные изменения характера кровотечений отсутствовали в течение всех 90 дней исследуемого периода.

ОЦЕНКА ПАЦИЕНТОВ

Следует заметить, что некоторые виды кровотечений, считающиеся неприемлемыми (такие как аменорея или редкие кровотечения), могут для других женщин быть приемлемыми и даже желанными. Кроме этого, к четвертому 90-дневному периоду в характере кровотечений у 50-60% использующих ДМПА женщин преобладала аменорея или редкие кровотечения, а не нерегулярные и продолжительные кровотечения, характеризующие первый 90-дневный период.

Очень важно полное понимание того, как каждый контрацептив влияет на менструальный цикл женщины, т.к. это помогает пациентке более успешно выбрать подходящий ей контрацептивный метод, что повысит ее удовлетворенность в дальнейшем.

Рисунок 4. Женщины с приемлемым характером кровотечений (Первый и четвертый 90-дневные исследуемые периоды)



КОК (30 мкг ЭЭ и 150 мкг десогестрела); КИК (5 мг эстрадиол сипионата и 25 мг ДМПА); Левоноргестрел (ЛНГ); ЧПИК (150 мг ДМПА)

Заимствовано из: Fraser 1994; Sastawinata и др. 1991; Walling 1994.

МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

Женщины с медицинскими проблемами, даже если это хронические или достаточно серьезные заболевания, могут нуждаться в противозачаточных средствах. Выбор метода контрацепции в таких обстоятельствах может оказаться непростой задачей, поскольку существующая проблема может ограничить число подходящих женщине методов. Поэтому от предоставляющего услуги медработника требуются специальные знания о взаимодействии имеющейся медицинской проблемы с различными контрацептивными средствами. Кроме этого, женщины с медицинскими проблемами нуждаются в особом консультировании, которое направит их в выборе подходящего им метода контрацепции.

Хотя некоторые проблемы, представленные в этой главе, встречаются довольно редко, они включены сюда, чтобы дать клиницистам наиболее полную и современную информацию. Только так можно помочь пациенткам с описываемыми проблемами выбрать безопасный и эффективный метод контрацепции.

Риск беременности у женщины с серьезной медицинской проблемой, например, повышенным АД, всегда должен сравниваться с более низким риском, связанным с использованием определенного контрацептива.¹

Замечание: Иногда самым опасным контрацептивом является его отсутствие.

Наконец, следует поощрять только что родивших женщин, имеющих серьезные медицинские проблемы, кормить ребенка исключительно грудью. Кормление грудью согласно методу лактационной аменореи (МЛА) является эффективным краткосрочным методом контрацепции и одним из наиболее безопасных методов для матери с медицинскими проблемами.

Ниже обсуждаются ключевые моменты использования контрацептивов пациентами с **медицинскими проблемами**. Названия проблем даны в алфавитном порядке. В тех случаях, когда для определенного состояния существует один **наиболее** подходящий метод или более, он/они отмечен(-ы) звездочкой (*).

¹ Для семейных пар, состоящих во взаимовыгодных отношениях, вазэктомия, сделанная мужу, часто является самым безопасным долгосрочным методом контрацепции, если у жены имеются угрожающие жизни заболевания.

МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

ПРОБЛЕМА/ ЗАБОЛЕВАНИЕ

МЕТОДЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ С ОСТОРОЖНОСТЬЮ

ВИЧ/СПИД

ВМС: Женщины с ВИЧ/СПИДом должны избегать использования ВМС, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)



**Взаимодействие с другими
лекарственными препаратами** *(продолжение на следующей странице)*

Антибиотики

КОК, КИК, имплантаты и ЧПТ: Женщины с заболеваниями, требующими длительного применения **рифампина** или **гризеофульвина**³, должны избегать использования этих методов контрацепции, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)

Никаких ограничений к использованию с другими антибиотиками нет. (ВОЗ класс 1)

**РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
МЕТОДЫ²**
(ВОЗ КЛАССЫ 1 И 2)

КОММЕНТАРИИ

- МЛА
- КОК/КИК
- ЧПК
- Барьерные*
- Спермициды*
- ЕПС
- Прерывание
- Добровольная стерилизация

ВОЗ не рекомендует использовать ВМС потому, что эти женщины с уже подавленным иммунитетом **теоретически** могут подвергаться повышенному риску заражения ИПП и другими ЗППП (например, ВГВ), имея ВМС.

Сероположительные на ВИЧ или имеющие СПИД лица должны **всегда** использовать презерватив (мужской или женский) для уменьшения риска передачи заболевания.

- МЛА
- ЧПИК*
- ВМС*
- Барьерные
- Спермициды
- ЕПС
- Прерывание
- Добровольная стерилизация

Длительное применение рифампина при туберкулезе ускоряет печеночный метаболизм эстрогенов и прогестинов и может снизить эффективность всех гормональных методов, кроме ЧПИК. (Содержание прогестинов в крови при использовании ЧПИК достаточно велико, чтобы компенсировать ускорение метаболизма.)

² Наиболее подходящие методы выделены “звездочкой” (*).

³ Поскольку гризеофульвин обычно применяется только в течение короткого периода (2-4 недели), женщины, принимающие его для лечения грибковой инфекции, могут продолжать использовать эти контрацептивы. Им следует воспользоваться дополнительным страховочным методом во время приема антибиотика и после его окончания до начала следующей менструации.

МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

**ПРОБЛЕМА/
ЗАБОЛЕВАНИЕ**

**МЕТОДЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ
С ОСТОРОЖНОСТЬЮ**

**Взаимодействие с другими
лекарственными препаратами** (*продолжение на следующей странице*)

Антикоагулянты

КОК и КИК: Женщины с заболеваниями, требующими длительного приема антикоагулянтов, должны избегать использования КОК и КИК, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)

31

**РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
МЕТОДЫ²**
(ВОЗ КЛАССЫ 1 И 2)

КОММЕНТАРИИ

- МЛА
- ЧПК*
- ВМС*
- Барьерные
- Спермициды
- ЕПС
- Прерывание
- **Добровольная
стерилизация***

Использование этими женщинами
КОК или КИК влечет за собой
дополнительный риск нарушений
свертывания крови (эстрогенный
эффект).



² Наиболее подходящие методы выделены “звездочкой” (*).

МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

ПРОБЛЕМА/ ЗАБОЛЕВАНИЕ

МЕТОДЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ С ОСТОРОЖНОСТЬЮ

Взаимодействие с другими
лекарственными препаратами (*продолжение*)

Противосудорожные
(барбитураты, карба-
мазепин и фенитоин,
за исключением препа-
ратов вальпроиновой
кислоты)

КОК, КИК, имплантаты и ЧПТ:
Женщины, принимающие противосудорожные препараты, должны избегать использования этих методов, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)

**РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
МЕТОДЫ²**
(ВОЗ КЛАССЫ 1 И 2)

КОММЕНТАРИИ

- МЛА
- ЧПИК*
- ВМС*
- Барьерные
- Спермициды
- ЕПС
- Прерывание
- Добровольная стерилизация

Длительный прием противоэpileптических лекарств (**кроме** вальпроиновой кислоты) ускоряет печеночный метаболизм эстрогенов и прогестинов и может снизить эффективность всех гормональных методов, кроме ЧПИК. В целом, ни эстрогены, ни прогестины, по всей видимости, **не** изменяют судорожной активности, поэтому их можно назначать с осторожностью.

Появление межменструальных мажущих выделений или кровотечений может быть признаком снижения уровня половых стероидных гормонов (эстрогенов и прогестинов) вследствие взаимодействия с противосудорожными лекарствами. Если это произошло, рассмотрите возможность приема КОК с более высоким содержанием эстрогена (50 мкг ЭЭ) или помогите пациентке выбрать другой метод (КОК, КИК, имплантаты или ЧПТ).

Эффективность ЧПИК **не** снижается, потому что уровень обоих препаратов в крови достаточен, чтобы компенсировать ускорение метаболизма.

² Наиболее подходящие методы выделены “звездочкой” (*).

МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

ПРОБЛЕМА/ ЗАБОЛЕВАНИЕ

МЕТОДЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ С ОСТОРОЖНОСТЬЮ

**Внематочная
беременность**
(в анамнезе)

Имплантаты, ЧПТ и инертные и выделяющие прогестин ВМС: Поскольку ЧПТ, а также и инертные, и прогестиновые (Progestasert®) ВМС не блокируют процесс овуляции постоянно, женщины, выбравшие один из этих методов, могут подвергаться повышенному риску повторной внематочной беременности. Для сравнения, риск внематочной беременности у женщин, использующих медную (например, TCu 380 A) или левоноргестреловую ВМС, значительно ниже.

**Врожденные аномалии
матки** (двууголая или
двойная матка или
шейка)

ВМС: Женщины с любым видом аномалий матки не должны использовать ВМС. (ВОЗ класс 4)

**РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
МЕТОДЫ²**
(ВОЗ КЛАССЫ 1 И 2)

КОММЕНТАРИИ

- МЛА
- **КОК/КИК***
- **ЧПИК***
- ВМС
- Барьерные
- Спермициды
- ЕПС
- Прерывание
- Добровольная стерилизация

Женщина, которая имела внематочную беременность, подвержена повышенному риску ее повторения и должна использовать высокоэффективный контрацептив, желательно тот, который блокирует процесс овуляции (как, например, КОК или инъекционные).

В целом, риск внематочной беременности при использовании ВМС ТCu 380А чрезвычайно низок. Поэтому, если женщина не подвержена повышенному риску ИПП, медная ВМС будет для нее подходящим выбором.

Риск последующей внематочной беременности у женщин, не использующих никакого метода контрацепции, составляет порядка 20%, в то время как у женщин с ВМС он около 1-2%. Поэтому любой контрацептивный метод защищает от внематочной беременности лучше, чем отсутствие контрацептива вообще.

-
- МЛА
 - **КОК/КИК**
 - ЧПК
 - Барьерные
 - Спермициды
 - ЕПС
 - Прерывание
 - Добровольная стерилизация

Аномалии матки изменяют ее форму и могут затруднить введение ВМС, увеличить риск ее экспульсии и снизить эффективность метода.

² Наиболее подходящие методы выделены “звездочкой” (*).

МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

ПРОБЛЕМА/ ЗАБОЛЕВАНИЕ	МЕТОДЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ С ОСТОРОЖНОСТЬЮ
Гепатит	КОК и КИК: Женщины с активным (симптомным) гепатитом не должны использовать ни КОК, ни КИК. (ВОЗ класс 4)
	ЧПК: Женщины с активным (симптомным) гепатитом должны избегать использования ЧПК, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)
<hr/>	
Головные боли (мигрень)	КОК и КИК: Только женщины, страдающие мигренью , которая вызывает очаговые неврологические симптомы , не должны использовать ни КОК, ни КИК. (ВОЗ класс 4)

**РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
МЕТОДЫ²**
(ВОЗ КЛАССЫ 1 И 2)

КОММЕНТАРИИ

- МЛА
- **ВМС***
- Барьерные
- Спермициды
- ЕПС
- Прерывание
- Добровольная стерилизация

КОК, КИК и ЧПК можно использовать бессимптомным женщинам (т.е. тем, у кого печень нормально функционирует в последние 3 месяца) или носителям заболевания.

- МЛА
- ЧПК
- **ВМС***
- Барьерные
- Спермициды
- ЕПС
- Прерывание
- Добровольная стерилизация

У женщин с тяжелыми, повторяющимися сосудистыми болями (мигренью), которые также имеют очаговые неврологические симптомы (например, потеря речи на короткое время, временная слабость или помутнение зрения), применение КОК или КИК может повлечь за собой дополнительный риск инсульта (эстрогенный эффект).

Для женщин, подверженным тяжелым головным болям, ЧПТ более предпочтительны, чем имплантаты (которые невозможно прекратить немедленно) или ЧПИК (поскольку их эффект сохраняется в течение нескольких месяцев после инъекции).

² Наиболее подходящие методы выделены “звездочкой” (*).

МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

ПРОБЛЕМА/ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Депрессия
(в анамнезе, тяжелая
или повторяющаяся)

МЕТОДЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ С ОСТОРОЖНОСТЬЮ

КОК, КИК и ЧПК: Женщинам с депрессией в анамнезе, особенно с тяжелой или повторяющейся, следует использовать эти контрацептивные средства с осторожностью.

31

**РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
МЕТОДЫ²**
(ВОЗ КЛАССЫ 1 И 2)

- МЛА
- ВМС
- Барьерные
- Спермициды
- ЕПС
- Прерывание
- **Добровольная
стерилизация***

КОММЕНТАРИИ

Депрессия может быть связана с прогестином, содержащимся в КОК, КИК или ЧПК. Если женщина считает, что у нее произошло ухудшение депрессии после начала приема этих препаратов, помогите ей выбрать другой метод.

Для женщин, имеющих в анамнезе тяжелую или повторяющуюся депрессию, пробный курс ЧПТ может оказаться правильным решением до назначения им имплантатов или ЧПИК, поскольку эти методы невозможно прекратить немедленно.

² Наиболее подходящие методы выделены “звездочкой” (*).

МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

ПРОБЛЕМА/
ЗАБОЛЕВАНИЕ

МЕТОДЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ
С ОСТОРОЖНОСТЬЮ

Диабет

КОК и КИК: Только женщины с длительным диабетом (>20 лет), которые имеют **артериальные сосудистые проблемы** (например, инфаркт, инсульт, отказ почек или ретинопатию), должны избегать использования КОК и КИК. (ВОЗ класс 3/4)

ЧПИК: Женщины с длительным диабетом (> 20 лет), которые имеют **артериальные сосудистые проблемы**, должны избегать использования ЧПИК, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)



**РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
МЕТОДЫ²**
(ВОЗ КЛАССЫ 1 И 2)

- МЛА
- КОК/КИК
- **ЧПТ/Имплантаты***
- **ВМС***
- Барьерные
- Спермициды
- ЕПС
- Прерывание
- **Добровольная
стерилизация***

КОММЕНТАРИИ

ЧПТ и имплантаты содержат более низкую дозу прогестина, чем ЧПИК. Поэтому они не создают дополнительного риска нарушений свертывания крови (эстрогенный эффект).

Хотя углеводная толерантность может меняться (легкое снижение толерантности к глюкозе и повышение уровня инсулина), КОК и КИК можно назначать без опасений. На углеводный обмен главным образом оказывает влияние прогестиновый компонент КОК и КИК (его тип и доза).

К счастью, небольшие изменения, вызываемые низкодозными КОК, КИК, имплантатами или ЧПТ, не считаются клинически значительными.

² Наиболее подходящие методы выделены “звездочкой” (*).

МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

ПРОБЛЕМА/ ЗАБОЛЕВАНИЕ

МЕТОДЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ С ОСТОРОЖНОСТЬЮ

**Заболевания
желчного пузыря**
(желчевыводящих
путей)

КОК и КИК: Женщины с заболеванием желчного пузыря, включая тех, кто состоит на лечении, должны избегать использования КОК или КИК, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)

**Ишемическая болезнь
сердца или инсульт**
(текущий или в
анамнезе)

КОК и КИК: Женщины с сопутствующим артериальным сосудистым заболеванием не должны использовать ни КОК, ни КИК. (ВОЗ класс 4)

Имплантаты и ЧПИК: Поскольку эти методы **теоретически** создают дополнительный риск, следует избегать их использования, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)

**РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
МЕТОДЫ²**
(ВОЗ КЛАССЫ 1 И 2)

КОММЕНТАРИИ

- МЛА
- **ЧПК***
- **ВМС***
- Барьерные
- Спермициды
- ЕПС
- Прерывание
- Добровольная стерилизация

Хотя ни КОК, ни КИК прямо **не вызывают** заболеваний желчного пузыря, они могут ускорить начало заболевания у женщин с преκлиническими формами. Обычно это происходит в течение первого года использования.

■

-
- МЛА
 - ЧПТ
 - **ВМС***
 - Барьерные
 - Спермициды
 - ЕПС
 - Прерывание
 - **Добровольная стерилизация***

У женщин с документированным артериальным сосудистым заболеванием (инфаркт или инсульт) использование КОК или КИК может повлечь за собой дополнительный риск (эстрогенный эффект).

Некоторые исследования показали, что использование ЧПК, особенно ДМПА, ведет к снижению числа липопротеинов высокой плотности (ЛВП). **Клиническое значение** этих находок в настоящее время пока еще **неизвестно**.

² Наиболее подходящие методы выделены “звездочкой” (*).

МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

ПРОБЛЕМА/ ЗАБОЛЕВАНИЕ

МЕТОДЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ С ОСТОРОЖНОСТЬЮ

**Курящие женщины в
возрасте 35 лет и
старше**

КОК: Пациентка не должна использовать КОК. (ВОЗ класс 4)

КИК: Пациентка должна избегать использования КИК, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)

Малярия (острая)

Добровольная стерилизация: Должна быть отложена до момента выздоровления пациента.

**РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
МЕТОДЫ²**
(ВОЗ КЛАССЫ 1 И 2)

КОММЕНТАРИИ

- МЛА
- ЧПК*
- ВМС*
- Барьерные
- Спермициды
- ЕПС
- Прерывание
- Добровольная стерилизация*

Женщины в возрасте 35 лет и старше, которые курят (много [активно] или мало⁴), уже подвержены повышенному риску получения инфаркта, инсульта и других нарушений свертывания крови. Использование КОК или КИК такими женщинами повышает риск возникновения этих нарушений (эстрогенный эффект). Помогите пациентке выбрать другой (неэстрогенный) метод.

Женщины в возрасте 35 лет и старше, бросившие курить и не имеющие других факторов риска, могут использовать КОК или КИК.

-
- МЛА
 - КОК/КИК
 - ЧПК
 - ВМС
 - Барьерные*
 - Спермициды*
 - ЕПС
 - Прерывание
 - Добровольная стерилизация

Все обратимые контрацептивные методы могут использоваться.

Хотя ДС представляет собой небольшую хирургическую операцию, ее не следует выполнять, пока пациент болен.

² Наиболее подходящие методы выделены “звездочкой” (*).

⁴ Определение “активный курильщик” варьирует в разных странах мира. В данном руководстве используется определение ВОЗ: 20 и более сигарет в день.

МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

ПРОБЛЕМА/ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Опухоли печени
(аденома и гепатома)

МЕТОДЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ С ОСТОРОЖНОСТЬЮ

КОК и КИК: Женщины с опухолями печени не должны использовать ни КОК, ни КИК. (ВОЗ класс 4)

ЧПК: Женщины с опухолями печени должны избегать использования этих методов, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ МЕТОДЫ²

(ВОЗ КЛАССЫ 1 И 2)

- МЛЖ
- ВМС*
- Барьерные
- Спермициды
- ЕПС
- Прерывание
- Добровольная стерилизация*

КОММЕНТАРИИ

КОК и КИК могут повысить риск возникновения доброкачественных опухолей печени и значительно повысить риск гепатомы. Поскольку опухоли печени (добро- и злокачественные) у женщин репродуктивного возраста встречаются редко, рутинный скриннинг (например, ультразвук) не требуется. КИК вызывают меньшую обеспокоенность, чем КОК, поскольку отсутствует начальный эффект на печень. (Гормоны в КИК вначале поступают от места инъекции прямо к сердцу, минуя при этом печень.)

Согласно ВОЗ, прогестин (в ЧПК) **не** повышает риск возникновения доброкачественных опухолей печени; однако пока неясно, повышает ли прогестин риск возникновения гепатомы.

² Наиболее подходящие методы выделены “звездочкой” (*).

МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

ПРОБЛЕМА/ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Повышенное артериальное давление
(продолжение на следующей странице)

МЕТОДЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ С ОСТОРОЖНОСТЬЮ

КОК и КИК: Женщины с артериальным давлением (АД):

- **>180/110** не должны использовать ни КОК, ни КИК. (ВОЗ класс 4)
- **≥160/100**, но **<180/110** должны избегать использования как КОК, так и КИК, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)
- **<160/100** могут использовать и КОК, и КИК. (ВОЗ класс 2)

КОК и КИК: Женщины с артериальными сосудистыми заболеваниями и повышенным АД не должны использовать ни КОК, ни КИК. (ВОЗ класс 4)



**РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
МЕТОДЫ²**
(ВОЗ КЛАССЫ 1 И 2)

- МЛА
- ЧПТ/Имплантаты
- ВМС*
- Барьерные
- Спермициды
- ЕПС
- Прерывание
- Добровольная стерилизация*

КОММЕНТАРИИ

Низкодозные КОК и КИК вызывают минимальные или совсем не вызывают изменений АД у здоровых пациенток. Имеет смысл рассмотреть их назначение женщинам с повышенным АД. Их применение должно быть остановлено, если в течение первых нескольких месяцев наблюдается значительное повышение АД или развиваются сосудистые заболевания.

У женщин-гипертоников с сопутствующим артериальным сосудистым заболеванием применение КОК или КИК влечет за собой дополнительный риск развития венозных нарушений свертывания крови (эстрогенный эффект).

² Наиболее подходящие методы выделены "звездочкой" (*).

МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

ПРОБЛЕМА/ ЗАБОЛЕВАНИЕ

МЕТОДЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ С ОСТОРОЖНОСТЬЮ

**Повышенное
артериальное давление**
(продолжение)

ЧПИК: Женщины с АД > 180/110 должны избегать использования ЧПИК, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)

Рак *(продолжение на следующей странице)*

Молочной железы

КОК, КИК, имплантаты и ЧПИК: Женщины, страдающие раком молочной железы, не должны использовать эти методы. (ВОЗ класс 4)

ЧПТ: Женщины, страдающие раком молочной железы, должны избегать использования ЧПТ, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)

**РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
МЕТОДЫ²**
(ВОЗ КЛАССЫ 1 И 2)

КОММЕНТАРИИ

Из-за высокого содержания в крови прогестина при использовании ЧПИК уровень липопротеинов высокой плотности (ЛВП) может быть снижен. В результате, существует **теоретическая обеспокоенность** этим процессом у женщин с повышенным АД и артериальными сосудистыми заболеваниями (такими как ишемическая болезнь сердца, невропатия и ретинопатия).

- МЛА
- ВМС
- Барьерные
- Спермициды
- ЕПС
- Прерывание
- Добровольная стерилизация

Хотя нет подтверждения тому, что эстрогены или прогестины (в КОК, КИК и ЧПК) вызывают рак молочной железы, известно, что этот тип опухоли является гормоночувствительным.

ВОЗ рекомендует женщинам, имеющим заболевание в анамнезе, **но при отсутствии симптомов в настоящее время**, избегать использования КОК, КИК и ЧПК, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)

² Наиболее подходящие методы выделены "звездочкой" (*).

МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

ПРОБЛЕМА/
ЗАБОЛЕВАНИЕ

МЕТОДЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ
С ОСТОРОЖНОСТЬЮ

Рак (продолжение)

Шейки матки

ВМС: Женщины, **ожидающие** или **проходящие** лечение, не должны использовать ВМС. (ВОЗ класс 4)

31

*Эндометрия и
яичников*

ВМС: Женщины, **ожидающие** или **проходящие** лечение, не должны использовать ВМС. (ВОЗ класс 4)

**РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
МЕТОДЫ²**
(ВОЗ КЛАССЫ 1 И 2)

КОММЕНТАРИИ

- МЛА
- КОК/КИК
- ЧПК
- Барьерные
- Спермициды
- ЕПС
- Прерывание
- Добровольная стерилизация

Обычно лечение рака шейки матки ведет к бесплодию женщины.

ВМС могут повысить риск инфекции или усиленного кровотечения, что может привести к тому, что до лечения имеющееся состояние покажется более тяжелым, чем оно есть на самом деле.

Есть небольшая обеспокоенность, что КОК, КИК и ЧПК повышают риск прогрессирования carcinoma-in-situ (CIS) в инвазивные формы рака.

- МЛА
- КОК/КИК
- ЧПК
- Барьерные
- Спермициды
- ЕПС
- Прерывание
- Добровольная стерилизация

Обычно лечение рака эндометрия или яичников ведет к бесплодию женщины.

ВМС могут повысить риск инфекции или усиленного кровотечения, что может привести к тому, что до лечения имеющееся состояние покажется более тяжелым, чем оно есть на самом деле.

Использование КОК снижает риск развития рака как эндометрия, так и яичников, в то время как ЧПК снижают риск развития рака эндометрия.

² Наиболее подходящие методы выделены “звездочкой” (*).

МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

**ПРОБЛЕМА/
ЗАБОЛЕВАНИЕ**

**МЕТОДЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ
С ОСТОРОЖНОСТЬЮ**

**Семейная
гиперлипидемия (СГ)**

КОК и КИК: Женщины с диагнос-
тированной СГ, вероятно, должны
избегать использования как КОК, так
и КИК, за исключением тех случаев,
когда более подходящие методы
недоступны или неприемлемы. (ВОЗ
класс 2/3)



**РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
МЕТОДЫ²**
(ВОЗ КЛАССЫ 1 И 2)

- МЛА
- ЧПК
- **ВМС***
- Барьерные
- Спермициды
- ЕПС
- Прерывание
- **Добровольная
стерилизация***

КОММЕНТАРИИ

Хотя СГ и является риск-фактором развития сосудистых заболеваний, рутинный скрининг **не** рекомендуется по причине **редкости** этого заболевания.

Риск развития сосудистых осложнений (таких как инфаркт, инсульт, эмболия легочной артерии или нарушения свертывания крови) повышен у больных СГ, использующих КОК или КИК.

² Наиболее подходящие методы выделены “звездочкой” (*).

МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

ПРОБЛЕМА/
ЗАБОЛЕВАНИЕ

МЕТОДЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ С
ОСТОРОЖНОСТЬЮ

Серповидно-
клеточная анемия
и аномалия
эритроцитов

31



**РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
МЕТОДЫ²**
(ВОЗ КЛАССЫ 1 И 2)

- МЛЖ
- КОК/КИК
- ЧПК*
- ВМС
- Барьерные
- Спермициды
- ЕПС
- Прерывание
- Добровольная
стерилизация*

КОММЕНТАРИИ

Все контрацептивные методы могут использоваться.

ЧПК рекомендуются. Имплантаты и ЧПИК предпочтительней, чем ЧПТ, особенно если женщина часто болеет и не может регулярно принимать пищу или жидкость. (Использование ЧПИК и, возможно, имплантатов может также снизить частоту серповидно-клеточных приступов.)

Предупреждение нежелательной беременности у женщин с **серповидно-клеточной анемией** очень важно из соображений здоровья пациентки.

² Наиболее подходящие методы выделены "звездочкой" (*).

МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

ПРОБЛЕМА/ ЗАБОЛЕВАНИЕ

МЕТОДЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ С ОСТОРОЖНОСТЬЮ

**Симптомный порок
клапана сердца**
(ревматический или
врожденный)

КОК и КИК: Женщины с симптом-
ным пороком клапана сердца не
должны использовать ни КОК, ни
КИК. (ВОЗ класс 4)

ВМС: Перед введением ВМС
рекомендуется назначить курс
профилактических антибиотиков,
если только женщина уже не
принимает антибиотики длительного
действия.



**РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
МЕТОДЫ²**
(ВОЗ КЛАССЫ 1 И 2)

- МЛА
- ЧПК
- **ВМС***
- Барьерные
- Спермициды
- ЕПС
- Прерывание
- **Добровольная
стерилизация***

КОММЕНТАРИИ

Использование КОК или КИК при наличии симптомного порока клапана сердца создает дополнительный риск нарушений свертывания крови (эстрогенный эффект).

Использование профилактических антибиотиков снижает риск инфицирования и возможного подострого бактериального эндокардита во время введения ВМС.

Пациенткам с сердечными заболеваниями III-IV класса следует подумать о **добровольной стерилизации**. Даже если одна беременность у них была успешной, последующие представляют собой повышенный риск.

² Наиболее подходящие методы выделены "звездочкой" (*).

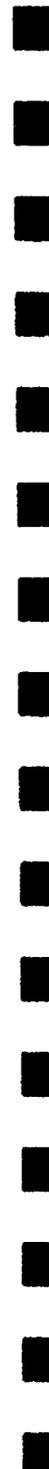
МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

**ПРОБЛЕМА/
ЗАБОЛЕВАНИЕ**

**МЕТОДЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ
С ОСТОРОЖНОСТЬЮ**

Судороги (эпилепсия)

КОК, КИК, имплантаты и ЧПТ:
Женщины, принимающие противо-
судорожные лекарства, должны
избегать этих методов, за исклю-
чением тех случаев, когда более
подходящие методы недоступны или
неприемлемы. (ВОЗ класс 3)



**РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
МЕТОДЫ²**
(ВОЗ КЛАССЫ 1 И 2)

- МЛА
- **ЧПИК***
- ВМС*
- Барьерные
- Спермициды
- ЕПС
- Прерывание
- Добровольная стерилизация

КОММЕНТАРИИ

КОК не влияют ни на частоту, ни на силу судорог. ЧПТ и ЧПИК могут уменьшить судорожную активность.

Длительный прием противосудорожных лекарств стимулирует печеночный метаболизм эстрогенов и прогестинов и может снизить эффективность всех гормональных методов, кроме ЧПИК. Эффективность **ЧПИК не** изменяется потому, что содержание прогестинов в крови достаточно, чтобы компенсировать ускорение метаболизма.

Появление межменструальных мажущих выделений или кровотечений может быть признаком снижения уровня половых стероидных гормонов (эстрогенов и прогестинов) вследствие взаимодействия с противосудорожными лекарственными препаратами. Если это происходит у пациентки, принимающей КОК, содержащие 30-35 мкг ЭЭ, рассмотрите возможность использования КОК с более высокой дозой эстрогена (50 мкг ЭЭ) или помогите ей выбрать другой метод. Если пациентка использует КИК или ЧПТ, помогите ей выбрать другой метод.

² Наиболее подходящие методы выделены "звездочкой" (*).

МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

**ПРОБЛЕМА/
ЗАБОЛЕВАНИЕ**

**МЕТОДЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ
С ОСТОРОЖНОСТЬЮ**

**Тромбоэмболические
осложнения**
(например, закупорка
вен ног, тромб в
легких или глазах)

КОК и КИК: Женщины с наруше-
ниями свертывания крови (текущими
или в анамнезе) не должны использо-
вать ни КОК, ни КИК. (ВОЗ класс 4)



**РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
МЕТОДЫ²**
(ВОЗ КЛАССЫ 1 И 2)

КОММЕНТАРИИ

- МЛА
- ЧПК*
- ВМС*
- Барьерные
- Спермициды
- ЕПС
- Прерывание
- Добровольная
стерилизация*

Хотя КОК и КИК лишь немного увеличивают риск развития венозных нарушений свертывания крови у здоровых женщин, этот фактор может иметь огромное значение для тех, кто уже подвержен риску венозной тромбозной эмболии (например, для женщин с тромбом в настоящее время или в анамнезе или после серьезных операций с длительным постельным режимом).

ЧПК не повышают риска развития венозных нарушений свертывания крови.

² Наиболее подходящие методы выделены "звездочкой" (*).

МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

ПРОБЛЕМА/ ЗАБОЛЕВАНИЕ

МЕТОДЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ С ОСТОРОЖНОСТЬЮ

Туберкулез

КОК, КИК, имплантаты и ЧПТ: Женщины, принимающие рифампин по причине туберкулеза, должны избегать этих методов, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)

(За дополнительной информацией обращайтесь к таблице “**Взаимодействие с другими лекарственными препаратами**” в главе “**Комбинированные [эстроген/прогестин] контрацептивы**”.)

ВМС: Женщины с известным **тазовым туберкулезом** не должны использовать ВМС. (ВОЗ класс 4)

**РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
МЕТОДЫ²**
(ВОЗ КЛАССЫ 1 И 2)

- МЛА
- **ЧПИК***
- Барьерные
- Спермициды
- ЕПС
- Прерывание
- Добровольная стерилизация

КОММЕНТАРИИ

Длительный прием рифампина по причине туберкулеза ускоряет печеночный метаболизм эстрогенов и прогестинов, поэтому эффективность всех гормональных методов, кроме ЧПИК, может снижаться.

Появление межменструальных мажущих выделений или кровотечений может быть признаком снижения уровня половых стероидных гормонов (эстрогенов и прогестинов) вследствие взаимодействия с рифампином. Если это произошло и пациентка применяет КОК, рассмотрите возможность использования КОК с более высокой дозой эстрогена (50 мкг ЭЭ) или помогите пациентке выбрать другой метод.

Эффективность **ЧПИК** не снижается, потому что уровень прогестинов в крови достаточен для компенсации ускоренного метаболизма.

Использование ВМС может увеличить риск вторичной инфекции и маточного кровотечения.

² Наиболее подходящие методы выделены “звездочкой” (*).

МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

ПРОБЛЕМА/ ЗАБОЛЕВАНИЕ

МЕТОДЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ С ОСТОРОЖНОСТЬЮ

Уплотнения в
молочной железе

КОК, КИК и ЧПК: Только женщины с подозрительными уплотнениями в молочной железе (твердыми, не причиняющими боль при пальпации или неподвижными уплотнениями, которые не меняются в течение менструального цикла) должны быть обследованы до начала применения КОК, КИК или ЧПК.

Фибромы матки

ВМС: Женщины с фибромами матки или рубцевыми тканями в эндометрии (маточными спайками), деформирующими полость матки, не должны использовать ВМС. (ВОЗ класс 4)

**РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
МЕТОДЫ²**
(ВОЗ КЛАССЫ 1 И 2)

КОММЕНТАРИИ

- МЛА
- КОК/КИК
- ЧПК
- ВМС*
- Барьерные
- Спермициды
- ЕПС
- Прерывание
- Добровольная
стерилизация*

Большинство уплотнений в молочной железе у женщин репродуктивного возраста являются доброкачественными (нераковыми). Для женщин с доброкачественными уплотнениями подходят гормональные методы контрацепции (КОК, КИК и ЧПК).

- МЛА
- КОК/КИК
- ЧПК*
- Барьерные
- Спермициды
- ЕПС
- Прерывание
- Добровольная
стерилизация

Большие фибромы, особенно если они подслизистые, и маточные спайки деформируют полость матки и могут затруднить введение ВМС, увеличить риск экспульсии и снизить эффективность метода.

Хотя эстрогены могут стимулировать рост фибромов матки, низкодозные КОК (30-35 мкг ЭЭ) не вызывают этого роста.

² Наиболее подходящие методы выделены “звездочкой” (*).

МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

ПРОБЛЕМА/ ЗАБОЛЕВАНИЕ

МЕТОДЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ С ОСТОРОЖНОСТЬЮ

Цирроз

КОК: Женщины с сильным циррозом не должны использовать КОК. (ВОЗ класс 4)

Женщины с умеренным циррозом должны избегать использования КОК, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)

КИК и ЧПК: Женщины с сильным циррозом должны избегать использования КИК и ЧПК, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)

Женщины с умеренным циррозом обычно могут пользоваться КИК или ЧПК. (ВОЗ класс 2)

Шистосомоз (острый)

Добровольная стерилизация: Должна быть отложена до выздоровления пациента.

**РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
МЕТОДЫ²**
(ВОЗ КЛАССЫ 1 И 2)

КОММЕНТАРИИ

- МЛА
- ВМС*
- Барьерные
- Спермициды
- ЕПС
- Прерывание
- Добровольная стерилизация*

КОК могут использоваться бессимптомными женщинами (т.е. теми, у которых печень нормально функционирует в последние 3 месяца). Поскольку КОК метаболизируются печенью, их использование может изменить течение существующего заболевания. КИК вызывают меньшую обеспокоенность, чем КОК, поскольку отсутствует начальный эффект на печень. (Гормоны в КИК вначале поступают от места инъекции прямо к сердцу, минуя при этом печень.)

-
- МЛА
 - КОК/КИК
 - ЧПК
 - ВМС
 - Барьерные
 - Спермициды
 - ЕПС
 - Прерывание
 - Добровольная стерилизация

Хотя существует **теоретическое** опасение по поводу усиления кровопотери в первые несколько месяцев использования как ВМС, так и ЧПК, ни один обратимый контрацептивный метод не создает повышенного риска.

Хотя ДС представляет собой небольшую хирургическую операцию, ее не следует выполнять, пока пациент болен.

² Наиболее подходящие методы выделены "звездочкой" (*).

ЗАМЕТКИ

31



ПОСЛЕРОДОВАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

Многие женщины после родов не хотят больше иметь детей или желают отложить беременность хотя бы на 2 года. К сожалению, лишь немногие роженицы покидают роддом, пройдя консультацию по планированию семьи или контрацепции. Всем женщинам в послеродовой период должен быть предоставлен ряд возможностей по планированию семьи. International Planned Parenthood Federation (IPPF) разработала следующие рекомендации для клиницистов по консультированию рожениц:

- Настоятельно рекомендовать исключительно грудное кормление всем женщинам в послеродовой период.
- Не прекращать грудное кормление с целью начать применение контрацептива.
- Контрацептивные методы, используемые кормящими матерями, не должны оказывать вредного воздействия на кормление или здоровье ребенка.

ПОСЛЕРОДОВОЕ БЕСПЛОДИЕ

После родов у каждой женщины наступает период временного бесплодия. Если женщина **не кормит грудью**, он может длиться менее 6 недель (в среднем, первая овуляция наступает на 45-й день после родов). У **кормящих матерей** период бесплодия продолжается дольше, поскольку частое кормление (сосание груди ребенком) блокирует овуляцию. Время возврата фертильности, однако, непредсказуемо (зачатие может произойти до того, как у женщины появятся любые признаки или симптомы первой менструации).

МЕТОД ЛАКТАЦИОННОЙ АМЕНОРЕИ (МЛА)

Уже давно известно, что кормление грудью может быть эффективным временным методом контрацепции, если женщина может с достаточной точностью определить, когда она больше не защищена от беременности. МЛА дает ей возможность сделать это. Он является эффективным контрацептивом для кормящей матери, если она исключительно или почти исключительно кормит грудью, у нее **не** возобновились менструации (лактационная аменорея) и после родов прошло меньше 6 месяцев. Если все эти условия выполняются, МЛА обеспечивает защиту от беременности более чем на 98% в течение первых 6 месяцев после родов.

ПОСЛЕРОДОВАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

Когда любое из этих условий больше не выполняется, женщине следует начать применение другого контрацептивного метода (такого, который не влияет на кормление грудью), если она не хочет забеременеть. Кроме этого, использование МЛА позволяет и матери, и ребенку наиболее полно воспользоваться всеми многочисленными преимуществами, даваемыми грудным кормлением. (Более подробно о МЛА см. в главах “МЛА” и “Инструктирование пациентов”.)

КОГДА НАЧАТЬ ПРЕДОХРАНЯТЬСЯ

Хотя для женщины в послеродовой период пригодны все методы контрацепции, время начала каждого из них зависит от того, кормит ли она грудью. Методы, которые партнеры могут использовать, когда они возобновят половые отношения, даже если это делается сразу после родов, включают в себя:

- Спермициды
- Презервативы (презервативы со смазкой решают проблему сухости влагалища)
- Прерывание (как презервативы, так и прерывание препятствуют попаданию семенной жидкости во влагалище)

Диафрагму нельзя использовать в первые 6 недель после родов, поскольку невозможно правильно подобрать ее размер. Попытки сделать это в ранние сроки (до 6 недель) могут причинить дискомфорт, особенно женщинам, перенесшим эпизиотомию.

Кормящие грудью женщины

Кормящие грудью женщины не нуждаются в контрацепции в течение, по крайней мере, первых 6 недель после родов, - и до 6 месяцев, если они следуют МЛА. На **рисунке 5** показано рекомендуемое время начала использования контрацептивов женщинами, кормящими грудью. Если кормящая мать решает использовать какой-то другой контрацептивный метод, а не МЛА, ее следует проконсультировать о возможных эффектах некоторых

методов на грудное кормление и здоровье ребенка. Например, **КОК и КИК** считаются наименее подходящими методами для любой кормящей женщины. Все КОК, даже низкодозные таблетки (содержащие 30–35 мкг ЭЭ), снижают выработку молока, и существует теоретическое опасение, что это может повлиять на нормальный рост ребенка в первые 6–8 недель после родов.¹ Начало использования КОК или КИК не ранее чем спустя 8–12 недель после родов позволяет лактации полнее стабилизироваться.

Некормящие женщины

Хотя у большинства некормящих женщин менструации возобновятся в течение 4–6 недель после родов, только у одной трети из них первый цикл будет овуляционным, и еще меньше женщин смогут забеременеть. Если пара хочет избежать даже малейшего риска беременности, им следует начать использование контрацепции во время первого сексуального контакта (презервативы, спермициды или прерывание) или до него (гормональные, ВМС или ДС). Поскольку вызванный беременностью риск нарушений свертывания крови исчезает только спустя 2–3 недели после родов, ни КОК, ни КИК не следует начинать раньше этого срока. ЧПК, наоборот, можно начинать сразу после родов, поскольку они не увеличивают риска возникновения нарушений свертывания крови. Другие различия во времени начала различных контрацептивов некормящими женщинами приведены на **рисунке 6**.

На следующих страницах представлена дополнительная информация о методах контрацепции для женщин после родов.

¹ Эти ограничения не касаются женщин, только частично (минимально) кормящих грудью.

ПОСЛЕРОДОВАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

Рисунок 5. Рекомендуемое время начала различных методов кормящими матерями

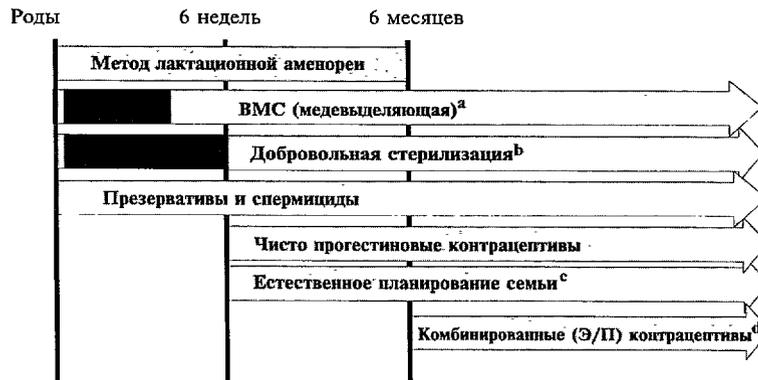
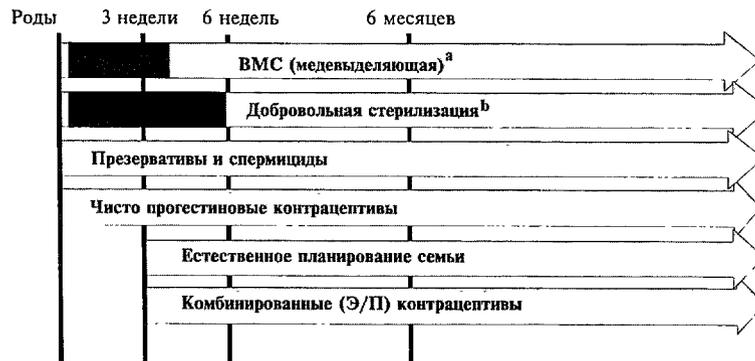


Рисунок 6. Рекомендуемое время начала различных методов не кормящими матерями



^а Если роды были в больнице или другом медицинском учреждении, немедленное послеплацентарное или послеродовое (<48 часов) введение ВМС возможно при определенных условиях (например, если женщина прошла соответствующее консультирование и при наличии специально подготовленного персонала).

^б Вазэктомия партнеру может производиться в любое время.

^с ЕПС может быть сложнее использовать кормящим матерям, т.к. подавление функций яичников затрудняет интерпретацию признаков фертильности (т.е. изменение слизи, БТТ). В результате, ЕПС может потребовать удлинения периодов воздержания во время кормления грудью.

^д В первые 6 месяцев после родов КОК и КИК могут повлиять на количество грудного молока и здоровый рост ребенка. Если женщина кормит грудью, но не использует МЛА, она может начать КОК или КИК через 6 недель после родов, если другие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)

Адаптировано из: Family Health International 1994 (оба графика).



ЗАМЕТКИ



ПОСЛЕРОДОВАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

МЕТОД	ВРЕМЯ ПОСЛЕ РОДОВ
Метод лактационной аменореи (МЛА)	Должна начать грудное кормление сразу после родов.
(см. также главу “Метод лактационной аменореи”)	Высокая эффективность вплоть до 6 месяцев при условии исключительно грудного вскармливания и отсутствия менструального кровотечения (аменореи).
<hr/>	
КОК и КИК	Если кормит грудью, КОК и КИК:
(см. также главу “Комбинированные [эстроген/прогестин] контрацептивы”)	<ul style="list-style-type: none">• не использовать в первые 6-8 недель после родов. (ВОЗ класс 4)• следует избегать в период от 6 недель до 6 месяцев после родов, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)
	Если используется МЛА, отложите начало до 6 месяцев. Начните КОК или КИК с началом отлучения от груди. (ВОЗ класс 2)
	Если грудью не кормит, КОК или КИК можно начинать спустя 3 недели после родов.

ПОСЛЕРОДОВАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДА	ЗАМЕЧАНИЯ
Значительная польза как для здоровья матери, так и ребенка.	Для максимальной эффективности кормление должно быть исключительно грудным.
Дает время для выбора и подготовки к получению хирургического или другого контрацептивного метода.	При попытке отлучить от груди или ввести прикорм эффективность метода снижается.
Использование КОК или КИК в первые 6-8 недель после родов уменьшает количество грудного молока и может отрицательно повлиять на нормальный рост ребенка. (Этот эффект может продолжаться вплоть до 6 месяцев.)	КОК и КИК являются наименее подходящими методами для кормящих матерей.
В первые 3 недели после родов эстроген, содержащийся в КОК и КИК, несколько увеличивает риск повышенного тромбообразования.	КОК и КИК могут применяться женщинами, которые во время беременности имели преэклампсию или гипертонию, при условии, что у них нормальное давление к моменту начала КОК или КИК.
Если у пациентки возобновились менструации и она вновь начала половую жизнь, назначьте КОК или КИК, если только вы с достаточной уверенностью можете утверждать, что женщина не беременна.	Спустя 3 недели после родов риск повышенного тромбообразования уже отсутствует.

ПОСЛЕРОДОВАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

МЕТОД	ВРЕМЯ ПОСЛЕ РОДОВ
Чисто прогестиновые контрацептивы (имплантаты, ЧПИК и ЧПТ)	В первые 6 недель после родов кормящим женщинам следует избегать использования ЧПК, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)
(см. также главу “Чисто прогестиновые контрацептивы”)	При использовании МЛА начало ЧПК можно отложить до 6 месяцев после родов. (ВОЗ класс 1)
	Если женщина не кормит грудью, ЧПК можно начинать немедленно.
	Если грудью не кормит и после родов прошло больше 6 недель или у нее возобновились менструации, начинайте ЧПК только после того, как убедитесь, что женщина не беременна. (ВОЗ класс 1)

Послеродовая контрацепция

■	ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДА	ЗАМЕЧАНИЯ
■	В первые 6 недель после родов прогестин может отрицательно повлиять на нормальный рост ребенка.	Даже у лактирующих женщин при использовании ЧПК могут случаться нерегулярные кровотечения.
■	Не влияет на количество и качество грудного молока и здоровье ребенка.	
■		
■		
■		
■		
■		
■		
■		
■		
■		
■		
■		
■		

ПОСЛЕРОДОВАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

МЕТОД	ВРЕМЯ ПОСЛЕ РОДОВ
ВМС (выделяющие медь) ² (см. также главу “ВМС”)	Может быть введена постплацентарно, после кесарева сечения или в послеродовой период (в течение 48 часов после родов). (ВОЗ класс 1) Если ВМС не введена постплацентарно или в течение 48 часов после родов, введение следует отложить до 4-6 недель после родов. (ВОЗ класс 3) Если кормит грудью и возобновились менструации, введите ВМС, только если убеждены, что женщина не беременна.

² Выделяющие прогестин ВМС следует вводить не ранее, чем спустя 6 недель после родов. (ВОЗ класс 3)

ПОСЛЕРОДОВАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДА

Не влияет на количество и качество грудного молока и здоровье ребенка.

Меньше побочных явлений (таких как кровотечение, боль) после введения ВМС кормящей женщине.

ЗАМЕЧАНИЯ

Требуется персонал, обученный постплацентарному или послеродовому введению.

Для постплацентарного введения пациентка должна быть обследована и проконсультирована в пренатальный период.

Частота случаев удаления ВМС в течение первого года использования ниже у кормящих матерей.

Вероятность экспульсии при введении ВМС в послеродовой период выше (6-10%), чем при интервальном введении. Однако самый низкий коэффициент экспульсии при введении ВМС высоко в матку в первые 10 минут после отхождения плаценты.

Нет необходимости в специальном обучении персонала введению ВМС спустя 4-6 недель после родов (процедура не отличается от обычной интервальной).

ПОСЛЕРОДОВАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

МЕТОД	ВРЕМЯ ПОСЛЕ РОДОВ
<p>Не примеряемые на шейку матки барьерные методы (презервативы) и спермициды (пена, крем, пленка, свечи, таблетки)</p> <p>(см. также главу “Барьерные методы и спермициды”)</p>	<p>Могут использоваться в любое время после родов.</p>
<hr/>	
<p>Требующие примерки барьерные методы в комбинации со спермицидами (диафрагма с пеной или кремом)</p> <p>(см. также главу “Барьерные методы и спермициды”)</p>	<p>Желательно подождать окончания непосредственно послеродового периода (6 недель после родов), прежде чем примерять диафрагму.</p>

ПОСЛЕРОДОВАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДА

Не влияют на количество и качество грудного молока или здоровье ребенка.

Удобно использовать в качестве промежуточного метода, если начало другого метода должно быть отложено.

ЗАМЕЧАНИЯ

Презервативы со смазкой и спермициды решают проблему вагинальной сухости во время полового акта (частое явление у кормящих женщин).

Не влияют на количество и качество грудного молока или здоровье ребенка.

Требуют примерки (тазового осмотра) врачом. Диафрагма, которая использовалась до беременности, может оказаться мала из-за изменений шейки и вагинальных тканей после родов.

Использование спермицидов решает проблему вагинальной сухости во время полового акта (частое явление у кормящих женщин).

ПОСЛЕРОДОВАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

МЕТОД	ВРЕМЯ ПОСЛЕ РОДОВ
Естественное планирование семьи (см. также главу “Естественное планирование семьи”)	Не рекомендуется начинать до восстановления регулярных менструаций. Пациентка может начать вести карту спустя 6 недель после родов, но ей следует продолжать при этом использовать МЛЖ.
<hr/>	
Прерывание (Coitus Interruptus) или абстиненция (см. также главу “Прерывание”)	Можно использовать в любое время.

ПОСЛЕРОДОВАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДА

ЗАМЕЧАНИЯ

Не влияет на количество и качество грудного молока или здоровье ребенка.

Цервикальную слизь трудно “интерпретировать” до возобновления регулярных менструаций (овуляций).

Базальная температура тела изменяется, когда мать просыпается ночью для грудного кормления. Поэтому ранние утренние подъемы БТТ после овуляции могут оказаться не совсем надежными.

Не влияет на количество и качество грудного молока или здоровье ребенка.

Для некоторых пар прерывание или длительные периоды послеродовой абстиненции труднопереносимы.

100% эффективность (абстиненция).

Приемлемо в обществе, где практикуется послеродовая абстиненция.

Проконсультируйте пару о необходимости использования страховочного метода, если они решат возобновить половые отношения.

ПОСЛЕРОДОВАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

МЕТОД	ВРЕМЯ ПОСЛЕ РОДОВ
Трубная окклюзия (см. также главу “Добровольная стерилизация”)	Может быть проведена сразу после родов или в течение первых 48 часов. Если не проведена в течение первых 48 часов, должна быть отложена до 6 недель после родов. Идеальным считается время, когда женщина полностью восстановилась после родов и здоровье новорожденного не вызывает сомнений.
<hr/>	
Вазэктомия (см. также главу “Добровольная стерилизация”)	Может быть проведена супругу в любое время после родов женщины. Идеальным считается время, когда здоровье новорожденного не вызывает сомнений.

ПОСЛЕРОДОВАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДА

Не влияет на количество и качество грудного молока или здоровье ребенка.

Послеродовую минилапаротомию легче всего проводить в первые 48 часов после родов, потому что позиция матки облегчает нахождение и обзор фаллопиевых труб.

Эффект не наступает немедленно. Необходимо обеспечить временным методом контрацепции на первые 3 месяца (или по крайней мере на 20 эякуляций), если пара живет половой жизнью.

ЗАМЕЧАНИЯ

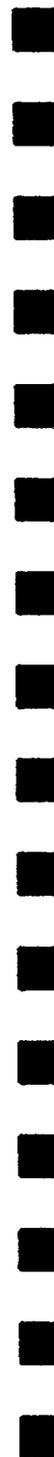
Проводите с использованием местной анестезии/седации. Это уменьшает риск для матери и возможное длительное разлучение матери с ребенком из-за связанных с анестезией осложнений.

В идеальном случае консультирование должно быть проведено и осознанное согласие получено до родов (в пренатальный период).

Проведение вазэктомии в это время в обществе, практикующем послеродовую абстиненцию, влечет за собой меньше нарушений половой жизни супругов.

Контакт женщины с системой здравоохранения может быть удобным временем для мужчины воспользоваться услугами служб планирования семьи.

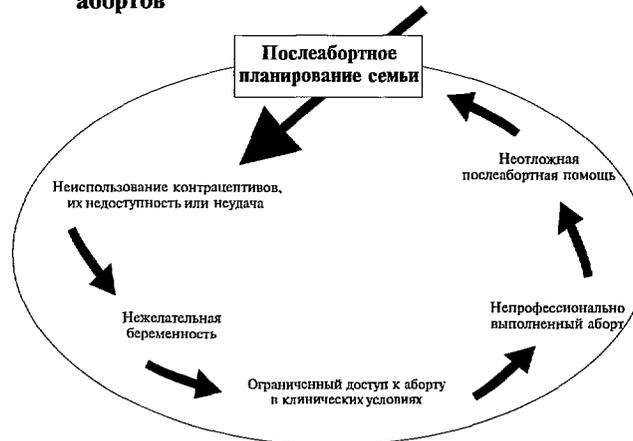
ЗАМЕТКИ



ПОСЛЕАБОРТНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

Во всех развивающихся странах многие женщины оказываются в опасном замкнутом кругу повторных нежелательных беременностей и непрофессионально выполненных аборт, часто производимых нелегально. Хотя важность связи послеабортного обслуживания и служб по планированию семьи кажется очевидной, эти два вида услуг редко предлагаются вместе. Обычно неотложная помощь в случае послеабортных осложнений не включает в себя консультирование по планированию семьи, помощи в выборе метода и его предоставления или направления туда, где это могут сделать. В результате женщины не получают доступа к средствам предупреждения нежелательных беременностей в будущем, а также оказываются подвержены риску повторных непрофессионально выполненных аборт, что способствует плохому общему состоянию здоровья женщин во многих странах. На рисунке 7 показано, как послеабортное планирование семьи может прервать замкнутый круг таких аборт.

Рисунок 7. Разрыв замкнутого круга непрофессионально выполненных аборт



Источник: IPAS 1993.

СВЯЗЬ ПОСЛЕАБОРТНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И УСЛУГ ПО ПЛАНИРОВАНИЮ СЕМЬИ

Неотложная послеабортная помощь может быть одним из тех нескольких редких случаев, когда женщина и ее партнер обращаются в систему здравоохранения. Поэтому у медицинского персонала появляется важная возможность предоставить им информацию и услуги по контрацепции.

ПОСЛЕАБОРТНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

Послеабортное планирование семьи должно включать в себя следующие компоненты:

- Консультирование о необходимости контрацепции с учетом репродуктивных целей пациентки
- Информация и консультирование о всех имеющихся методах, их характеристиках, эффективности и побочных эффектах
- Наличие возможности выбора метода (длительность действия, гормональный или нет)
- Гарантия возможности пополнения запаса контрацептива
- Доступность последующего наблюдения
- Информация о необходимости защиты от ЗППП

Послеабортное планирование семьи также должно основываться на оценке индивидуальной ситуации каждой женщины:

- ее личностных характеристиках
- клиническом состоянии
- возможностях медицинского обслуживания в той местности, где она проживает.

КОГДА НАЧИНАТЬ

Послеабортное планирование семьи должно быть начато немедленно, поскольку овуляция может наступить уже на 11 день после оказания помощи в случае незавершенного аборта и обычно происходит до первого менструального кровотечения. Все женщины, получающие послеабортное обслуживание, нуждаются, по крайней мере, в **консультировании** и подробной **информации**, которые будут гарантировать, что пациентки понимают:

- они могут опять забеременеть до начала следующей менструации
- существуют безопасные методы контрацепции, способные предотвратить или задержать наступление беременности
- где и как они могут получить обслуживание по планированию семьи и методы контрацепции.

КАКОЙ КОНТРАЦЕПТИВНЫЙ МЕТОД МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

После незавершенного аборта подходят все контрацептивные методы, если только обслуживающий персонал:

- проверяет на наличие любых состояний, требующих осторожности при назначении и применении конкретного метода
- проводит консультирование в достаточном объеме

Женщинам не рекомендуется иметь половые сношения до окончания послеабортного кровотечения.

Рекомендации по использованию контрацептивов после аборта, происшедшего в **первом триместре** (вплоть до 14 недель после последней менструации [ПМ]), аналогичны рекомендациям в интервальный период (для женщин, которые не были беременны в последние 4–6 недель и не кормят грудью). Рекомендации по использованию контрацептивов после спонтанного или незавершенного аборта, происшедшего во **втором триместре**, более сходны с таковыми для послеродового периода.

На следующих страницах (заимствованных из *Postabortion Care: A Reference Manual for Improving Quality of Care*) освещены факторы, имеющие отношение к использованию различных контрацептивных методов женщинами **после аборта**.

ПОСЛЕАБОРТНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

МЕТОД	ВРЕМЯ ПОСЛЕ АБОРТА
КОК, КИК и ЧПК (см. также главы “Комбинированные [эстроген/прогестин] контрацептивы” и “Чисто прогестиновые контрацептивы”)	Начать использовать КОК, КИК, ЧПТ, ЧПИК или имплантаты немедленно, желательно в день процедуры. (ВОЗ класс 1)

ВМС

(см. также главу “ВМС”)

Первый триместр:

ВМС можно вводить немедленно, если исключен риск инфекции или ее наличие. (ВОЗ класс 1)

Отложите введение до полного заживления серьезных повреждений, установки контроля за кровотечением и улучшения острой анемии. (ВОЗ класс 4)

Второй триместр:

Отложите на 4-6 недель, за исключением тех случаев, когда имеются оборудование и опытный персонал для немедленного послеабортного введения. (ВОЗ класс 2)

Убедитесь в отсутствии инфекции матки. При подозрении на инфекцию отложите введение до того, как с момента ее устранения пройдет 3 месяца. (ВОЗ класс 4)



**ХАРАКТЕРИСТИКА
МЕТОДА**

ЗАМЕЧАНИЯ

Можно начинать немедленно, даже при наличии инфекции.

Высокая эффективность.

Немедленная эффективность.

Уменьшается кровопотеря (т.е. улучшается анемия), особенно при использовании КОК.

Если нельзя гарантировать адекватное консультирование и принятие осознанного решения, отложите первую инъекцию (КИК или ЧПИК) или введение имплантатов и обеспечьте временный промежуточный метод.

В случае имплантатов необходимо наличие опытного во введении и извлечении капсул персонала.

Если нельзя гарантировать адекватное консультирование и принятие осознанного решения, отложите введение и обеспечьте временный промежуточный метод.

Необходимо наличие опытного во введении и удалении персонала.

После аборта во втором триместре матка увеличена в объеме и риск ее перфорации во время введения увеличивается.



ПОСЛЕАБОРТНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

МЕТОД	ВРЕМЯ ПОСЛЕ АБОРТА
Не примеряемые на шейку матки барьерные методы (презервативы) и спермициды (пена, крем, пленка, свечи, таблетки)	Начать использовать с возобновлением половых отношений.
(см. также главу “Барьерные методы и спермициды”)	
<hr/>	
Примеряемые на шейку барьерные методы со спермицидами (диафрагма с пеной или кремом)	Диафрагма может примеряться сразу после аборта в первом триместре. После аборта во втором триместре примерку следует отложить до того, как размер матки уменьшится до предбеременного (4-6 недель).
(см. также главу “Барьерные методы и спермициды”)	
<hr/>	
Естественное планирование семьи	Не рекомендуется использовать сразу после аборта.
(см. также главу “Естественное планирование семьи”)	



**ХАРАКТЕРИСТИКА
МЕТОДА**

ЗАМЕЧАНИЯ

Хороший промежуточный метод, когда начало другого метода должно быть временно отложено.

Диафрагма, которая примерялась до беременности второго триместра, может оказаться мала из-за изменения шейки и вагинальных тканей после аборта.

Поскольку первую овуляцию после аборта предсказать трудно, метод не может считаться надежным до восстановления регулярных менструаций.

ПОСЛЕАБОРТНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

МЕТОД	ВРЕМЯ ПОСЛЕ АБОРТА
Трубная окклюзия (см. также главу “Добровольная стерилизация”)	<p>Технически трубная окклюзия (минилапаротомия) может быть сделана сразу после окончания лечения осложнений аборта, за исключением тех случаев, когда имеется большая кровопотеря или инфекция.</p> <p>Не производите до полного выздоровления от инфекции (3 месяца без инфекции) или заживления повреждений.</p>
<hr/> Вазэктомия (см. также главу “Добровольная стерилизация”)	<p>Может производиться в любое время.</p> <p>Не зависит от времени аборта у женщины.</p>



**ХАРАКТЕРИСТИКА
МЕТОДА**

ЗАМЕЧАНИЯ



Минилапаротомия после незавершенного аборта в первом триместре аналогична интервальной процедуре; после незавершенного аборта во втором триместре она сходна с послеродовой трубной окклюзией.

Адекватное консультирование и принятие осознанного решения должны обязательно предшествовать добровольной стерилизации (трубной окклюзии); это часто не представляется возможным в условиях неотложной помощи.



Эффективность не наступает мгновенно, поэтому необходимо использовать промежуточный контрацептивный метод.

Адекватное консультирование и принятие осознанного решения должны обязательно предшествовать добровольной стерилизации (вазэктомии); это часто не представляется возможным в условиях неотложной помощи.



ПОСЛЕАБОРТНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ КОНТРАЦЕПТИВОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

СОСТОЯНИЕ	МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ
Подтвержденная или подозреваемая инфекция <ul style="list-style-type: none">• Признаки и симптомы сепсиса/инфекции• Признаки нестерильного или угрожающего жизни индуцированного аборта• Невозможно исключить инфекцию	ВМС: Не вводите, пока не исключен риск инфекции или пока инфекция полностью не вылечена (примерно 3 месяца). Женская добровольная стерилизация: Не проводите процедуру, пока не исключен риск инфекции или пока инфекция полностью не вылечена (примерно 3 месяца).
Повреждения (ранения) половых органов <ul style="list-style-type: none">• Перфорация матки (с или без повреждения кишечника)• Серьезные вагинальные или цервикальные повреждения, включая химические ожоги	ВМС: Не вводите до заживления серьезных повреждений. Диафрагма: Не используйте до заживления вагинальных или цервикальных повреждений. Спермициды: Не используйте до заживления вагинальных или цервикальных повреждений. Женская добровольная стерилизация: Не проводите до полного заживления повреждений.



РЕКОМЕНДАЦИИ



КОК и КИК: можно начинать сразу.



ЧПК: можно начинать сразу.



Барьерные методы и спермициды: можно использовать при возобновлении половой активности.





КОК и КИК: можно начинать сразу.



ЧПК: можно начинать сразу.



Презервативы: можно использовать при возобновлении половой активности.



ПОСЛЕАБОРТНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ КОНТРАЦЕПТИВОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

СОСТОЯНИЕ

**Сильное кровотечение
и связанная с ним тяжелая
анемия (Hb < 7 г/дл или
Hct < 20)**

МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

Имплантаты: Отложите введение до улучшения острой анемии.

ЧПИК: Отложите инъекции до улучшения острой анемии.

ЧПТ: До улучшения острой анемии используйте с осторожностью.

ВМС (инертные или медь-выделяющие): Отложите введение до улучшения острой анемии.

Женская добровольная стерилизация: Не проводите процедуру до ликвидации причины кровотечения или улучшения анемии.



РЕКОМЕНДАЦИИ

КОК и КИК: можно начинать сразу (полезны при низком гемоглобине).

ВМС (выделяющие прогестин): можно использовать при сильной анемии (снижают потери крови во время менструации).

Барьерные методы и спермициды: можно использовать при возобновлении половой активности.



ЗАМЕТКИ





НЕОТЛОЖНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

Результатом полового акта без контрацептивной защиты может явиться нежелательная и незапланированная беременность. К счастью, поскольку существуют эффективные средства, способные предотвратить такую беременность, не надо заставлять пациентку со страхом ожидать, наступит или нет у нее следующая менструация. К сожалению, очень мало женщин знают о наличии и безопасности таких методов. Чтобы исправить эту ситуацию, обслуживающий персонал клиник должен постоянно информировать пациентов о неотложной контрацепции. Кроме этого, службы по планированию семьи могут рассмотреть возможность предоставления неотложных контрацептивов в качестве предупредительной меры.

В то время как большинство контрацептивов применяются **перед** половым актом, несколько методов можно также использовать в течение короткого времени **после** него. В прошлом часто именуемые “таблетками следующего утра”, эти средства, однако, следует называть **вторичными или неотложными контрацептивами**. Эти новые названия ликвидируют идею о том, что для их применения необходимо дождаться утра после незащищенного полового акта или что время безнадежно упущено, если женщина не смогла получить таблетки или ВМС до полудня или вечера следующего после полового акта дня.

В настоящее время существуют 2 типа неотложных контрацептивов: механические и гормональные. Единственным механическим методом является ВМС. Введенная в течение 5 дней после незащищенного полового акта медная ВМС может предотвратить беременность. Что касается гормональных средств, существуют много режимов использования оральных контрацептивов, но только несколько из них были хорошо изучены и рекомендованы к широкому применению. В некоторых странах повышение спроса на неотложную контрацепцию привело к появлению специальных упаковок оральных контрацептивов (КОК и ЧПТ), предназначенных для этой цели.

НЕОТЛОЖНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ РИСК УЖЕ ИМЕЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Прежде чем приступать к неотложной контрацепции, проверьте, что пациентка в настоящий момент **не** беременна (она могла забеременеть в предыдущий месяц). Ранние признаки беременности могут включать:

- Набухание и уплотнение молочных желез
- Тошноту
- Изменение последней менструации (менее обильная, более короткая)

При подозрении на беременность объясните пациентке все имеющиеся у нее возможности и, **прежде** чем выдать ей неотложный контрацептив, сообщите о существующем небольшом риске возникновения потенциальных проблем в том случае, если она уже беременна.

КОРМЯЩИЕ ГРУДЬЮ ЖЕНЩИНЫ

Если женщина кормит ребенка исключительно грудью, у нее сохраняется аменорея и прошло менее 6 месяцев после родов (т.е. она использует МЛА), ей не нужна неотложная контрацепция (см. главу “МЛА”). Если она кормит грудью, не следуя при этом МЛА, и думает, что она может быть беременна, неотложную контрацепцию можно использовать. Влияние на лактацию и риск для ребенка в этом случае будут минимальны.

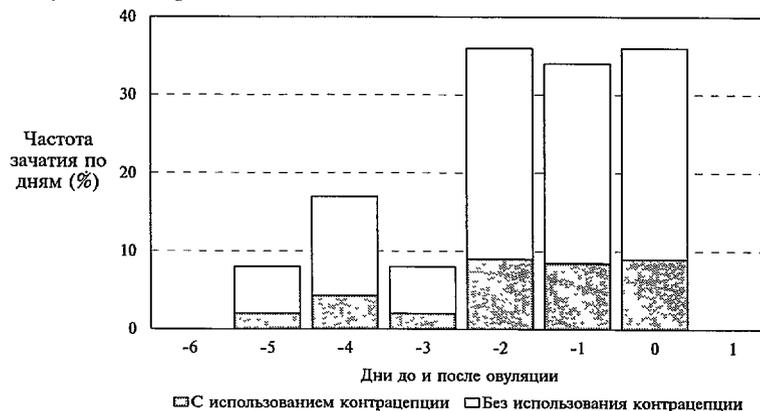
РИСК ДЛЯ ПАЦИЕНТОК, СТРАДАЮЩИХ СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Женщины, подверженные повышенному риску сосудистых заболеваний (нарушения свертывания крови в анамнезе или в настоящий момент, инфаркт или инсульт), должны быть проконсультированы о небольшом дополнительном риске возникновения серьезных осложнений в случае применения ими высоких доз (50 мкг) эстрогенов (КОК или чисто эстрогеновые таблетки). Короткий курс КОК (2 дня) у физически активной пациентки едва ли вызовет серьезные осложнения даже при наличии этих проблем; поэтому не отказывайте пациентке, обратившейся к вам за помощью.

РИСК ЗАБЕРЕМЕНИТЬ

Риск забеременеть зависит от дня менструального цикла по отношению к овуляции. Точный риск можно лучше всего рассчитать, используя данные, в которых только один половой акт потенциально мог закончиться зачатием. На основе 129 таких циклов Wilcox и др. (1995) наблюдали, что риск забеременеть увеличивается с 8% за 5 дней до овуляции до 36% в день овуляции (см. рисунок 8). Эти данные показывают, что фертильный период продолжается только порядка 6 дней, сгруппирован в 2-3-дневные интервалы (дни с -2 до 0) и заканчивается в день овуляции (т.е. с 9 по 14 день 28-дневного цикла). Резкий спад фертильности сразу после овуляции (день 0) предполагает короткое время выживания яйцеклетки (менее 24 часов), а также резкое изменение цервикальной слизи, предотвращающее попадание новой спермы.

Рисунок 8. Вероятность зачатия по дням цикла



Заимствовано из: Wilcox и др. 1995.

Использование методов неотложной контрацепции во время фертильного периода снижает риск беременности как минимум на 75%. Например, как видно из рисунка 8, 36% риск (белые столбики) снижается до порядка 9%. В целом, однако, только 1-3% женщин, использующих неотложную контрацепцию, забеременеют в это время цикла. На практике, поскольку фертильный период цикла может быть определен только приблизительно, часто бывает трудно оценить с достаточной аккуратностью шансы женщины забеременеть. К счастью, поскольку все методы неотложной контрацепции вполне безопасны, их можно использовать в любое время цикла, если женщина опасается, что она может быть беременна.

НЕОТЛОЖНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

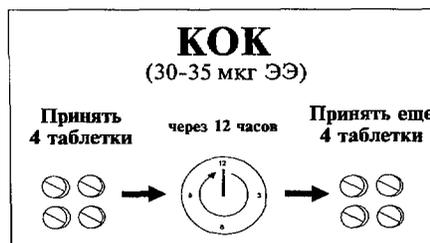
МЕТОД

ВРЕМЯ ПОСЛЕ
НЕЗАЩИЩЕННОГО
ПОЛОВОГО АКТА

КОК (“таблетки следующего утра”)

Должны быть приняты в течение 72 часов после незащищенного полового акта.

(см. также главу
“Комбинированные [эстроген/
прогестин] контрацептивы”)



ПРИМЕЧАНИЯ

Высокая эффективность (процент неудач не более 2%)

Побочные эффекты:

- Тошнота (≤ 1 дня)
- Рвота (см. оказание помощи на последних страницах этой главы)
- Болезненность молочных желез

Если беременность не удалось предупредить, проконсультируйте пациентку о имеющихся у нее возможностях.

ИНСТРУКЦИИ ПАЦИЕНТКЕ

Примите 4 таблетки низкодозного КОК (30–35 мкг ЭЭ) орально в течение первых 72 часов после незащищенного полового акта. Примите **еще** 4 таблетки через 12 часов. (Всего 8 таблеток)¹

ИЛИ

Примите 2 таблетки высокодозного КОК (50 мкг ЭЭ) орально в течение первых 72 часов после незащищенного полового акта. Примите **еще** 2 таблетки через 12 часов. (Всего 4 таблетки).

Если менструация не начнется в течение 3 недель, обратитесь к врачу для осмотра на беременность.

¹ Если КОК отсутствуют, их можно заменить высокими дозами эстрогена. Рекомендуемая доза каждого препарата (2,5 мг ЭЭ, 10 мг сопряженных эстрогенов или 5 мг эстерона) должна приниматься два раза в день (т.е. 5,0 мг ЭЭ) в течение 5 дней подряд.

НЕОТЛОЖНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

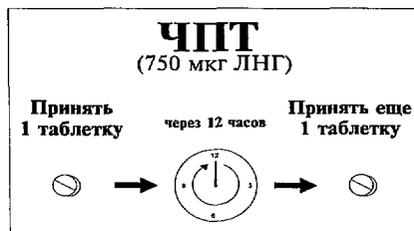
МЕТОД

ВРЕМЯ ПОСЛЕ
НЕЗАЩИЩЕННОГО
ПОЛОВОГО АКТА

**Чисто прогестиновые
таблетки (ЧПТ)**

Должны быть приняты в течение 48 часов после незащищенного полового акта.

(см. также главу
“Чисто прогестиновые
контрацептивы”)



ПРИМЕЧАНИЯ

Эффективны (процент неудач менее 3%)

Те же побочные эффекты, что и при использовании КОК, только значительно менее выраженные.

Если беременность не удалось предупредить, проконсультируйте пациентку о имеющихся у нее возможностях.

Эти режимы еще не были изучены так подробно, как режимы КОК.

ИНСТРУКЦИИ ПАЦИЕНТКЕ

Примите 1 таблетку Postinor® (750 мкг левоноргестрела каждая) или 20 таблеток Ovrette® (75 мкг норгестрела каждая) орально в течение 48 часов после незащищенного полового акта. Примите еще 1 или 20 таблеток через 12 часов. (Всего 2 таблетки Postinor или 20 таблеток Ovrette).

Если менструация не начнется в течение 3 недель, обратитесь к врачу для осмотра на беременность.

НЕОТЛОЖНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

МЕТОД

ВРЕМЯ ПОСЛЕ
НЕЗАЩИЩЕННОГО
ПОЛОВОГО АКТА

ВМС

(см. также главу “ВМС”)

Должна быть установлена в течение 5 дней после незащищенного полового акта.

ПРИМЕЧАНИЯ

Высокая эффективность (процент неудач - менее 1%).

Очень мало побочных эффектов.

Вероятность неудачи возрастает с удлинением интервала между незащищенным половым актом и введением ВМС.

Введение ВМС представляет собой небольшую процедуру, которая должна выполняться квалифицированным специалистом.

Также обеспечивает долгосрочную контрацептивную защиту.

Не следует использовать женщинам, относящимся к группе риска заражения ИППП и другими ЗППП (например, ВГВ, ВИЧ/СПИД).

Может не рекомендоваться для нерожавших пациенток.

ИНСТРУКЦИИ ПАЦИЕНТКЕ

Если менструация не начнется в течение 3 недель, обратитесь к врачу для осмотра на беременность.

Если беременность не удалось предупредить, проконсультируйте пациентку о имеющихся у нее возможностях.

НЕОТЛОЖНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ТОШНОТЕ И РВОТЕ

Поскольку общая доза эстрогена в КОК высока, тошнота является их обычным побочным эффектом. Если она сопровождается рвотой в течение первых 2 часов, эффективность КОК как метода неотложной контрацепции может снизиться.

- Чтобы минимизировать тошноту и рвоту, посоветуйте пациентке принимать каждую дозу контрацептива во время еды. Прием первой дозы перед сном, если возможен, также может снизить тошноту и рвоту.
- Хотя тошнота и рвота снижаются при профилактическом приеме противорвотных средств, их постоянный прием не рекомендуется. Они не помогают, если даны после того, как рвота уже началась.
- Если рвота началась в течение первых 2 часов после приема первой или второй дозы КОК, то:
 - пациентке может потребоваться повторить дозу, или
 - дозу следует ввести вагинально
- **Дополнительный режим** (например, 8 таблеток КОК, содержащих 30-35 мкг ЭЭ каждая) может быть назначен пациентке для подстраховки.

ИНФОРМАЦИЯ О КОК ДЛЯ ПАЦИЕНТКИ

- Не существует доказательств вредного воздействия на женщину или развивающийся эмбрион небольших доз эстрогена и прогестина в КОК, принимаемых в течение 2 дней. Однако женщине не рекомендуется принимать **никакие медикаменты** на ранней стадии беременности, если только это не является абсолютно необходимым.
- Если к началу приема КОК пациентка уже беременна, они не вызовут у нее аборт.
- КОК, принимаемые в течение короткого времени (2 дня), вряд ли могут вызвать какие-либо проблемы даже у женщин, относящихся к группе риска возникновения сосудистых заболеваний (нарушения свертывания крови в анамнезе или в настоящее время, инфаркт или инсульт).

- У порядка 8% женщин, использующих КОК в качестве метода неотложной контрацепции, будут наблюдаться мажущие кровянистые выделения во время курса лечения. Примерно у 50% женщин менструация начнется в положенное время, а у большинства остальных она будет чуть раньше, чем обычно.
- Неотложные контрацептивы не должны применяться регулярно (из месяца в месяц), поскольку они гораздо менее эффективны, чем другие методы.
- Объясните пациентке, **как и когда** начать выбранный ею метод контрацепции.

Когда прийти на повторный прием

Пациентке следует вернуться в клинику, если у нее:

- отсутствует менструация в течение 3 недель (проверьте на нормальную или эктопическую беременность)
- появились любые беспокойства

ЗАМЕТКИ



18

ПОДРОСТКИ

Сексуально активные подростки нуждаются в безопасных и эффективных средствах контрацепции. Исследования показали, что значительное число подростков хотя бы изредка вступают в половой контакт. Кроме этого, подросткам часто свойственно непредсказуемое поведение, которое вызвано их стремлением к независимости, комфорту и популярности среди своих сверстников. Их взаимоотношения друг с другом зачастую носят временный характер, и вероятность наличия многочисленных половых партнеров у них велика. В результате многие из них подвергаются значительному риску заражения ИПП и другими ЗППП (например, ВГВ, ВИЧ/СПИД). Наконец, многие подростки не используют эффективных средств контрацепции, а те, кто используют, обычно делают это редко или неправильно. Это часто ведет к ранним родам, которые ассоциируются с плохим здоровьем как матери, так и ребенка.

Хотя родители предпочли бы, чтобы подростки не начинали половой активности до тех пор, пока они не смогут до конца понять тот риск, которому они подвергаются, последние зачастую не хотят ждать. Всем подросткам, независимо от их семейного положения, необходим свободный доступ к службам планирования семьи, и эти службы должны избегать проведения ненужных клинических процедур, которые могут отпугнуть подростков от обращения к ним за помощью (например, гинекологический осмотр подростков, обратившихся за КОК). Более того, поскольку подростки часто вступают в незапланированный, незащищенный половой акт, очень важно, чтобы они имели свободный доступ к услугам по неотложной контрацепции (см. главу “**Неотложная контрацепция**”).

На следующих страницах будут рассматриваться только факторы, имеющие отношение к использованию специфических контрацептивных методов **подростками**.



ПОДРОСТКИ

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

МЕТОД

**Оральные контрацептивы
(КОК и ЧПТ)**

(см. также главы
“Комбинированные [эстроген/
прогестин] контрацептивы” и
“Чисто прогестиновые
контрацептивы”)

ЗАМЕЧАНИЯ

У девочек-подростков редко встречаются состояния, требующие осторожности при назначении и использовании метода.

Забывчивость (обычное явление среди подростков) увеличивает риск контрацептивной неудачи.

Наиболее популярный метод среди девочек-подростков.

Несмотря то, что существует некоторое опасение относительно использования метода только вступившими в подростковый возраст девочками (теоретически влияют на рост), КОК могут без опасения использоваться девочками, у которых начались менструации.

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

МЕТОД	ЗАМЕЧАНИЯ
Имплантаты (Норплант) (см. также главу “Чисто прогестиновые контрацептивы”)	Такие побочные эффекты, как нерегулярность менструальных кровотечений и мажущие выделения, угри и прибавка в весе, могут особенно беспокоить подростков. Требуется тщательное консультирование.

Имплантаты будут стоять и тогда, когда подросток не ведет половой жизни.

Крайне рекомендуются для подростков, желающих долгосрочной контрацепции, особенно если у них были проблемы с использованием других методов.

ПОДРОСТКИ

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

МЕТОД

ЗАМЕЧАНИЯ

КИК и ЧПИК

(см. также главы “Комбинированные [эстроген/прогестин] контрацептивы” и “Чисто прогестиновые контрацептивы”)

Такие побочные эффекты, как нерегулярность менструальных кровотечений и мажущие выделения, угри и прибавка в весе, могут особенно беспокоить подростков. Требуется тщательное консультирование.

Подросткам нравится, что методы невидимы и не нужно ничего покупать.

Очень рекомендуется для подростков, которым нужны контрацептивы среднего срока действия.

Некоторые исследования показали, что использование ДМПА подростками в первые 2 года после начала менструаций может представлять дополнительный риск остеопороза в будущем.

ВМС

(см. также главу “ВМС”)

Не рекомендуется для подростков, имеющих многочисленных половых партнеров. Очень важно тщательное консультирование.

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

МЕТОД	ЗАМЕЧАНИЯ
Презервативы (см. также главу “Барьерные методы и спермициды”)	Обеспечивают немедленную защиту, но требуют планирования заранее (связаны с половым актом). Должны быть легко доступны, т. к. подростки обычно вступают в незапланированный половой акт. Единственный метод, защищающий от ИПП и других ЗППП (например, ВГВ, ВИЧ/СПИД)
Диафрагма (см. также главу “Барьерные методы и спермициды”)	Обычно не рекомендуется для подростков, т.к. необходимы примерка (тазовый осмотр) и желание использовать при каждом половом акте. Лучше используется женщинами, которые могут предвидеть половой контакт и чрезвычайно заинтересованы в предупреждении беременности. Обеспечивает некоторую защиту от ИПП и других ЗППП (например, ВГВ, ВИЧ/СПИД).



ПОДРОСТКИ

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

МЕТОД	ЗАМЕЧАНИЯ
Добровольная стерилизация (трубная окклюзия и вазэктомия)	В большинстве случаев неприемлема для подростков.
(см. также главу “Добровольная стерилизация”)	
Прерывание (Coitus Interruptus) и абстиненция	Прерывание часто бывает единственным доступным для многих подростков методом. Убедитесь, что они хорошо проинформированы о его технике.
(см. также главу “Прерывание”)	Следует поощрять воздержан- ние (абстиненцию).
Неотложная контрацепция	Должна быть легко доступна, т. к. подростки обычно всту- пают в незапланированный половой акт.
(см. также главу “Неотложная контрацепция”)	Все методы эффективны и безопасны для подростков.
	ВМС менее желательна.

ЖЕНЩИНЫ СТАРШЕ 35 ЛЕТ

Женщинам старше 35 лет необходима безопасная и эффективная контрацепция, поскольку беременность в этом возрасте связана с повышенным риском для их здоровья (осложнения и смертность).

В прошлом, поскольку содержание эстрогена в КОК было велико (≥ 50 мкг ЭЭ), считалось, что их использование женщинами старше 35 лет увеличивает риск развития серьезных осложнений (инфаркта, инсульта, нарушений свертывания крови). Современные исследования новых низкодозных (30-35 мкг ЭЭ) КОК и КИК показали, что женщины старшего возраста сейчас могут безопасно использовать любой из этих методов до и после менопаузы, если у них нет других факторов риска.

Несмотря на опасения некоторых женщин, что продолжение использования гормональных методов после 35 лет увеличивает риск развития рака молочной железы, современные данные указывают на отсутствие какого-либо отношения между раком молочной железы и продолжительным использованием КОК или КИК. На самом деле, исследования показали, что эти методы могут уменьшить риск рака молочной железы у женщин более старшего возраста. Более того, длительное использование КОК или КИК (в течение 5-10 лет) ведет к снижению риска развития рака эндометрия и яичников и имеет другие непротивоположные преимущества. **Курящих женщин в возрасте старше 35 лет, однако, следует постараться убедить бросить курить из соображений пользы для их здоровья и вне зависимости от того, пользуются ли они КОК или КИК.¹**

В заключение можно сказать, что женщины **старше 35 лет** могут продолжать пользоваться большинством контрацептивных методов, включая КОК и недавно разработанные КИК.

На следующих страницах будет обсуждаться информация, касающаяся **только** особенностей использования различных контрацептивов женщинами старше 35 лет.

¹ Определение “активный курильщик” варьирует в разных странах мира. В данном руководстве используется определение ВОЗ: 20 и более сигарет в день.

ЖЕНЩИНЫ СТАРШЕ 35 ЛЕТ

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

МЕТОД	ЗАМЕЧАНИЯ
КОК и КИК (см. также главу “Комбинированные [эстроген/ прогестин] контрацептивы”)	<p>КОК не следует использовать курящим женщинам старше 35 лет (> 20 сигарет в день - ВОЗ класс 4; ≤ 20 - ВОЗ класс 3)</p> <p>Активным курильщицам в возрасте старше 35 лет следует избегать использования КИК, за исключением тех случаев, когда другие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)</p> <p>КОК низкой дозы могут служить источником эстрогенов во время перименопаузы.</p>

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

МЕТОД

ЗАМЕЧАНИЯ

ЧПК (имплантаты, ЧПИК и ЧПТ)

ЧПК можно использовать во время перименопаузного периода (в 40-50 лет).

(см. также главу
“Чисто прогестиновые
контрацептивы”)

ЧПК можно без опасения использовать женщинам старше 35 лет, даже если они являются активными курильщицами. (ВОЗ класс 1)

Имплантаты настоятельно рекомендуются женщинам старше 35 лет, желающим долгосрочной контрацепции, особенно если у них были проблемы с использованием другого метода или нет желания пройти добровольную стерилизацию.

119

ЖЕНЩИНЫ СТАРШЕ 35 ЛЕТ

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

МЕТОД	ЗАМЕЧАНИЯ
ВМС (см. также главу “ВМС”)	<p>Можно без опасения использовать женщинам старшего возраста при отсутствии у них риска заболевания ИПП и другими ЗППП (ВГВ, ВИЧ/СПИД).</p> <p>Может быть предпочтительным методом для женщин старшего возраста, потому что новые ВМС (выделяющие медь или прогестин):</p> <ul style="list-style-type: none">• высокоэффективны• при отсутствии проблем не требуют дальнейшего наблюдения• являются долгосрочным методом (ТСu 380А эффективны до 10 лет)
Презервативы (см. также главу “Барьерные методы и спермициды”)	<p>Единственный метод, защищающий от ИПП и других ЗППП (например, ВГВ, ВИЧ/СПИД).</p> <p>Лучше всего используется женщинами, способными заранее предвидеть половой акт и чрезвычайно заинтересованными в предупреждении беременности.</p>



ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

МЕТОД

ЗАМЕЧАНИЯ



Диафрагма



(см. также главу “**Барьерные методы и спермициды**”)

Лучше всего используется женщинами, способными заранее предвидеть половой акт и чрезвычайно заинтересованными в предупреждении беременности.



Обеспечивает некоторую защиту от ИПП и других ЗППП (например, ВГВ, ВИЧ/СПИД).



Добровольная стерилизация
(трубная окклюзия и вазэктомия)

Подходит для пациентов/пар, которые уверены в своем решении использовать метод постоянной контрацепции.



(см. также главу “**Добровольная стерилизация**”)



МЕТОД ЛАКТАЦИОННОЙ АМЕНОРЕИ

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

МЕТОД

Метод лактационной аменореи (МЛА) основывается на временном бесплодии, наступающем во время грудного вскармливания.

Механизм действия

- Подавляет овуляцию



ПРИМЕНЯЕТСЯ

МЛА эффективен для женщин:

- которые исключительно или почти исключительно кормят грудью,
- у которых еще не возобновились менструации, **а также**
- у которых после родов прошло меньше 6 месяцев¹.

Исключительно грудное кормление означает:

- Кормление грудью по требованию ребенка (как минимум каждые 4 часа в течение дня)
- Ночное кормление (как минимум каждые 6 часов)
- Грудное молоко не заменяется никакой другой пищей или жидкостью

¹ ВОЗ рекомендует начинать прикорм в 6 месяцев. Если это делается раньше, МЛА не будет уже таким эффективным.

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДА

ДОСТОИНСТВА

Эффективен (1-2 беременности на 100 женщин в первые 6 месяцев после родов)

Немедленная эффективность

Не связан с половым актом

Отсутствуют системные побочные эффекты

Нет необходимости в медицинском наблюдении

Не требует пополнения запаса

Не требует никаких денежных расходов

Неконтрацептивные преимущества

Для ребенка:

- Пассивная иммунизация (передача защитных антител)
- Наилучший источник питательных веществ
- Уменьшение контакта с заразными организмами воды, другого молока или детского питания, а также кухонной утвари.

Для матери:

- Уменьшение послеродового кровотечения

НЕДОСТАТКИ

Зависит от пользователя (требует следования правилам грудного вскармливания)

Может оказаться трудно выполнимым в силу социальных обстоятельств

Обладает высокой эффективностью только до возобновления менструаций или не более 6 месяцев

Не защищает от ИПП и других ЗППП (например, ВГВ, ВИЧ/СПИД)



МЕТОД ЛАКТАЦИОННОЙ АМЕНОРЕИ

ПРОБЛЕМЫ, ТРЕБУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЙ

ПРОБЛЕМА	ДЕЙСТВИЯ
У пациентки возобновились менструации	Помогите пациентке выбрать другой метод. ²
Ребенок пациентки не сосет грудь часто (> 4 часов перерыв между дневными кормлениями, > 6 часов ночью)	Помогите пациентке выбрать другой метод. ²
Пациентка начала регулярно добавлять твердую пищу или жидкость к рациону ребенка (заменяя этим грудное молоко)	Помогите пациентке выбрать другой метод. ²
Ребенку исполнилось 6 месяцев или больше	Помогите пациентке выбрать другой метод. ²

² Даже при переходе на другой метод следует убедить пациентку продолжать грудное вскармливание.

ОБОСНОВАНИЕ

Менструации означают возобновление овуляции и возврат фертильности. Если не использовать другой контрацептивный метод, вероятность беременности высока.

Уменьшение частоты кормлений позволяет яичникам восстановить нормальные функции (овуляция может более не подавляться).

Уменьшение частоты кормлений позволяет яичникам восстановить нормальные функции (овуляция может более не подавляться).

Замечание: Понятие “дополнительное питание” не включает в себя небольшие количества жидкости или пищи; под дополнительным подразумевается жидкость или пища, **заменяющая** грудное молоко.

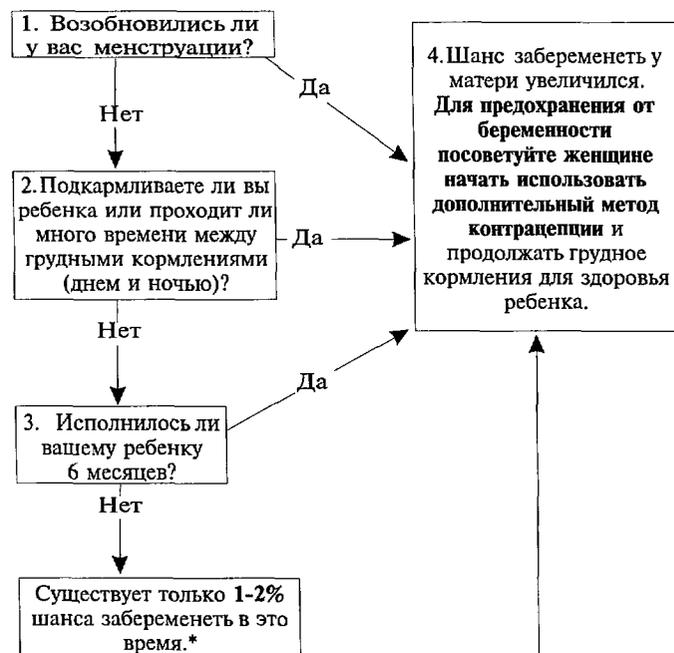
В 6 месяцев в диету ребенка надо начинать вводить дополнительную пищу, что может снизить частоту грудных кормлений. Это в свою очередь снижает вероятность того, что грудное кормление в одиночку будет эффективным методом предохранения от беременности (см. выше “**Ребенок пациентки не сосет грудь часто**”).



МЕТОД ЛАКТАЦИОННОЙ АМНОРЕИ

Рисунок 9. Алгоритм МЛА

Спросите у матери или посоветуйте ей самой задать себе следующие 3 вопроса:



Если ответ на любой из этих вопросов **ДА**...

* Однако женщина может решить использовать дополнительный метод контрацепции в любое время.

Источник: Labbok, Cooney и CoLy 1994.



ЗАМЕТКИ





ПРЕДИСЛОВИЕ



КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ



ОЦЕНКА ПАЦИЕНТОВ



МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ



ПОСЛЕРОДОВАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ



ПОСЛЕАБОРТНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ



НЕОТЛОЖНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ



ПОДРОСТКИ



ЖЕНЩИНЫ СТАРШЕ 35 ЛЕТ



МЕТОД ЛАКТАЦИОННОЙ АМЕНОРЕИ



**КОМБИНИРОВАННЫЕ (ЭСТРОГЕН/
ПРОГЕСТИН) КОНТРАЦЕПТИВЫ**

**ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫЕ
КОНТРАЦЕПТИВЫ**



**ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СПИРАЛИ
(ВМС)**



**БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ И
СПЕРМИЦИДЫ**



**ЕСТЕСТВЕННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ
СЕМЬИ**



**ПРЕРЫВАНИЕ (COITUS
INTERRUPTUS)**



ДОБРОВОЛЬНАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ



ИНСТРУКТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ



ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ



ЗППП И ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ



СПРАВОЧНАЯ ЛИТЕРАТУРА



БИБЛИОГРАФИЯ ВОЗ

(1996)



КОМБИНИРОВАННЫЕ (ЭСТРОГЕН/ПРОГЕСТИН) КОНТРАЦЕПТИВЫ

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ - ВСЕ ТИПЫ

МЕТОД

В состав комбинированных оральных и инъекционных контрацептивов входит как эстроген (Э), так и прогестин (П)

Виды

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК)

Комбинированные инъекционные контрацептивы (КИК)

Механизм действия

- Подавляют овуляцию
- Сгущают цервикальную слизь, предотвращая проникновение спермы
- Изменяют эндометрий, уменьшая вероятность имплантации
- Уменьшают продвижение спермы в верхнем половом тракте (фаллопиевых трубах)

Когда начинать

- В любое время, когда есть уверенность, что пациентка не беременна (см. главу “Оценка пациентов”)
- С 1-го по 7-й день менструального цикла
- После родов:
 - спустя 6 месяцев, если использует МЛА
 - спустя 3 недели, если не кормит грудью
- После аборта (сразу или в течение 7 дней)

ПРИМЕНЯЕТСЯ

Женщинами любого репродуктивного возраста и с любым количеством беременностей в анамнезе, желающими применять высокоэффективное противозачаточное средство

Кормящими матерями (6 месяцев или более после родов) или когда в диету ребенка начинает вводиться дополнительная пища (если менее 6 месяцев после родов)

Женщинами после родов, которые не кормят грудью (можно начинать спустя 3 недели после родов)

Пациентками после аборта (можно начинать немедленно)

Женщинами, страдающими анемией

Женщинами, испытывающими сильные боли во время менструации

Женщинами с нерегулярным менструальным циклом

Женщинами с эктопической беременностью в анамнезе

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДА

ДОСТОИНСТВА

Высокая эффективность

Эффективен немедленно

Для начала метода не требуется тазового осмотра

Не связан с половым актом

Мало побочных эффектов

Может предоставляться специально подготовленным медицинским персоналом

Неконтрацептивные преимущества

Уменьшение менструальной потери крови (менее обильные, более короткие менструации)

Уменьшение болей во время менструации

Возможно улучшение анемии

Предупреждение рака яичников и эндометрия

Уменьшение доброкачественных опухолей молочной железы и кисты яичников

Предохранение от эктопической беременности

Предохранение от некоторых факторов, вызывающих ВЗОТ

НЕДОСТАТКИ

Некоторая тошнота, головокружение, небольшая болезненность молочных желез, головные боли, а также мажущие выделения или легкое кровотечение (обычно проходят через 2-3 курса таблеток/инъекций)

Эффективность может снижаться при одновременном приеме некоторых лекарств (см. таблицу **“Взаимодействие с другими лекарственными препаратами”** в этой главе)

Возможна задержка в возврате фертильности

Возможны серьезные побочные эффекты (редко): инфаркт, инсульт, тромбы в легких или мозгу (соответственно 1, 3 и 11 случаев на 100 000 женщин, использующих КОК); также редко возникают добро- и злокачественные опухоли печени

Требуется наличие возможности пополнения запаса препарата

Не защищает от ИПП и других ЗППП (например, ВГВ, ВИЧ/СПИД)

КОМБИНИРОВАННЫЕ (ЭСТРОГЕН/ПРОГЕСТИН) КОНТРАЦЕПТИВЫ

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ—КОМБИНИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КОК)

МЕТОД

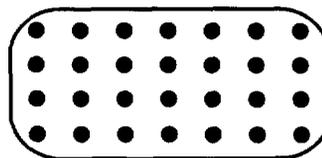
Комбинированные оральные
контрацептивы (КОК)

Типы (см. примеры в таблице 8)

Монофазные: 21 активная таблетка содержит одинаковое количество Э/П

Двухфазные: 21 активная таблетка содержит 2 различных комбинации Э/П (например, 10/11)

Трехфазные: 21 активная таблетка содержит 3 различных комбинации Э/П (например, 6/5/10)



ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ—КОМБИНИРОВАННЫЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КИК)

МЕТОД

Комбинированные
инъекционные контрацептивы
(КИК)

Примеры

Cyclofem®: 25 мг медроксипрогестерон ацетата и 5 мг эстрадиол сипионата, инъекцируемые (ВМ) раз в месяц

Mesigyna®: 50 мг норэтиндрон энантата и 5 мг эстрадиол валерата, инъекцируемые (ВМ) раз в месяц

ПРИМЕНЯЕТСЯ

Женщинами, которые не могут помнить о ежедневном приеме таблеток

ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТОДА

ДОСТОИНСТВА

Высокая эффективность при ежедневном приеме (0,1-8 беременностей на 100 женщин в течение первого года использования)

Удобен и легок в применении

Пациентка может сама прекратить прием

Неконтрацептивные преимущества

Может способствовать установлению более регулярного менструального цикла

НЕДОСТАТКИ

Зависит от пользователя (требуется постоянная заинтересованность и ежедневный прием)

Забывчивость увеличивает риск неудачи

ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТОДА

ДОСТОИНСТВА

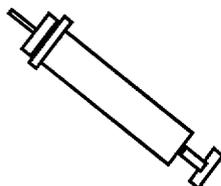
Высокая эффективность (0,1-0,4 беременности на 100 женщин в течение первого года использования)

Нет необходимости в пополнении запаса контрацептива пациенткой

НЕДОСТАТКИ

Вызывает изменение характера менструаций (нерегулярное кровотечение/мажущие выделения на ранних стадиях) у некоторых женщин

Зависит от пользователя (пациентка должна приходить на инъекцию каждые 30 дней)



КОМБИНИРОВАННЫЕ (ЭСТРОГЕН/ПРОГЕСТИН) КОНТРАЦЕПТИВЫ

Таблица 8. Наиболее распространенный гормональный состав ^a

НАЗВАНИЕ(-Я)
Монофазные таблетки (в каждой таблетке)
Eugynon, Ovral
Lo-Femenal (USAID), Lo/Ovral
Microgynon, Nordette, Levlen
Neogynon
Noriday (USAID), Ortho 1/50, No rinyl 1/50
Norminest (USAID), Brevicon, Modicon
Norquest (USAID)
Desogen, Orthocept, Marvelon, (Mercilon 20 мкг ЭЭ)
Orthocyclen, Cilest ^b
Femodene, Femovan, Ginoden, Gynara, Minulet ^b
Трехфазные таблетки (в каждой таблетке)
Logynon, Trinordiol, Triphasil, Tri-Levlen, Tri-Quilar 6 коричневых таблеток 5 белых таблеток 10 желтых таблеток
Ortho 7/7/7 7 белых таблеток 7 светло-персиковых таблеток 7 персиковых таблеток
Инъекционные (в каждой ежемесячной инъекции)
Cyclofem
Mesigyna

^a Большинство широкодоступных монофазных КОК - так называемых таблеток с низкой дозировкой - содержат 30-35 мкг этинил эстрадиола (ЭЭ). Высокодозные КОК содержат 50 мкг ЭЭ и более.

^b Существуют трехфазные таблетки, содержащие норгестимат (Tri-Cyclen) и гестоден (Tri-Minulet и Tri-Nova), также как и таблетки, содержащие десогестрел (Giasial).

ЭСТРОГЕН	КОЛ-ВО МКГ	ПРОГЕСТИН	КОЛ-ВО МКГ
Этинил эстрадиол	50	Норгестрел	500
Этинил эстрадиол	30	Норгестрел	300
Этинил эстрадиол	30	Левоноргестрел	150
Этинил эстрадиол	50	Левоноргестрел	250
Местранол ^с	50	Норэтиндрон	1000
Этинил эстрадиол	35	Норэтиндрон	500
Этинил эстрадиол	35	Норэтиндрон	1000
Этинил эстрадиол	30	Десогестрел ^д	150
Этинил эстрадиол	35	Норгестимат	250
Этинил эстрадиол	30	Гестоден ^д	75
Этинил эстрадиол	30	Левоноргестрел	50
Этинил эстрадиол	40	Левоноргестрел	75
Этинил эстрадиол	30	Левоноргестрел	125
Этинил эстрадиол	35	Норэтиндрон	500
Этинил эстрадиол	35	Норэтиндрон	750
Этинил эстрадиол	35	Норэтиндрон	1000
Эстрадиол сипионат	5 мг	ДМПА	25 мг
Эстрадиол валерат	5 мг	НЭТ-ЭН	25 мг

^с 50 мкг местранола имеет биологический потенциал, равный 30-35 мкг ЭЭ; поэтому его не следует относить к высокодозным КОК.

^д Первоначальные результаты свидетельствуют, что пользователи КОК, содержащих новые прогестины десогестрел и гестоден, подвержены более высокому риску возникновения венозных тромбов, чем те, кто использует КОК, содержащие левоноргестрел или норэтиндрон. ВОЗ советует пользоваться КОК, в состав которых входят не десогестрел и гестоден, а другие прогестины, до тех пор, пока не будет получена новая информация. (USAID не поставляет КОК, содержащих вышеуказанные новые прогестины.)



КОМБИНИРОВАННЫЕ (ЭСТРОГЕН/ПРОГЕСТИН) КОНТРАЦЕПТИВЫ

СОСТОЯНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ МЕР ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

СОСТОЯНИЕ

МЕРЫ

Беременность (известная или подозреваемая)

Ни КОК, ни КИК **не должны** использоваться во время беременности, и их надо прекратить, если беременность подтверждена и будет донашиваться. (ВОЗ класс 4)

Если исключить беременность путем осмотра или анализа **невозможно**, применение КОК или КИК следует отложить до начала следующей менструации. Между тем помогите пациентке выбрать другой метод (например, презервативы и спермициды).

Грудное вскармливание

Кормящие женщины в первые 6-8 недель после родов не должны применять ни КОК, ни КИК. (ВОЗ класс 4)

Кормящие исключительно грудью матери (от 6 недель до 6 месяцев после родов) должны избегать использования КОК и КИК, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы (например, ВМС или ЧПК) недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)

ОБОСНОВАНИЕ

В настоящее время нет научных данных, подтверждающих, что небольшие количества эстрогена и прогестина в КИК или современных КОК низкой дозы могут повредить матери или плоду. Однако женщине на ранних сроках беременности следует воздерживаться от приема **любых лекарств** без крайней на то необходимости.

КОК и КИК уменьшают секрецию молока, что может повлиять на здоровый рост новорожденного. Начало применения контрацептива не ранее чем спустя 6-8 недель после родов также позволяет лактации лучше установиться.

Риск беременности в первые **6 месяцев** после родов при условии исключительно грудного вскармливания и отсутствии менструации (аменореи) очень низок (риск < 2%, см. главу “МЛА”).



КОМБИНИРОВАННЫЕ (ЭСТРОГЕН/ПРОГЕСТИН) КОНТРАЦЕПТИВЫ

СОСТОЯНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ МЕР ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

СОСТОЯНИЕ

МЕРЫ

Некормящие матери

Некормящие матери должны избегать использования как КОК, так и КИК в первые 3 недели после родов, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)

Необъяснимое вагинальное кровотечение (только при подозрении на серьезную проблему)

Женщины с необъяснимым вагинальным кровотечением, причиной которого может быть беременность или какая-то серьезная медицинская проблема, должны избегать использования как КОК, так и КИК до тех пор, пока причина кровотечения не установлена и, если возможно, вылечена. (ВОЗ класс 3)

ОБОСНОВАНИЕ

В первые **3 недели** после родов женщины подвержены повышенному риску возникновения связанных с беременностью нарушений свертывания крови. Использование КОК или КИК в это время может еще более увеличить этот риск. (Поскольку даже для некормлящих женщин риск зачатия в первые 6–8 недель после родов очень низок, не следует начинать ни КОК, ни КИК раньше, чем спустя 3 недели после родов.)

Поскольку КОК и КИК могут вызывать межменструальные вагинальные выделения или кровотечение, это может помешать заметить существующие медицинские проблемы (например, нормальную или эктопическую беременность, цервицит, другую патологию тазовых органов, а иногда и рак половых органов). **Ни одно** из вышеназванных состояний, однако, не ухудшается, а некоторые, напротив, предупреждаются использованием КОК или КИК.



КОМБИНИРОВАННЫЕ (ЭСТРОГЕН/ПРОГЕСТИН) КОНТРАЦЕПТИВЫ

СОСТОЯНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ МЕР ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

СОСТОЯНИЕ	МЕРЫ
Желтуха (симптоматический вирусный гепатит, заболевание желчного пузыря или цирроз)	КОК не должны применяться до полного выздоровления пациентки от гепатита (т.е. спустя 3 месяца после исчезновения симптомов или нормализации функций печени). Помогите пациентке выбрать другой метод. (ВОЗ класс 4)
	Следует избегать применения КИК, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)
	Женщинам с симптомами желчнокаменной болезни следует избегать использования КОК, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)
<hr/>	
Курящая женщина в возрасте 35 лет и старше	Пациентка не должна использовать ни КОК, ни КИК, если она много (активно) (ВОЗ класс 4) или мало курит (ВОЗ класс 3) ¹ .
	Ей следует избегать использования КИК, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)

¹ Определение “активный курильщик” варьирует в разных странах мира. В данном руководстве используется определение ВОЗ - 20 и более сигарет в день.

ОБОСНОВАНИЕ

У женщин с нарушениями функций печени гормоны, входящие в состав КОК и КИК (особенно эстроген), могут плохо метаболизироваться; в связи с этим их использование может отрицательно отразиться на здоровье этих женщин. Кроме того, КОК и КИК могут ускорить развитие симптомов желчнокаменной болезни у бессимптомных женщин. КИК, однако, вызывают меньшую обеспокоенность, чем КОК, поскольку после инъекции гормоны, содержащиеся в КИК, вначале идут прямо к сердцу, минуя при этом печень (отсутствует первоначальный эффект).

Курящие (много или мало) женщины в возрасте 35 лет и старше уже относятся к группе повышенного риска возникновения инфаркта миокарда, инсульта и других заболеваний, связанных с нарушениями свертывания крови. Использование ими КОК или КИК создает дополнительный риск этих нарушений (эстрогенный эффект).

Женщины в 35 лет и старше, бросившие курить и не имеющие других факторов риска, могут применять КОК или КИК.



КОМБИНИРОВАННЫЕ (ЭСТРОГЕН/ПРОГЕСТИН) КОНТРАЦЕПТИВЫ

СОСТОЯНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ МЕР ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

СОСТОЯНИЕ	МЕРЫ
Ишемическая болезнь сердца или инсульт (в анамнезе или настоящее время)	Женщины, страдающие артериальными сосудистыми заболеваниями, не должны использовать ни КОК, ни КИК. (ВОЗ класс 4)
Нарушения свертывания крови (тромбофлебит глубоких вен или эмболия легочной артерии)	Женщины, страдающие нарушениями свертывания крови (текущими или в анамнезе, а также восстанавливающиеся после операции с длительным постельным режимом), не должны использовать ни КОК, ни КИК. (ВОЗ класс 4)
Диабет (продолжительностью более 20 лет; сосудистые осложнения, поражения почек, ЦНС или зрения)	Женщинам с прогрессирующим или давно начавшимся диабетом не следует применять ни КОК, ни КИК. (ВОЗ класс 3/4) Диабетички без серьезных осложнений, на инсулине или без, обычно могут применять КОК или КИК. (ВОЗ класс 2)
Головные боли (мигрень)	Женщины с мигренью, вызывающей очаговые неврологические симптомы, не должны использовать ни КОК, ни КИК. (ВОЗ класс 4)

ОБОСНОВАНИЕ

Женщины с документированным артериальным сосудистым заболеванием (инфаркт или инсульт) подвергаются повышенному риску в случае использования ими КОК или КИК (эстрогенный эффект).

В то время как КОК и КИК только слегка увеличивают риск нарушений свертывания крови у здоровых женщин, это может иметь гораздо большее значение для женщин, уже подверженных риску этих нарушений. Первоначальные результаты свидетельствуют, что пользователи КОК, содержащих новые прогестины десогестрел и гестоден, имеют более высокий риск возникновения венозных тромбов, чем те, кто использует КОК, содержащие левоноргестрел или норэтиндрон. ВОЗ советует пользоваться КОК, в состав которых входят не десогестрел и гестоден, а другие прогестины, до тех пор, пока не будет получена новая информация. (USAID не поставляет КОК, содержащих вышеназванные новые прогестины.)

Использование КОК или КИК женщинами с прогрессирующим или давно начавшимся диабетом (> 20 лет) может способствовать ухудшению венозных сосудистых проблем и, возможно, повышению риска развития нарушений свертывания крови (эстрогенный эффект).

У женщин с тяжелыми повторяющимися сосудистыми головными болями (мигренью), которые также имеют очаговые неврологические симптомы (как кратковременные потери речи, слабость или помутнение зрения), использование КОК или КИК может привести к повышению риска инсульта (эстрогенный эффект).



КОМБИНИРОВАННЫЕ (ЭСТРОГЕН/ПРОГЕСТИН) КОНТРАЦЕПТИВЫ

СОСТОЯНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ МЕР ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

СОСТОЯНИЕ

Повышенное артериальное давление (с сосудистыми осложнениями или без них)

МЕРЫ

Женщины с АД:

- $> 180/110$ не должны использовать ни КОК, ни КИК. (ВОЗ класс 4)
- $\geq 160/100$, но $< 180/110$ должны избегать использования и КОК, и КИК, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)

Женщины с сосудистыми заболеваниями, а также повышенным АД не должны использовать ни КОК, ни КИК. (ВОЗ класс 4)

ОБОСНОВАНИЕ

Хотя использование КОК или КИК вызывает лишь небольшие изменения артериального давления у здоровых женщин, для женщин, страдающих гипертонией, их использование представляет дополнительный риск венозных нарушений свертывания крови (эстрогенный эффект). Использование следует прекратить, если в первые несколько месяцев наблюдается значительное повышение АД или развитие артериальных сосудистых осложнений.



**КОМБИНИРОВАННЫЕ (ЭСТРОГЕН/ПРОГЕСТИН)
КОНТРАЦЕПТИВЫ
СОСТОЯНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ МЕР ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ**

СОСТОЯНИЕ	МЕРЫ
Рак молочной железы	<p>Женщины, страдающие раком молочной железы, не должны использовать ни КОК, ни КИК. (ВОЗ класс 4)</p> <p>Женщины, имеющие рак молочной железы в анамнезе и без признаков заболевания в настоящее время, должны избегать как КОК, так и КИК, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)</p>
Опухоли печени (аденома и гепатома)	<p>Женщины, имеющие опухоль печени, не должны использовать КОК. (ВОЗ класс 4)</p> <p>Женщины, имеющие опухоль печени, должны избегать использования КИК, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)</p>
Серьезная операция с длительным постельным режимом	<p>Женщины, которым предстоит серьезная операция, должны перейти на использование более подходящего метода. (ВОЗ класс 4)</p>

ОБОСНОВАНИЕ

Не существует доказательств того, что КОК или КИК вызывают рак молочной железы. Поскольку, однако, это гормонально чувствительная опухоль, есть беспокойство возможным ускорением развития этого заболевания у женщин, имеющих рак груди в настоящее время или в анамнезе.

Замечание: Пациентки с подозрительными (плотными, неподвижными, не причиняющими боли при пальпации и не меняющимися во время менструального цикла) уплотнениями в молочной железе должны быть тщательно обследованы до назначения им КОК или КИК.

Содержащиеся в КОК и КИК гормоны, особенно эстроген, метаболизируются печенью, и их использование может изменить ход существующего заболевания. Поскольку опухоли печени (добро- и злокачественные) у женщин репродуктивного возраста встречаются редко, необходимость в рутинном обследовании (например, ультразвуком) отсутствует. КИК, однако, вызывают меньшую беспокойность, чем КОК, поскольку после инъекции гормоны, содержащиеся в КИК, вначале идут прямо к сердцу, минуя при этом печень (отсутствует первоначальный эффект).

Длительный постельный режим увеличивает риск повышенного венозного тромбообразования у здоровых женщин. Если возможно, прием КОК следует прекратить за 4 недели до операции и не возобновлять в течение 2 недель после серьезной операции, требующей длительного постельного режима.



**КОМБИНИРОВАННЫЕ (ЭСТРОГЕН/ПРОГЕСТИН)
КОНТРАЦЕПТИВЫ
СОСТОЯНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ МЕР ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ**

СОСТОЯНИЕ

МЕРЫ

Прием
противоэпилептических
(фенитоин или барбитураты)
или **противотуберкулезных**
(рифампин) препаратов

Пациентки, принимающие
медикаменты для лечения
этих заболеваний, должны
быть проконсультированы о
возможном снижении эффек-
тивности КОК и КИК.

Следует избегать использо-
вания как КОК, так и КИК, за
исключением тех случаев,
когда более подходящие мето-
ды недоступны или неприем-
лемы. (ВОЗ класс 3)

ОБОСНОВАНИЕ

Длительный прием противосудорожных (кроме вальпроиновой кислоты) и противотуберкулезных препаратов вызывает ускорение печеночного метаболизма эстрогенов и прогестинов и может снизить эффективность как КОК, так и КИК². В целом, ни КОК, ни КИК, по-видимому, не изменяют судорожную активность и могут использоваться с осторожностью.

Появление межменструальных кровотечений или мажущих выделений может указывать на снижение уровня половых стероидных гормонов (эстрогена и прогестина). Если это произошло, рассмотрите возможность перехода на КОК с более высоким содержанием эстрогена (50 мкг ЭЭ, если принимает КОК) или помогите пациентке выбрать другой метод.

² Поскольку гризеофульвин, увеличивающий метаболизм эстрогенов и прогестинов, обычно используется только в течение короткого периода (от 2 до 4 недель), женщины, принимающие его для лечения грибковой инфекции, могут продолжать использование КОК или КИК. Во время приема гризеофульвина и после его прекращения до начала следующей менструации следует использовать дополнительный страховочный метод.

**КОМБИНИРОВАННЫЕ (ЭСТРОГЕН/ПРОГЕСТИН)
КОНТРАЦЕПТИВЫ
СОСТОЯНИЯ, НЕ ИМЕЮЩИЕ ОГРАНИЧЕНИЙ
СОСТОЯНИЕ**

Возраст

Диабет (неосложненный или продолжительностью менее 20 лет)

Повышенное артериальное давление (нетяжелая гипертония)

Раковые заболевания половых органов (шейки матки, эндометрия или яичников)



ОБОСНОВАНИЕ

Сексуально активные подростки независимо от их возраста могут использовать КОК или КИК без риска.

Использование КОК или КИК женщинами старше 35 лет не связано с повышением опасности для их здоровья, если отсутствуют перечисленные ниже факторы риска:

- курение
- диабет
- мать, отец, брат или сестра перенесли инфаркт миокарда или инсульт в возрасте до 50 лет или
- семейный анамнез гиперлипидемии³.

Несмотря на возможное небольшое изменение толерантности к глюкозе (карбогидратам) и потребности в инсулине, диабетки на инсулине и без него могут пользоваться как КОК, так и КИК (ВОЗ класс 2), за исключением тех случаев, когда у них имеются или развиваются сосудистые осложнения или диабет длится > 20 лет. (ВОЗ класс 4)

Женщины с АД < 160/100 могут использовать КОК или КИК. (ВОЗ класс 2)

КОК и КИК значительно снижают риск развития рака эндометрия и яичников, и существует лишь небольшое опасение, что их использование влияет на ход этих заболеваний. Кроме этого, есть только теоретическое опасение, что КОК и КИК повышают риск прогрессирования рака шейки матки (carcinoma-in-situ в инвазивный рак).

³ Несмотря на то, что семейная гиперлипидемия является риск-фактором развития сосудистых заболеваний, из-за редкости этого заболевания рутинного обследования проводить не требуется.



**КОМБИНИРОВАННЫЕ (ЭСТРОГЕН/ПРОГЕСТИН)
КОНТРАЦЕПТИВЫ
СОСТОЯНИЯ, НЕ ИМЕЮЩИЕ ОГРАНИЧЕНИЙ
СОСТОЯНИЕ**

Связанная с беременностью доброкачественная желтуха (холестаз)

Трофобластическая опухоль (добро- или злокачественная)

Эндометриоз

ОБОСНОВАНИЕ

Хотя анамнез доброкачественной желтухи во время беременности может указывать на повышенный риск развития КОК- или КИК-зависимого холестаза, **никакой информации** о существовании риска при использовании КОК или КИК такими пациентками **не существует**. (КОК: ВОЗ класс 2; КИК: ВОЗ класс 1)

Не существует доказательств того, что использование КОК или КИК меняет ход заболевания; эти женщины нуждаются в высокоэффективном контрацептиве. (ВОЗ класс 1)

Ни КОК, ни КИК не ухудшают эндометриоз и могут даже уменьшить его симптомы (боли в области таза, дисменорею). (ВОЗ класс 1)



КОМБИНИРОВАННЫЕ (ЭСТРОГЕН/ПРОГЕСТИН) КОНТРАЦЕПТИВЫ

ВЕДЕНИЕ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ

ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ

Аменорея (отсутствие вагинальных кровотечений или выделений)
(продолжение на следующей странице)

ОЦЕНКА

КОЖ: Спросите пациентку, как она принимала таблетки. Не пропустила ли она одну или несколько таблеток во время цикла?

Обследуйте на беременность (маточную или эктопическую), собрав анамнез, проверив на наличие симптомов и проведя тазовый осмотр (бимануально и в зеркалах) или сделав анализ на беременность, если показано и возможно.

Пользуется ли она таблетками с низкой дозировкой (35 мкг ЭЭ)?

Не прекратила ли она прием таблеток?

МЕРОПРИЯТИЯ

Пропуск или прием таблеток с опозданием повышает риск беременности. Пациентки, использующие 21-дневные упаковки, могут забыть о необходимости недельного перерыва в приеме на время менструации. Если таблетки принимаются без перерыва, может возникнуть аменорея. Это не опасно. Если ваше объяснение не удовлетворяет пациентку, назначьте ей таблетки с высоким содержанием эстрогена (50 мкг ЭЭ), если таковые имеются и нет медицинских проблем, требующих мер предосторожности.

Если женщина **не беременна**, то не требуется никаких мероприятий, кроме консультирования и успокоения. Объясните, что во время аменореи кровь не скапливается в матке или где-то еще в теле женщины. Продолжительное воздействие небольшого количества прогестина снижает толщину эндометрия, что приводит к уменьшению менструального кровотечения, а у некоторых женщин и к его полному отсутствию. Если женщина продолжает прием КОК низкой дозы (30-35 мкг ЭЭ), аменорея обычно будет иметь место. Посоветуйте пациентке вернуться в клинику, если аменорея будет продолжать ее беспокоить.

Если подтверждена **маточная беременность**, проконсультируйте пациентку о имеющихся у нее возможностях⁴. В случае решения сохранить беременность, прекратите прием КОК и объясните пациентке, что малые дозы эстрогена и прогестина в КОК не отразятся на плоде.

Если пациентка **правильно принимает КОК**, успокойте ее. Объясните ей, что причина отсутствия менструаций скорее всего состоит в недостаточном количестве внутриматочного эпителия. Если это объяснение ее не удовлетворит, назначьте ей таблетки с высоким содержанием эстрогена (50 мкг ЭЭ), если таковые имеются и нет медицинских проблем, требующих мер предосторожности.

⁴ Если беременность подтвердить путем гинекологического осмотра невозможно (и условий для анализа нет), то либо направьте пациентку на анализ, либо попросите ее вернуться через 2-4 недели для повторного осмотра.



**КОМБИНИРОВАННЫЕ (ЭСТРОГЕН/ПРОГЕСТИН)
КОНТРАЦЕПТИВЫ**
ВЕДЕНИЕ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ

ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ

ОЦЕНКА

Аменорея (*продолжение*)

КИК: Обследуйте на беременность, собрав анамнез, проверив на наличие симптомов и проведя тазовый осмотр (бимануально и в зеркалах) или сделав анализ на беременность, если показано и возможно.

Повышенное артериальное давление (>160/100)

Спросите пациентку, знала ли она о том, что у нее высокое давление.

Повторите измерение давления через 15 минут.



МЕРОПРИЯТИЯ

Если подтверждена **маточная беременность**, проконсультируйте пациентку о имеющихся у нее возможностях⁴. В случае решения сохранить беременность, прекратите прием КИК и объясните пациентке, что малые дозы эстрогена и прогестина в КИК не отразятся на плоде.

Если **беременности нет**, то не требуется никаких мероприятий, кроме консультирования и успокоения. Посоветуйте пациентке вернуться в клинику, если аменорея будет продолжать ее беспокоить.

Если при исходно нормальном давлении происходит его повышение в результате использования КОК или КИК, то пациентка требует тщательного наблюдения. В случае появления у нее тревожных симптомов (головные боли, боли в груди, помутнение зрения) или АД > 160/100 метод должен быть прекращен.

Если использование КОК или КИК прекращено, помогите пациентке выбрать другой (неэстрогенный) метод. Объясните ей, что повышенное артериальное давление, связанное с использованием КОК или КИК, обычно нормализуется через 1-3 месяца после их прекращения. Ежемесячно проверяйте артериальное давление, чтобы убедиться, что оно вошло в норму. Если этого не произошло спустя 3 месяца, направьте для дальнейшего обследования.

⁴ Если беременность подтвердить путем гинекологического осмотра невозможно (и условий для анализа нет), то либо направьте пациентку на анализ, либо попросите ее вернуться через 2-4 недели для повторного осмотра.



КОМБИНИРОВАННЫЕ (ЭСТРОГЕН/ПРОГЕСТИН) КОНТРАЦЕПТИВЫ

ВЕДЕНИЕ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ

ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ

ОЦЕНКА

Тощота/головокружение/
рвота

Если используется КОК,
узнайте, принимает ли она
таблетки утром или натощак.

Проверьте на беременность.

Если причина не найдена...

Кровотечения/выделения

Начала ли пациентка использо-
вать КОК или КИК недавно?

(см. схему “Оказание помощи
при кровотечениях/выделени-
ях при приеме КОК” в этой
главе и определение понятия
кровотечения/выделения в главе
“Оценка пациентов”)

Проверьте на наличие гинеко-
логических состояний (напри-
мер, маточной или эктопичес-
кой беременности, незавер-
шенного аборта, ВЗОТ).

Начала ли пациентка прини-
мать какие-то новые лекарства
(например, рифампин)?

КОК: Не пропустила ли она **1**
или более таблеток? Не прини-
мает ли она таблетки в разное
время дня?

МЕРОПРИЯТИЯ

Посоветуйте пациентке принимать таблетки перед сном или за ужином.

Если подтверждена беременность, поступайте согласно рекомендациям выше (см. раздел “Аменорея”)

Объясните, что эти явления, вероятно, исчезнут в течение первых 3-х месяцев использования КОК или КИК. Если женщина принимает КОК и симптомы не проходят, переведите ее на таблетки с пониженным содержанием эстрогена (20 мкг ЭЭ), если таковые имеются. Если пациентка не может переносить возникший дискомфорт, прекратите метод (КОК или КИК) и помогите ей выбрать другой (неэстрогенный) контрацептив.

Если да, то успокойте. Объясните, что такие прорывные кровотечения/выделения являются нормальным явлением в первые 3 месяца использования КОК или КИК и у большинства женщин обычно значительно уменьшаются к 4-му месяцу. Если ПК/МВ продолжают беспокоить пациентку, переведите ее на другой КОК (если принимает КОК) или помогите ей выбрать другой метод.

При наличии гинекологических проблем лечите в соответствии с клиническими требованиями или дайте назначение на лечение.

Если да, переведите пациентку на КОК высокой дозы (50 мкг ЭЭ, если принимает КОК) или помогите ей выбрать другой метод (КОК или КИК).

Если да, повторите правила приема. Если она продолжает пропускать таблетки, то для уменьшения риска беременности ей придется, по всей видимости, перейти на другой метод. (См. раздел “Пропущенные таблетки” в этой главе.)



КОМБИНИРОВАННЫЕ (ЭСТРОГЕН/ПРОГЕСТИН)

КОНТРАЦЕПТИВЫ

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ДРУГИХ ПРОБЛЕМАХ

ПРОБЛЕМА	ОЦЕНКА
Боли в грудной клетке (особенно связанные с физической нагрузкой)	Оцените на предмет возможных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Также проверьте: <ul style="list-style-type: none">• артериальное давление• наличие нерегулярных сердечных сокращений (аритмии)
Головные боли (особенно с помутнением зрения)	Выясните, изменился ли характер или интенсивность головных болей после начала КОК или КИК. Проведите физический осмотр, измерьте АД. При необходимости сделайте: <ul style="list-style-type: none">• осмотр глазного дна (офтальмоскопию)• неврологический осмотр
Депрессия (изменение настроения или потеря либидо)	Обсудите изменение настроения или либидо.

МЕРОПРИЯТИЯ

Если есть признаки ССЗ, направьте на дальнейшее обследование. Рассмотрите возможность прекращения КОК или КИК и помогите пациентке выбрать другой метод.

Если головные боли несильные, успокойте и дайте анальгетики. Повторно обследуйте через месяц, если боли продолжаются.

Если после начала КОК или КИК характер головных болей изменился (т.е. появились потеря чувствительности или покалывание, сопровождаемые нарушением или потерей речи, изменением или помутнением зрения), прекратите использование КОК или КИК и помогите пациентке выбрать другой (негормональный) метод.

Депрессия или потеря либидо могут быть связаны с присутствием прогестина в КОК и КИК. Если использование КОК или КИК не способствовало улучшению депрессии или снижению либидо, метод может быть продолжен. Если пациентке кажется, что депрессия ухудшилась или либидо снизилось после начала использования КОК или КИК, помогите ей выбрать другой метод.



КОМБИНИРОВАННЫЕ (ЭСТРОГЕН/ПРОГЕСТИН) КОНТРАЦЕПТИВЫ

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ДРУГИХ ПРОБЛЕМАХ

ПРОБЛЕМА

ОЦЕНКА

Желтуха

Если желтуха появилась **после** начала КОК или КИК, обследуйте на предмет:

- активного заболевания печени (гепатита)
- заболевания желчного пузыря
- доброкачественной или злокачественной опухоли печени

МЕРОПРИЯТИЯ

Содержащиеся в КОК и КИК гормоны (эстроген и прогестин) практически не влияют на функции печени. Если желтуха у пациентки вызвана **вирусным гепатитом**, прекратите использование КОК или КИК и помогите ей выбрать другой метод до полного выздоровления (т.е. до 3 месяцев спустя после исчезновения симптомов или нормализации функций печени).

Если желтуха вызвана **желчнокаменной** болезнью, прекратите КОК или КИК и помогите пациентке выбрать другой метод, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы.

Если желтуха вызвана **опухолью печени** или **циррозом**, прекратите использование КОК или КИК и направьте на дальнейшее обследование. Помогите пациентке выбрать другой метод.



КОМБИНИРОВАННЫЕ (ЭСТРОГЕН/ПРОГЕСТИН) КОНТРАЦЕПТИВЫ

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ДРУГИХ ПРОБЛЕМАХ

ПРОБЛЕМА

Набухание или болезненность молочных желез (масталгия)

ОЦЕНКА

Проверьте на беременность.

Осмотрите грудь на предмет:

- узлов или кист
- выделений или галактореи (вытекания подобной молоку жидкости), если не кормит грудью

Спросите пациентку, ощущает ли она набухание только в определенные дни месяца (например, перед менструацией).

Если у кормящей женщины наблюдается болезненность молочных желез, проверьте на наличие инфекции молочных желез.



МЕРОПРИЯТИЯ

Если **беременность подтверждена**, поступайте согласно рекомендациям выше (см. раздел “Аменорея”).

Если пациентка **не беременна**, болезненность молочных желез обычно проходит спустя 3 месяца после начала КОК или КИК.

Не прекращайте КОК или КИК, если только после консультирования пациентка не просит об этом.

Если в ходе физического осмотра выявляются узлы или выделения, похожие на раковые (например, плотные, не причиняющие боли при пальпации или неподвижные узлы, не меняющиеся во время менструации), направьте на необходимое обследование. Если патологии не выявлено, успокойте.

Посоветуйте пациентке избегать кофеина, шоколада и т.п. и объясните, что эти циклические изменения молочных желез вызваны присутствием эстрогена/прогестина в контрацептиве и не представляют проблемы. При приеме КОК переведите пациентку на содержащие пониженную дозу эстрогена таблетки (если только она их уже не получает). Если симптоматическая терапия не действует, помогите пациентке выбрать другой метод.

Если инфекция молочных желез отсутствует, порекомендуйте носить бюстгальтер, обеспечивающий дополнительную поддержку.

Если молочные железы инфицированы, посоветуйте делать теплые компрессы и продолжать кормление и назначьте антибиотик, если необходимо.



КОМБИНИРОВАННЫЕ (ЭСТРОГЕН/ПРОГЕСТИН)

КОНТРАЦЕПТИВЫ

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ДРУГИХ ПРОБЛЕМАХ

ПРОБЛЕМА	ОЦЕНКА
Угри	Спросите, как часто и чем она моет лицо? Находится ли она сейчас под большим стрессом?
КОК: Диаррея или рвота (в течение более 24 часов)	Узнайте, продолжалась ли более 24 часов (если да, то это значит, что 2 таблетки, принятые в это время, считаются пропущенными)
КОК: Пропущены активные таблетки	Пропустила ли пациентка только 1 таблетку? Пропустила ли пациентка 2 или более таблетки подряд?
КОК: Пропущены неактивные ("напоминающие") таблетки (только в 28-дневных упаковках)	Пропустила ли пациентка " напоминающие " таблетки на 4-й неделе?

МЕРОПРИЯТИЯ

Как правило, состояние кожи улучшается при использовании КОК или КИК, но у некоторых женщин иногда наступает ухудшение или состояние остается без изменения. Рекомендуется дважды в день очищать лицо и избегать жирных кремов для лица. Проведите соответствующее консультирование. Если проблема нетерпима, помогите пациентке выбрать другой (негормональный) метод.

Сильная рвота или диарея могут снизить эффективность таблеток. В этом случае пациентке необходимо использовать дополнительный страховочный метод до тех пор, пока она не примет 7 активных таблеток.

Посоветуйте пациентке принять 2 таблетки, как только она об этом вспомнит, даже если получится 2 таблетки в один день, и закончить упаковку как обычно. Никакого дополнительного страховочного метода не требуется.

Посоветуйте пациентке принимать по 2 таблетки в день, пока она снова не войдет в график, и использовать дополнительный страховочный метод, если она имеет половые сношения в последующие 7 дней. (Если у нее началось кровотечение, посоветуйте прекратить прием таблеток и начать новую упаковку через 7 дней.)

Посоветуйте пациентке выбросить пропущенные таблетки и закончить упаковку как обычно. Никакого дополнительного метода не требуется, если пропущены “напоминающие” таблетки на 4-ой неделе (только в 28-дневных упаковках).



КОМБИНИРОВАННЫЕ (ЭСТРОГЕН/ПРОГЕСТИН) КОНТРАЦЕПТИВЫ

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ДРУГИХ ПРОБЛЕМАХ

ПРОБЛЕМА	ОЦЕНКА
КИК: Пациентка пришла на прием раньше положенного срока	До положенного срока осталось больше 3 дней?
<hr/>	
КИК: Пациентка пришла на прием позже положенного срока	После положенного срока прошло больше 3 дней?
<hr/>	
КОК или КИК начаты после 7-го дня менструального цикла	Проверьте на беременность по симптомам, проведя физический осмотр или, если показано и возможно, сделав анализ на беременность.

МЕРОПРИЯТИЯ

Делать инъекцию раньше срока не рекомендуется, но можно в случае необходимости. Назначьте следующую инъекцию спустя 30 дней после текущего приема (инъекции).

Допускается сделать инъекцию с опозданием не более чем на 3 дня. Если женщина пришла более чем на 3 дня позже, но беременность можно исключить, сделайте инъекцию. Назначьте следующую инъекцию спустя 30 дней после текущего приема (инъекции). Если беременность исключить нельзя, посоветуйте ей использовать барьерный метод до начала следующей менструации.

Объясните пациентке, что обычный характер ее кровотечений может измениться. Ей следует использовать дополнительный страховочный метод, если она имеет половые сношения в последующие 7 дней. Подавления развития фолликула не происходит до истечения 7 дней после первой инъекции КИК или начала приема таблеток.



КОМБИНИРОВАННЫЕ (ЭСТРОГЕН/ПРОГЕСТИН) КОНТРАЦЕПТИВЫ

Таблица 9. Взаимодействие с другими лекарственными препаратами

ШИРОКО ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ИЛИ ВЫПИСЫВАЕМЫЕ МЕДИКАМЕНТЫ
Аналгетики Acetaminophen (Tylenol, Paracetamol и другие)
Антибиотики* - Griseofulvin и Rifampin * Никакого документированного клинического эффекта или значимости для пеницилинов, тетрациклинов, цефалоспоринов и других широко используемых антибиотиков не было установлено. Гормональные методы могут использоваться с этими антибиотиками обычно без каких-либо страховочных методов.
Антидепрессанты (Elavil, Norpramin, Tofranil и другие)
Гипотензивные средства Methyldopa (Aldoclor, Aldomet и другие)
Противосудорожные Barbiturates (Phenobarbitol и другие) Carbamazepine (Tegretol) Phenytoin (Dilantin) Primidone (Mysoline)
Бета-блокаторы (Corgard, Inderal, Lopressor, Tenormin)
Бронходилататоры Theophylline (Bronkotabs, Marax, Primatene, Quibron Tedral, Theo-Dur и другие)
Гипогликемические (Diabinese, Orinase, Tolbutamide, Tolinase)
Транквилизаторы Benzodiazepine (Ativan, Librium, Serax, Tranxene, Valium, Xanax и другие)

Заимствовано из: Rizack и Hillman 1985.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ	КОММЕНТАРИИ И РЕКОМЕНДАЦИИ
Возможное ослабление обезболивающего эффекта (ускорение выведения медикамента)	Следите за обезболивающим эффектом.
Ослабление контрацептивного эффекта КОК и КИК, особенно КОК низкой дозы (30-35 мкг ЭЭ)	Помогите пациентке выбрать другой метод или порекомендуйте таблетки с повышенным содержанием эстрогена (50 мкг ЭЭ) или страховочный метод (например, презервативы).
Возможное усиление антидепрессивного эффекта	Используйте с осторожностью. Антидепрессанты низкой дозы скорее всего безопасны.
Возможное ослабление гипотензивного эффекта	Используйте КОК и КИК с осторожностью, следите за АД.
Ослабление контрацептивного эффекта КОК и КИК, особенно КОК самой низкой дозы Возможное усиление эффекта фенитоина	Помогите пациентке выбрать другой метод или порекомендуйте таблетки с повышенным содержанием эстрогена (50 мкг ЭЭ) или страховочный метод (например, презервативы).
Возможное усиление эффекта бета-блокаторов	Следите за состоянием сердечно-сосудистой системы.
Усиление эффекта теофиллина	Следите за появлением симптомов, указывающих на передозировку теофиллина.
Возможное ослабление гипогликемического эффекта	Следите за уровнем сахара в крови, как у больного диабетом.
Возможное усиление или ослабление эффекта транквилизаторов, в том числе и психомоторные нарушения	Используйте с осторожностью. Обычные дозы, как правило, не вызывают значительных эффектов.

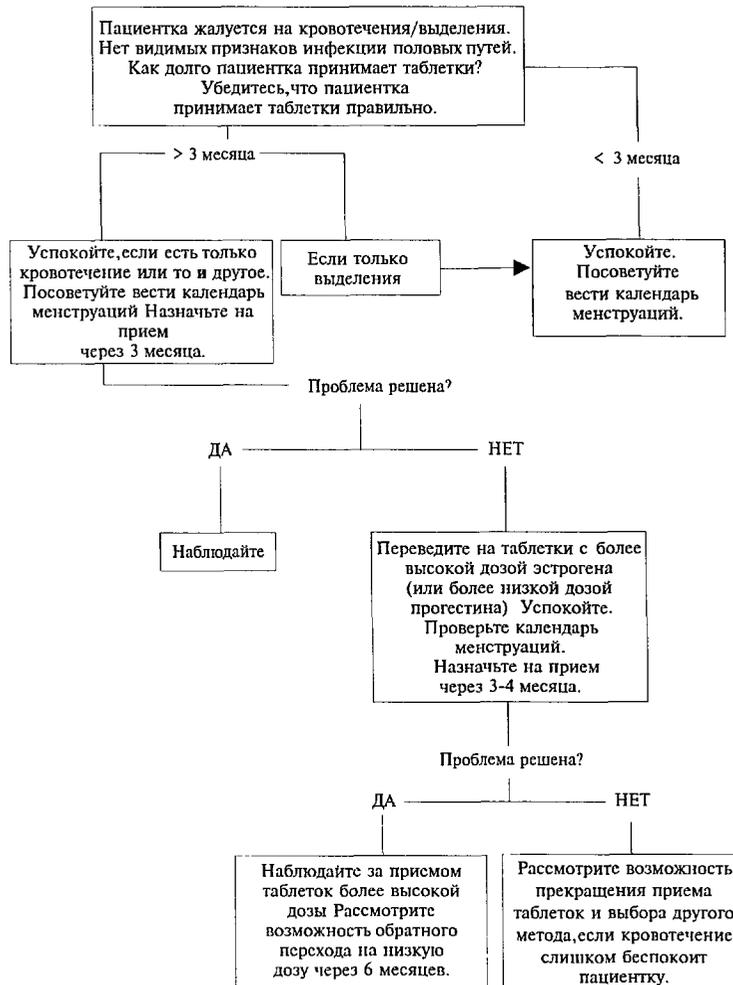
^a Поскольку гризеофульвин обычно используется в течение короткого периода (от 2 до 4 недель), женщины, принимающие его для лечения грибковой инфекции, могут продолжать использование КОК или КИК. Во время приема гризеофульвина и после его прекращения до начала следующей менструации им следует использовать дополнительный страховочный метод.



КОМБИНИРОВАННЫЕ (ЭСТРОГЕН/ПРОГЕСТИН) КОНТРАЦЕПТИВЫ

Рисунок 10. Оказание помощи при кровотечениях/выделениях при приеме КОК

Оказание помощи при кровотечениях/выделениях при приеме КОК





ЗАМЕТКИ





ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ—ВСЕ ТИПЫ

МЕТОД	ПРИМЕНЯЕТСЯ
Все содержащие только прогестин контрацептивы (ЧПК)	Женщинами любого репродуктивного возраста и с любым количеством беременностей в анамнезе, которые желают предохраняться от беременности
<i>Типы</i>	
Подкожные имплантаты: левоноргестрел (Норплант® имплантаты)	Кормящими матерями (≥ 6 недель после родов), нуждающимися в контрацепции
Чисто прогестиновые инъекции (ЧПИК): депо-медроксипрогестерон ацетат (ДМПА) и норэтиндрон энантат (НЭТ-ЭН)]	Родившими женщинами, которые не кормят грудью (можно начинать немедленно)
Чисто прогестиновые таблетки (“мини-пили”, ЧПТ): левоноргестрел, норгестрел или норэтиндрон	Пациентками после аборта (можно начинать немедленно)
ВМС: Высвобождающие прогестерон и левоноргестрел	Женщинами с АД $< 180/110$, нарушениями свертывания крови или серповидно-клеточной анемией
<i>Механизм действия</i>	Женщинами с умеренными до сильных менструальными болями
<ul style="list-style-type: none">• Сгущают цервикальную слизь, предотвращая проникновение спермы• Изменяют эндометрий, затрудняя имплантацию• Уменьшают продвижение спермы в верхнем половом тракте (фаллопиевых трубах)• Подавляют овуляцию (ЧПИК)	Курящими женщинами (любое количество сигарет, любой возраст)
	Женщинами, предпочитающими не использовать или которым не рекомендуются эстрогенные методы



ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДА

ДОСТОИНСТВА

НЕДОСТАТКИ

Эффективен немедленно (< 24 часов)

Вызывает изменения в характере менструальных кровотечений почти у всех пользователей в течение первого года использования

Перед началом использования не требуется тазового осмотра (за исключением прогестинových ВМС)

Возможна некоторая прибавка в весе (главным образом для ЧПИК) или потеря веса

Не связан с половым актом

Не влияет на грудное вскармливание

Не защищает от ИПП и других ЗППП (например, ВГВ, ВИЧ/СПИД)

Мало побочных эффектов

Отсутствие эстрогенного компонента

Неконтрацептивные преимущества

Возможно уменьшение менструальных болей

Возможно уменьшение менструального кровотечения

Могут вызвать улучшение анемии

Предотвращение рака эндометрия

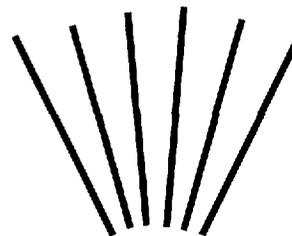
Уменьшение риска доброкачественных опухолей молочной железы

Предохранение от некоторых состояний, вызывающих ВЗОТ



ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ—ИМПЛАНТАТЫ

МЕТОД	ПРИМЕНЯЕТСЯ
Имплантаты	Женщинами любого репродуктивного возраста и с любым количеством беременностей в анамнезе, которые хотят использовать долгосрочное высокоэффективное противозачаточное средство, не требующее ежедневных действий
<i>Примеры</i>	
Имплантаты (например, Норплант® имплантаты): 6 тонких, гнущихся капсул, наполненных левоноргестрелом (ЛНГ), которые вшиваются женщине под кожу предплечья	Женщинами, имеющими желаемый размер семьи, но отказывающимися от добровольной стерилизации
<i>Когда начинать</i>	Женщинами с эктопической беременностью в анамнезе
<ul style="list-style-type: none"> • В любое время, когда есть уверенность, что пациентка не беременна (см. главу “Оценка пациентов”) • С 1-го по 7-й день менструального цикла • После родов: <ul style="list-style-type: none"> • спустя 6 месяцев, если использует МЛА • спустя 6 недель, если кормит грудью, но не следует МЛА • сразу или в течение 6 недель, если не кормит грудью • После аборта (сразу или в течение 7 дней) 	Женщинами, которые не могут помнить о ежедневном приеме таблеток



ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТОДА

ДОСТОИНСТВА

Высокая эффективность (0,2-1,0 беременностей на 100 женщин в течение первого года использования)

Длительный срок действия метода (защищает в течение до 5 лет)

Немедленный возврат фертильности после извлечения капсул

Пациентке надо прийти в клинику только в случае возникновения проблемы

Не требуется ничего покупать или иметь в запасе

Может вводиться обученным средним персоналом (медсестрой или акушеркой)

Неконтрацептивные преимущества

Снижает риск эктопической беременности

НЕДОСТАТКИ

Вызывает изменения в характере менструальных кровотечений:

- нерегулярные кровотечения/мажущие кровянистые выделения (60-70%)
- аменорея (менее 10%)

Требуется специально подготовленный медработник для вшивания и извлечения

Женщина должна вернуться в клинику для вшивания новых капсул или их удаления

Женщина не может прекратить использование, как только того пожелает (зависит от персонала)

Эффективность может снижаться при одновременном приеме некоторых лекарств (см. раздел “Прием противосудорожных и противотуберкулезных препаратов” в этой главе)

Денежные затраты зависят от продолжительности использования (т.е. более выгодно использование в течение 3 или более лет)



ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ—Чисто ПРОГЕСТИНОВЫЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

МЕТОД	ПРИМЕНЯЕТСЯ
Чисто прогестиновые инъекционные контрацептивы (ЧПИК)	Женщинами любого репродуктивного возраста и с любым количеством беременностей в анамнезе, которые хотят использовать высокоэффективное обратимое противозачаточное средство
<i>Примеры</i>	
ДМПА (Депо-Провера®): 150 мг депо-медроксипрогестерон ацетата, инъекцируемые каждые 3 месяца	Женщинами, имеющими желаемый размер семьи, но отказывающимися от добровольной стерилизации
НЭТ-ЭН (Нористерат®): 200 мг норэтиндрон энантата (НЭТ-ЭН), инъекцируемые каждые 2 месяца	Женщинами, принимающими противосудорожные (фенитоин и барбитураты) или противотуберкулезные (рифампин) препараты
<i>Когда начинать</i>	
<ul style="list-style-type: none">• В любое время, когда есть уверенность, что пациентка не беременна (см. главу “Оценка пациентов”)• С 1-го по 7-й день менструального цикла• После родов:<ul style="list-style-type: none">• спустя 6 месяцев, если использует МЛА• спустя 6 недель, если кормит грудью, но не следует МЛА• сразу или в течение 6 недель, если не кормит грудью• После аборта (сразу или в течение 7 дней)	Женщинами с эктопической беременностью в анамнезе
	Женщинами, которые не могут помнить о ежедневном приеме таблеток

ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТОДА

ДОСТОИНСТВА

Высокая эффективность (0,3-1,0 беременность на 100 женщин в течение первого года использования)

Метод среднего срока действия (2 или 3 месяца для каждой инъекции)

Не требуется ничего покупать или иметь в запасе

Может инъекцироваться обученным немедицинским персоналом

Неконтрацептивные преимущества

Снижает остроту серповидно-клеточной анемии

НЕДОСТАТКИ

Вызывает изменения в характере менструальных кровотечений:

- нерегулярные кровотечения/мажущие кровянистые выделения (60-70%)
- аменорея (50-80% для ДМПА, меньше для НЭТ-ЭН)

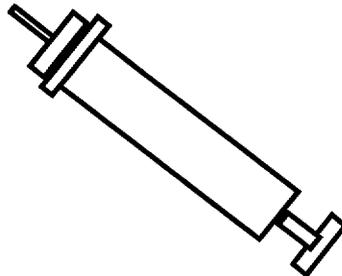
Зависит от пользователя (должна приходить в клинику на инъекцию каждые 2 или 3 месяца)

Прибавка в весе (2 кг), особенно для ДМПА, является обычным явлением

Задержка в возврате фертильности (только для ДМПА)

Необходимо наличие запаса контрацептива

В редких случаях возможно сильное вагинальное кровотечение (< 1 случая на 1000 пользователей), главным образом при использовании ДМПА





ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ—ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫЕ ТАБЛЕТКИ

МЕТОД

Чисто прогестиновые таблетки (ЧПТ, “мини-пили”)

Типы

Упаковка из 35 таблеток:
300 мкг левоноргестрела или
350 мкг норэтиндрона

Упаковка из 28 таблеток:
75 мкг норгестрела

Примеры

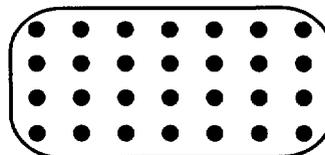
Левоноргестрел (Microlut)

Норэтиндрон (Micronor®)

Норгестрел (Ovrette)

Когда начинать

- В 1-й день менструального цикла
- В любое время, когда есть уверенность, что пациентка не беременна (см. главу “Оценка пациентов”)
- После родов:
 - спустя 6 месяцев, если использует МЛА
 - спустя 6 недель, если кормит грудью, но не следует МЛА
 - сразу или в течение 6 недель, если не кормит грудью
- После аборта (сразу)



ПРИМЕНЯЕТСЯ

Женщинами, которые хотели бы использовать ЧПК, но не желают инъекций или имплантатов или не могут использовать ВМС (высокий риск ИПП и других ЗППП)

ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТОДА

ДОСТОИНСТВА

Эффективен, если принимать в **одно и то же время** каждый день (0,5-10 беременностей на 100 женщин в течение первого года использования)

Эффективен немедленно (< 24 часов)

Немедленный возврат фертильности после прекращения использования

Легок и удобен в применении

Пациентка может сама прекратить использование

Может обеспечиваться подготовленным немедицинским персоналом

Неконтрацептивные преимущества

Снижение риска эктопической беременности

НЕДОСТАТКИ

Зависит от пользователя (требует постоянной заинтересованности и ежедневного применения)

Таблетки необходимо принимать в **одно и то же время** каждый день

Забывчивость увеличивает риск неудачи

Необходимо наличие в продаже

Эффективность может снижаться при одновременном приеме некоторых лекарств (см. раздел “**Прием противосудорожных и противотуберкулезных препаратов**” в этой главе)

Таблица 10. Состав ЧПТ

ПРОГЕСТИНОВЫЕ ТАБЛЕТКИ		СОДЕРЖАНИЕ ПРОГЕСТИНА МКГ	
Microlut	35 таблеток	Левоноргестрел	300
Micronor	35 таблеток	Норэтиндрон	350
Ovrette (USAID)	28 таблеток	Норгестрел	75



ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ—ВЫДЕЛЯЮЩИЕ ПРОГЕСТИН ВМС

МЕТОД

Выделяющие прогестин
(прогестиновые) ВМС

Примеры

Выделяющие прогестерон
ВМС (Progestaset®)

Выделяющие левоноргестрел
ВМС (LevoNova®)

Когда начинать

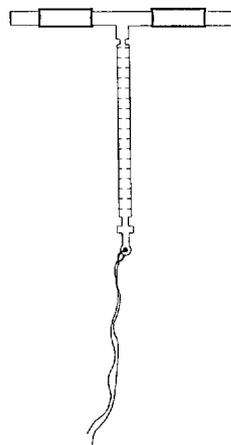
- В любое время, когда есть уверенность, что пациентка не беременна (см. главу “Оценка пациентов”)
- С 1-го по 7-й день менструального цикла
- После родов:
 - сразу после родов
 - в течение первых 48 часов или спустя 4-6 недель
 - спустя 6 месяцев, если использует МЛА
- После аборта (сразу или в течение 7 дней) при условии, что отсутствуют признаки тазовой инфекции

ПРИМЕНЯЕТСЯ

Женщинами любого репродуктивного возраста и с любым количеством беременностей в анамнезе, которые хотят использовать долгосрочное высокоэффективное обратимое противозачаточное средство, не требующее ежедневных действий

Женщинами, имеющими желаемый размер семьи, но отказывающимися от добровольной стерилизации

Женщинами с эктопической беременностью в анамнезе (только ВМС типа LevoNova)





ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТОДА

ДОСТОИНСТВА

LevoNova: Высокая эффективность (0,2-0,5 беременностей на 100 женщин в течение первого года использования)

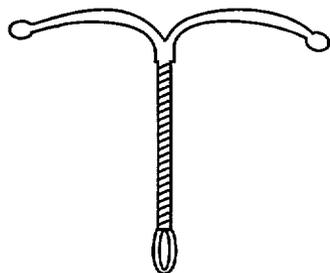
Progestasert: эффективна (2-6 беременностей на 100 женщин в течение первого года использования)

ВМС типа LevoNova эффективна в течение 5 лет

Неконтрацептивные преимущества

Возможно уменьшение болей во время менструации

Дополнительную информацию о достоинствах ВМС см. в главе “ВМС”



НЕДОСТАТКИ

Вызывает изменения в характере менструальных кровотечений:

- нерегулярные кровотечения/мажущие кровянистые выделения (60-70%)
- аменорея (50-80%)

Перед введением требуется тазовый осмотр и рекомендуется обследование на ИПП

Доступен только в нескольких странах

Дорогостоящий

ВМС типа Progestasert эффективна только в течение одного года

Риск эктопической беременности выше (только для Progestasert), чем для медных ВМС или ВМС типа LevoNova

Дополнительную информацию о недостатках ВМС см. в главе “ВМС”



ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ СОСТОЯНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ МЕР ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

СОСТОЯНИЕ	МЕРЫ
Беременность (известная или подозреваемая)	<p>ЧПК не должны использоваться во время беременности, и их применение надо прекратить, если маточная беременность подтверждена и будет донашиваться. (ВОЗ класс 4)</p> <p>Если анамнез, осмотр или анализ не позволяют исключить возможность беременности, начало использования ЧПК следует отложить до следующей менструации. Тем временем помогите пациентке выбрать другой метод (например, презервативы и спермицид).</p>
Грудное вскармливание (< 6 недель после родов)	Кормящим грудью женщинам следует избегать использования ЧПК в первые 6 недель после родов, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)



ОБОСНОВАНИЕ

Современные данные доказывают, что низкая доза прогестина в имплантатах, ЧПИК, ЧПТ и прогестиновых ВМС не способствует значительному повышению риска врожденных пороков развития, самопроизвольного выкидыша или мертворождений. Хотя доза прогестина мала, на ранних сроках беременности женщине не рекомендуется принимать **никаких лекарств** без крайней на то необходимости.

Существует **только** теоретическое опасение, что новорожденный может подвергаться риску вследствие воздействия на него прогестина в первые 6 недель с момента рождения.

После 6 недель, как было доказано в ходе исследований, какой-либо клинический эффект на здоровье или рост вскармливаемого грудью новорожденного, мать которого использует ЧПК, отсутствует.



ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ СОСТОЯНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ МЕР ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

СОСТОЯНИЕ	МЕРЫ
Необъяснимое вагинальное кровотечение (только при подозрении на серьезную проблему)	До того как причина кровотечения (между менструациями или после полового сношения) не определена и не проведено лечение любого серьезного заболевания пациента не должна использовать ни имплантаты, ни ЧПИК. (ВОЗ класс 4) Женщины с необъяснимым вагинальным кровотечением, которое может быть связано с беременностью или серьезным заболеванием, должны избегать использования ЧПК до тех пор, пока причина кровотечения не определена и, если возможно, не вылечена. (ВОЗ класс 3)
Желтуха (симптоматический вирусный гепатит или цирроз)	Следует избегать использования ЧПК, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)



ОБОСНОВАНИЕ

Поскольку ЧПК могут вызывать межменструальные кровотечения или мажущие кровянистые выделения, другие имеющиеся состояния (например, нормальная или эктопическая беременность, цервицит, другая патология тазовых органов, а иногда и рак половых органов) могут оказаться замаскированными. Использование ЧПК, однако, не вызывает ухудшения ни одного из перечисленных выше состояний, а некоторые даже предотвращаются применением ЧПК.

ВОЗ не рекомендует начинать применение имплантатов или ЧПИК при подозрении на имеющееся серьезное заболевание только потому, что эти методы невозможно немедленно прекратить.

Не существует доказательств того, что прогестин вызывает болезни печени (например, добро- или злокачественные новообразования или цирроз), гепатит или заболевания желчного пузыря (см. **“Состояния, для которых нет ограничений”** в этой главе). Хотя нарушение печеночных функций может затруднить метаболизм прогестинов, ЧПК (особенно ЧПТ) вряд ли клинически ухудшат течение заболевания печени и менее опасны для женщины с острым гепатитом, чем беременность.

Замечание: Для бессимптомных женщин (полностью выздоровевших или носителей) ограничений в использовании ЧПК нет. (ВОЗ класс 1)



ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ СОСТОЯНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ МЕР ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

СОСТОЯНИЕ	МЕРЫ
Повышенное артериальное давление (с сосудистыми осложнениями или без них)	Женщинам с АД > 180/110 следует избегать использования ЧПИК, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)
Рак молочной железы	<p>Женщины, имеющие рак молочной железы, не должны использовать ни имплантаты, ни ЧПИК. (ВОЗ класс 4)</p> <p>Им следует избегать использования ЧПТ и прогестиновых ВМС, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)</p> <p>Женщинам, имеющим рак молочной железы в анамнезе и при отсутствии симптомов в настоящее время, следует избегать использования ЧПК, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)</p>



ОБОСНОВАНИЕ

В связи с повышением в крови содержания прогестина при использовании ЧПИК уровень липопротеинов высокой плотности (ЛВП) может снизиться. В результате существует **теоретическое** опасение возникновения этого эффекта у женщин, имеющих повышенное АД и сосудистые осложнения (например, невропатию или ретинопатию). Имплантаты, ЧПТ и прогестиновые ВМС не оказывают существенного влияния на метаболизм липидов.

Не существует доказательств того, что низкие дозы прогестина вызывают рак молочной железы. Поскольку это гормонально чувствительная опухоль, существует опасение, что у женщин, имеющих рак молочной железы в анамнезе или в настоящее время, повышается риск прогрессирования этого заболевания. (Согласно ВОЗ, ЧПТ вызывают меньше теоретических опасений, чем имплантаты, ЧПИК или прогестиновые ВМС.)

Замечание: Пациентки с подозрительными уплотнениями молочной железы (плотные, не причиняющие боли при пальпации или неподвижные уплотнения, которые не меняются в течение менструального цикла) требуют обследования перед началом использования ЧПК.



ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ СОСТОЯНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ МЕР ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

СОСТОЯНИЕ

МЕРЫ

Диабет (продолжительностью более 20 лет; сосудистые осложнения или поражение ЦНС, почек или зрения)

Женщинам с длительным или прогрессирующим диабетом следует избегать использования ЧПИК, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)

Диабетики на инсулине и без, не имеющие серьезных проблем, обычно могут использовать ЧПК. (ВОЗ класс 2)

Прием противосудорожных (фенитоин и барбитураты) или **противотуберкулезных** (рифампин) препаратов

Пациентке, принимающей эти препараты, следует объяснить потенциальную возможность снижения эффективности некоторых ЧПК.

Следует избегать использования имплантатов и ЧПТ, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)

ЧПИК, как правило, можно использовать, т.к. они содержат более высокую дозу прогестина. (ВОЗ класс 2)

ОБОСНОВАНИЕ

Диабетики, имеющие артериальные или венозные сосудистые заболевания, могут без опасения использовать имплантаты и ЧПТ из-за их низкой дозы. ЧПИК (вследствие их более высокой ежедневной дозы) не рекомендуются диабетикам, страдающим **сосудистыми заболеваниями**, поскольку существует **теоретическое** опасение воздействия ЧПИК на метаболизм липидов и возможное прогрессирование сосудистых заболеваний.

ЧПК только слегка (если вообще) влияют на метаболизм углеводов и не создают дополнительного риска тромбоза (эстрогенный эффект) у диабетиков на инсулине или без. (Их использование, однако, может потребовать повышения дозы медикамента или инсулина для сохранения контроля над диабетом.)

Длительное использование противосудорожных (**кроме** вальпроиновой кислоты) или противотуберкулезных препаратов приводит к ускорению печеночного метаболизма прогестинов, что может являться причиной снижения эффективности всех гормональных методов, за исключением ЧПИК.¹ В целом, по-видимому, ни эстрогены, ни прогестины не изменяют судорожной активности и могут использоваться с осторожностью.

Появление межменструальных кровотечений или мажущих выделений может свидетельствовать о снижении уровня прогестина. Поскольку изначальный уровень прогестина в крови при использовании имплантатов и ЧПТ довольно низок, женщины, пользующиеся этими методами, могут нуждаться в более частом наблюдении и/или страховочном методе. Эффективность ЧПИК не снижается, поскольку содержание прогестина в них выше.

¹ Поскольку гризеофульвин, ускоряющий метаболизм прогестинов, обычно используется в течение короткого периода (2-4 недели), женщины, принимающие его для лечения грибковой инфекции, могут продолжать ЧПК. На время приема гризеофульвина и после его окончания до начала следующей менструации им следует дополнительно использовать страховочный метод.



ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ СОСТОЯНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ МЕР ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

СОСТОЯНИЕ

МЕРЫ

Женщина не может переносить никаких изменений в характере менструальных кровотечений

Женщины, выражающие беспокойство в отношении изменений в характере своих менструаций (нерегулярность или учащение кровотечений), могут попробовать принимать ЧПТ в течение 3 месяцев, прежде чем использовать другие ЧПК, или выбрать другой метод.

ЧПТ: Женщина не способна помнить о ежедневном приеме таблеток **в одно и то же время**

Объясните важность приема по одной таблетке ежедневно **в одно и то же время.**

Если прием ЧПТ **запаздывает более, чем на 3 часа**, эффективность метода резко снижается и в течение следующих 48 часов надо дополнительно использовать страховочный метод.



ОБОСНОВАНИЕ

Изменения в характере менструальных кровоточений являются наиболее частой причиной прекращения использования ЧПК.

ЧПТ оказывают максимальный эффект на цервикальную слизь в течение 3-4 часов после приема таблетки, и их эффект почти исчезает в течение 24 часов.



ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

СОСТОЯНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ БОЛЕЕ ЧАСТОГО НАБЛЮДЕНИЯ

СОСТОЯНИЕ	ДЕЙСТВИЯ
Диабет	Диабетики, выбравшие ЧПК, должны тщательно наблюдаться для сохранения контроля за течением заболевания. (ВОЗ класс 2)
Головные боли (сильные, повторяющиеся сосудистые боли или мигрень)	Женщины с сильными сосудистыми головными болями или мигренью в анамнезе требуют тщательного наблюдения для гарантии того, что их головные боли не усилились после начала использования ЧПК. (ВОЗ класс 2)
Депрессия	Женщины с депрессией в анамнезе требуют тщательного наблюдения при использовании ЧПК. При нарастании или возобновлении серьезной депрессии помогите пациентке выбрать другой метод.



ОБОСНОВАНИЕ

ЧПК только слегка (если вообще) влияют на метаболизм углеводов и не создают дополнительного риска тромбоза (эстрогенный эффект) для диабетиков на инсулине или без. (Их использование, однако, может потребовать повышения дозы медикамента или инсулина для сохранения контроля над диабетом.)

Пока почти ничего не известно об изменении интенсивности головных болей при использовании ЧПК. Если головные боли ухудшаются (т.е. учащаются, становятся более продолжительными или сопровождаются помутнением зрения), помогите пациентке выбрать другой метод.

Депрессия может быть связана с содержанием прогестина в ЧПК.



ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ
СОСТОЯНИЯ, НЕ ИМЕЮЩИЕ ОГРАНИЧЕНИЙ
СОСТОЯНИЕ

Артериальное давление (< 180/110)

Диабет (без осложнений или продолжительностью менее 20 лет)

Курение (любой возраст, любое количество сигарет)

Порок клапана сердца (с симптоматикой или без)

Преэклампсия (в анамнезе)

Тромбоэмболические заболевания (т.е. тромбы в сосудах ног, легких или глаз), поверхностные тромбофлебиты и варикозные вены

Хирургическая операция (с продолжительным послеоперационным постельным режимом или без него)

ОБОСНОВАНИЕ

Женщины с АД < 180/110 могут использовать ЧПК. (ВОЗ класс 1)
Никаких статистически значительных повышений давления у пользователей ЧПК не наблюдалось.

Хотя углеводная толерантность (и потребность в инсулине) может слегка меняться, диабетики на инсулине или без него могут использовать ЧПК (ВОЗ класс 2), **если только** у них уже имеются или развиваются сосудистые заболевания или диабет не продолжается более 20 лет. (ВОЗ класс 3 - только для ЧПИК)

Поскольку прогестин **не** увеличивает риск сердечно-сосудистых заболеваний, курящие женщины (любого возраста), не имеющие других факторов риска, могут использовать ЧПК. (ВОЗ класс 1)

Поскольку ЧПК не увеличивают риск нарушений свертывания крови, в том числе и эмболии, женщины даже с такими осложнениями, как легочная гипертензия, аритмия (фибрилляция) или подострый бактериальный эндокардит (ПБЭ) в анамнезе, могут использовать ЧПК. (ВОЗ класс 1)

При отсутствии сопутствующих сосудистых заболеваний ЧПК могут использоваться. (ВОЗ класс 1)

Большинство специалистов сегодня сходятся во мнении, что не прогестины, а эстрогены вызывают повышенное тромбообразование; поэтому женщины с тромбоэмболическими состояниями в прошлом или настоящем могут без риска использовать все виды ЧПК. (ВОЗ класс 1)

Поскольку ЧПК не увеличивают риск повышенного тромбообразования, не существует и ограничений в их использовании. (ВОЗ класс 1)



ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

ВЕДЕНИЕ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ

ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ

Аменорея
(отсутствие вагинального кровотечения или мажущих кровянистых выделений)

ОЦЕНКА

Если женщина использует ЧПТ, спросите, как она принимает таблетки. Не пропустила ли она таблетку в течение цикла? Не прекратила ли она прием таблеток?

Проверьте на беременность (маточную или эктопическую) по анамнезу, симптомам и проведя тазовый осмотр (в зеркалах и бимануально) или, если необходимо и возможно, сделав анализ.



МЕРОПРИЯТИЯ

Аменорея, хотя и более редкое явление среди использующих имплантаты (около 7%), случается у вплоть до 40% использующих ДМПА и у 20-30% имеющих ВМС типа LevoNova женщин к концу первого года пользования. Она редко встречается у принимающих ЧПТ пациенток. Аменорея в течение 6 или более недель, **особенно** на фоне регулярных менструаций в прошлом, может быть признаком беременности и должна быть обследована, независимо от используемого метода контрацепции².

При **отсутствии беременности** не требуется никакого лечения, кроме консультирования и успокоения пациентки. Объясните ей, что при аменорее кровь не скапливается внутри матки или где-то еще в теле женщины. Продолжительное воздействие малых доз прогестина ведет к уменьшению эндометрия, что в свою очередь вызывает уменьшение менструальных кровотечений, а у некоторых женщин и полное их прекращение. Наконец, посоветуйте пациентке снова обратиться в клинику, если аменорея будет продолжать ее беспокоить.

При подтвержденной **маточной беременности** объясните пациентке имеющиеся у нее возможности. Если беременность будет донашиваться, прекратите использование ЧПК и успокойте пациентку, объяснив ей, что малые дозы прогестина в ЧПК не нанесут вреда плоду.

Если произошел **выкидыш** (самопроизвольный аборт), нет необходимости прекращать ЧПК.

При подозрении на **эктопическую беременность** срочно направьте для полного обследования.

Не пытайтесь с помощью гормональной терапии (КОК) вызвать кровотечение. В этом **нет** необходимости и это, как правило, не приносит успеха, если не провести 2-3 цикла КОК.

² Если подтвердить беременность в ходе тазового осмотра не представляется возможным (и отсутствуют условия для проведения анализа на беременность), либо направьте пациентку на анализ, либо попросите вернуться через 2-4 недели для повторного осмотра.



ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

ВЕДЕНИЕ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ

ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ	ОЦЕНКА
Кровотечение/мажущие кровянистые выделения (продолжительные выделения или умеренное кровотечение)	Проведите тазовый осмотр (в зеркалах и бимануально), чтобы убедиться, что кровотечение не вызвано другими причинами (например, заболеваниями половых путей, такими как вагинит, цервицит, цервикальные полипы или фибромы матки)
Продолжительные выделения - более 8 дней	
Умеренное кровотечение - \geq нормальной менструации (50-80 мл)	При подозрении на беременность (маточную или эктопическую) или незавершенный аборт, осмотрите или, если необходимо и возможно, сделайте анализ на беременность.

МЕРОПРИЯТИЯ

При обнаружении аномалии половых путей лечите в соответствии с диагнозом и проконсультируйте пациентку или направьте для дальнейшего обследования. **Не** отменяйте ЧПК. Посоветуйте пациентке вернуться в клинику для дополнительного консультирования после того, как проблема будет ликвидирована.

О ведении состояний, связанных с беременностью, см. раздел “Аменорея”.

Объясните пациентке, что небольшие межменструальные кровотечения или мажущие кровянистые выделения случаются у многих женщин, использующих ЧПК (у 50–80% женщин, использующих ЧПИК, имплантаты или прогестиновые ВМС, в первые несколько циклов и у 15–20% пользователей ЧПТ). Это не представляет серьезной проблемы и обычно не требует лечения. В большинстве случаев измененные кровотечения становятся более регулярными после 6–12 месяцев использования.

Если пациентка не удовлетворена после консультирования, но хочет продолжать пользоваться ЧПК, существуют два рекомендуемых варианта лечения:

- цикл КОК (30–35 мкг ЭЭ) или
- ибупрофен (до 800 мг 3 раза в день [т.е. до 2400 мг ежедневно] в течение 5 дней) или другие нестероидные противовоспалительные.

Не забудьте сказать пациентке, что кровотечение должно начаться в течение недели после завершения курса КОК (21-дневная упаковка) или во время приема последних 7 таблеток из 28-дневной упаковки.



ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

ВЕДЕНИЕ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ

ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ

ОЦЕНКА

Кровотечение

(продолжительное или обильное)
(продолжение на следующей странице)

Проведите тазовый осмотр (в зеркалах и бимануально), чтобы убедиться, что кровотечение не вызвано другими причинами (например, заболеваниями половых путей, такими как вагинит, цервицит, цервикальные полипы или фибромы матки).

Продолжительное - более 8 дней

При подозрении на беременность (маточную или эктопическую) или незавершенный аборт осмотрите и сделайте анализ на беременность, если есть показания и возможность.

Обильное - в 2 раза дольше или в 2 раза больше обычного

Если аномалий половых путей не обнаружено, проверьте симптомы тяжелой анемии (бледные конъюнктивы и ногтевые ложа, низкий гематокрит или гемоглобин)



МЕРОПРИЯТИЯ

При обнаружении аномалии половых путей лечите в соответствии с диагнозом и проконсультируйте пациентку или направьте для дальнейшего обследования. **Не** отменяйте ЧПК. Посоветуйте пациентке вернуться в клинику для дополнительного консультирования после того как проблема будет ликвидирована.

О ведении состояний, связанных с беременностью, см. раздел “Аменорея”.

Если гематокрит < 27 или гемоглобин < 9 г/дцл, дайте железосодержащий препарат (FeSO_4 , по одной таблетке, содержащей по крайней мере 100 мг элементарного железа, ежедневно в течение 1-3 месяцев) и проконсультируйте о правильном питании. При стойкой анемии или по желанию пациентки прекратите использование ЧПК и помогите ей выбрать другой метод.

Замечание: Несмотря на учащение кровотечений у некоторых женщин, объем ежемесячных потерь крови у пользователей ЧПК обычно меньше, чем при обычных менструациях у женщин, не пользующихся контрацептивами. В некоторых случаях уровень гемоглобина со временем нарастает. (Нарастание гемоглобина случается чаще, чем его снижение.)



ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

ВЕДЕНИЕ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ

ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ

Кровотечение
(продолжительное или обильное) *(продолжение)*

ОЦЕНКА

Причина не найдена, но кровотечение более длительное или обильное, чем во время обычной менструации.

Причина не найдена, но кровотечение:

- не уменьшается в течение 3-5 дней или
- становится более обильным (1-2 гигиенических пакета в час)



МЕРОПРИЯТИЯ

Если пациентка не удовлетворена объяснением, но хочет продолжать пользоваться ЧПК, существуют два рекомендуемых варианта лечения:

- цикл КОК (30-35 мкг ЭЭ) или
- ибупрофен (до 800 мг 3 раза в день [т.е. до 2400 мг ежедневно] в течение 5 дней) или другие нестероидные противовоспалительные.

Не забудьте сказать пациентке, что кровотечение должно начаться в течение недели после завершения курса КОК (21-дневная упаковка) или во время приема последних 7 таблеток из 28-дневной упаковки.

Если пациентка хочет продолжать ЧПК, назначьте ей:

- по 2 таблетки КОК в день до окончания данного цикла (не меньше 3-7 дней), а затем еще один цикл КОК (по 1 таблетке в день) или
- КОК, содержащие 50 мкг ЭЭ, или 50 мкг ЭЭ или 1,25 мг сопряженного эстрогена (премарин) в течение 14-21 дня.

Замечание: Убедитесь, что кровотечение уменьшилось в течение 3 дней.



ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

ВЕДЕНИЕ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ

ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ

ОЦЕНКА

Боли в нижней части живота/области таза (при наличии признаков беременности или без)

Соберите анамнез, проведите абдоминальный и тазовый осмотры (в зеркалах и бимануально).

Проверьте следующие параметры:

- пульс
- артериальное давление
- температуру

Исключите в ходе осмотра:

- эктопическую беременность
- ВЗОТ
- аппендицит
- кисту яичника

Сделайте лабораторный тест на Hb/Hct и анализ на беременность, если необходимо и возможно.

Прибавление или потеря в весе (изменение аппетита)

Сравните вес до начала использования ЧПК (если известен) с весом в настоящее время.

Исключите беременность.

Убедитесь, что пациентка правильно питается и получает достаточную физическую нагрузку.

МЕРОПРИЯТИЯ

Немедленно направьте к специалисту, если у пациентки наблюдается любое из нижеследующих состояний:

- умеренное до сильного напряжение в нижней части живота
- учащение пульса в состоянии покоя (> 100 уд/мин)
- пониженное артериальное давление ($< 90/60$)
- высокая температура ($> 38^{\circ}\text{C}$)
- подтвержденная/подозреваемая беременность и острая анемия (т.е. $\text{Hb} < 9$ г/дцл или $\text{Hct} < 27$)

У некоторых женщин, использующих ЧПК, фолликулы яичника созревают, а их обратное развитие (атрезия) иногда запаздывает. В этих случаях фолликул может продолжать расти, превышая размеры, которых он достигает во время нормального цикла. Такие увеличенные фолликулы трудно отличить от кист яичника. Они обычно возникают в первые 6 месяцев использования, в основном бессимптомны и часто пальпируются.

В большинстве случаев увеличенные фолликулы исчезают внезапно и не требуют лечения или прекращения использования ЧПК. В редких случаях они могут перекручиваться или разрываться, иногда вызывая боли в животе, и могут потребовать хирургического вмешательства.

Объясните пациентке, что колебание веса в пределах 1-2 кг может происходить, особенно при использовании ЧПК.

При значительных изменениях веса (± 2 кг или более) обсудите диету пациентки. Если даже после консультирования изменения в весе остаются неприемлемыми, прекратите использование и помогите пациентке выбрать другой метод.



ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ДРУГИХ ПРОБЛЕМАХ

ПРОБЛЕМА	ОЦЕНКА
Угри	Спросите, каким образом и как часто она моет лицо. Спросите, не находится ли она в настоящее время в состоянии сильного стресса.
Набухание или болезненность молочных желез (масталгия)	Исключите беременность. Проверьте молочные железы на предмет: <ul style="list-style-type: none">• уплотнений или кист• выделений или галактореи (вытекания похожей на молоко жидкости) у не-кормящих Если у кормящей женщины наблюдается болезненность одной или обеих молочных желез, исключите инфекцию.

МЕРОПРИЯТИЯ

У некоторых женщин использование ЧПК ведет к увеличению угревой сыпи. Порекомендуйте дважды в день очищать лицо и избегать жирных кремов для лица. Если необходимо, проконсультируйте пациентку. Если состояние нетерпимо, помогите ей выбрать другой (негормональный) метод.

Если женщина **беременна**, ведите согласно описанию выше (см. раздел “Аменорея”)

Если женщина **не беременна**, болезненность молочных желез обычно проходит в течение первых 3 месяцев использования ЧПК.

Не отменяйте ЧПК, за исключением тех случаев, когда после консультирования пациентка на этом настаивает.

Если осмотр выявляет выделения или уплотнения, похожие на раковые (т.е. плотные, неподвижные или не причиняющие боли при пальпации уплотнения, которые не меняются в течение менструального цикла), направьте для уточнения диагноза. Если аномалии не выявлено, успокойте пациентку.

Если инфекции нет, порекомендуйте носить бюстгальтер, обеспечивающий дополнительную поддержку.

Если молочные железы инфицированы, используйте теплый компресс, порекомендуйте продолжать кормление грудью и, если необходимо, дайте антибиотики.



ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ДРУГИХ ПРОБЛЕМАХ

ПРОБЛЕМА	ОЦЕНКА
Боли в грудной клетке (особенно если возникают во время физической нагрузки)	Исключите сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). Проверьте: <ul style="list-style-type: none">• артериальное давление• наличие нерегулярных сердцебиений (аритмии)
Депрессия (изменение настроения или потеря либидо)	Обсудите изменения в настроении или либидо.
Чрезмерный рост волос (гирсутизм) или выпадение волос	Изучите историю болезни до и после начала ЧПК.
Головные боли (особенно с помутнением зрения)	Спросите, изменился ли характер или интенсивность головных болей после начала использования ЧПК . Проведите физический осмотр, измерьте артериальное давление. Если необходимо, проведите осмотр: <ul style="list-style-type: none">• глазного дна• неврологической системы

МЕРОПРИЯТИЯ

При наличии признаков ССЗ направьте для дальнейшего обследования. Низкие дозы прогестина не увеличивают риск ССЗ, поэтому, если пациентка не настаивает на этом, необходимости в отмене ЧПК нет.

Депрессия или потеря либидо может быть связана с содержанием прогестина в ЧПК; поэтому, если пациентка считает, что депрессия ухудшилась или либидо снизилось после начала ЧПК, помогите ей выбрать другой метод. Если ЧПК не способствовали ухудшению депрессии или потере либидо, то их можно продолжить.

Предшествующие состояния, такие как чрезмерное оволосение, могут ухудшаться при использовании ЧПК. Изменения обычно происходят небольшие, могут улучшаться со временем и **не требуют** отмены ЧПК, если только пациентка не настаивает на этом после консультирования.

Если головные боли умеренные, лечите анальгетиками и успокойте пациентку. Если такие боли продолжаются, осмотрите ее повторно через 1 месяц.

Если после начала ЧПК характер головных болей изменился (т.е. появились потеря чувствительности или покалывание, сопровождаемые потерей речи, изменением остроты или помутнением зрения), отмените ЧПК и помогите пациентке выбрать другой (негормональный) метод.



ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ДРУГИХ ПРОБЛЕМАХ

ПРОБЛЕМА	ОЦЕНКА
Повышенное артериальное давление (> 180/110)	Спросите пациентку, знала ли она о том, что у нее повышенное давление. Повторите измерение давления после 15-минутного отдыха.
<hr/>	
Имплантаты: Отторжение капсулы	Убедитесь в частичном или полном отторжении капсулы (капсул).





МЕРОПРИЯТИЯ

Объясните пациентке, что небольшое повышение давления (< 180/110) не требует прекращения ЧПК, если только она на этом не будет настаивать. Если пациентка хочет прекратить ЧПК, помогите ей выбрать другой метод. Кроме этого, объясните ей, что давление обычно нормализуется в течение 1-3 месяцев. Проверьте АД ежемесячно, чтобы убедиться, что оно нормализовалось. Если спустя 3 месяца нормализации не произошло, направьте для дальнейшего обследования.

Если АД > 180/110 или пациентка имеет артериальные сосудистые проблемы (такие как инфаркт, инсульт, почечная недостаточность или ретинопатия), ЧПК (только ЧПИК) должны быть прекращены. Помогите пациентке выбрать другой метод.

Удалите частично отторгнутую(-ые) капсулу(-ы). Проверьте, на месте ли остальные капсулы.

- Если область вшивания не инфицирована (нет красноты, боли, жара), замените капсулу(ы).
- Если область вшивания инфицирована:
 - удалите оставшиеся капсулы и вшейте новый комплект на другой руке или
 - помогите пациентке выбрать другой метод.



ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ДРУГИХ ПРОБЛЕМАХ

ПРОБЛЕМА

ОЦЕНКА

Имплантаты: Инфекция в месте вшивания

Проверьте на наличие инфекции в месте вшивания (красноты, боли, рука горячая на ощупь), гноя или абсцесса.

Имплантаты: “Нехватка” капсул

Обычно причина состоит в слишком глубоко вшитых капсулах или, что случается реже, во вшивании меньше 6 капсул или в том, что пациентка забыла об отторжении капсулы.

МЕРОПРИЯТИЕ

При наличии инфекции (но не абсцесса) промойте область (водой с мылом) и назначьте подходящий оральный антибиотик на 7 дней.

Не удаляйте капсулы. Попросите пациентку вернуться через 1 неделю. Если улучшение не наступило, удалите капсулы и вшейте новый комплект на другой руке или помогите пациентке выбрать другой метод.

При наличии абсцесса:

- Обработайте антисептиком
- Рассеките и дренируйте
- Удалите капсулы
- Обработывайте рану ежедневно
- Назначьте оральный антибиотик на 7 дней
- Вшейте новый комплект на другой руке или помогите пациентке выбрать другой метод

Почти всегда можно выявить на рентгене или сонограммой. При использовании обычной сонографии для аккуратности фокуса следует увеличить фокальную длину до 15 см. Капсулы лучше всего видны в поперечном сечении в виде тени (свободная от эхо зона) под каждой капсулой. При наличии всех 6 капсул сделайте пометку в карточке пациентки. Если извлечение будет трудным, проконсультируйтесь со специалистом по извлечению имплантатов. (Замечание: Для контрацепции необходимо наличие всех 6 капсул.)



ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ДРУГИХ ПРОБЛЕМАХ

ПРОБЛЕМА	ОЦЕНКА
Желтуха	<p>Острая желтуха, возникшая после начала ЧПК, не связана с методом.</p> <p>Проверьте на наличие:</p> <ul style="list-style-type: none">• острого заболевания печени (гепатит)• заболевания желчного пузыря• доброкачественной или злокачественной опухоли печени
Тошнота/головокружение/рвота	<p>Исключите беременность по анамнезу, симптомам и тазовому осмотру (в зеркалах и бимануальному) или сделав анализ на беременность (если необходимо и возможно).</p>
Тромбоэмболические состояния (включая тромбы в сосудах ног, легких или глаз)	<p>Оцените на предмет текущих нарушений свертывания крови.</p>
ЧПИК: Пациентка пришла на следующую инъекцию раньше срока	<p>До срока осталось больше 1 месяца (ДМПА) или 2 недель (НЭТ-ЭН)?</p>

МЕРОПРИЯТИЕ

Прогестин в ЧПК (т.е. левоноргестрел и норэтиндрон) очень мало влияет на функции печени и не увеличивает риск заболеваний желчного пузыря и опухолей печени. Если желтуха вызвана **вирусным гепатитом** и пациентка **не** хочет прекращать ЧПК, то вероятность того, что ЧПК ухудшит течение заболевания, очень мала, и их использование менее опасно, чем беременность.

Если пациентка **беременна**, ведите согласно описанию выше (см. раздел “Аменорея”).

Если женщина **не беременна**, успокойте ее, объяснив, что проблема не является серьезной и обычно проходит со временем.

Низкие дозы прогестина **не** увеличивают риск повышенного тромбообразования, поэтому отмените ЧПК только в том случае, если пациентка настаивает на этом. При наличии убедительных признаков нарушений свертывания крови, направьте для дальнейшего обследования.

Делать инъекцию раньше срока не рекомендуется, но можно в случае необходимости. Назначьте следующую инъекцию через 3 месяца (ДМПА) или 2 месяца (НЭТ-ЭН) после настоящей.



ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ДРУГИХ ПРОБЛЕМАХ

ПРОБЛЕМА	ОЦЕНКА
ЧПИК: Пациентка пришла на следующую инъекцию позже срока	После срока прошло больше 1 месяца (ДМПА) или 2 недель (НЭТ-ЭН)?

ЧПТ: Таблетки приняты с опозданием или пропущены	Опоздание меньше 3 часов?
	Опоздание больше 3 часов?
	Пропустила ли пациентка 1 или более таблетки?

МЕРОПРИЯТИЕ

ДМПА можно вводить вплоть до 4 недель (1 месяца) позже положенного срока, а НЭТ-ЭН с опозданием до 2 недель. Если пациентка опоздала **более чем на 1 месяц (ДМПА) или более чем на 2 недели (НЭТ-ЭН)**, исключите беременность путем тазового осмотра или, если возможно, сделав анализ на беременность. Если осмотр не дает окончательного ответа (и возможности сделать анализ нет), попросите пациентку использовать негормональный метод в течение следующего месяца и затем вернуться для повторного тазового осмотра. Если осмотр покажет отсутствие беременности, пациентка может получить инъекцию в тот же день.

Пациентка должна принять пропущенную таблетку как можно скорее, а затем продолжить прием согласно нормальному расписанию. Страховочный контрацептивный метод **не** требуется.

Пациентка должна принять пропущенную таблетку как можно скорее, а затем продолжить прием согласно нормальному расписанию. Напомните ей о необходимости использовать страховочный метод (т.е. презерватив и спермицид) во время полового акта в последующие 48 часов.

Чем больше количество пропущенных таблеток, тем выше шанс забеременеть. Пациентка должна принять пропущенную таблетку как можно скорее, а затем продолжить прием согласно нормальному расписанию. Напомните ей о необходимости использовать страховочный метод (т.е. презерватив и спермицид) во время полового акта в последующие 48 часов. Если незащищенный половой акт имел место, рассмотрите возможность применения неотложной контрацепции (см. главу “**Неотложная контрацепция**”).



ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ДРУГИХ ПРОБЛЕМАХ

ПРОБЛЕМА

ОЦЕНКА

ЧПТ начаты после 2-го дня менструального цикла

Исключите беременность по анамнезу, симптомам и тазовому осмотру (в зеркалах и бимануальному) или, если необходимо и возможно, сделав анализ на беременность.

Прекращение приема ЧПТ

Переход с ЧПТ на КОК

Переход с КОК на ЧПТ

МЕРОПРИЯТИЕ

Необходимо использовать страховочные контрацептивные методы (т.е. презерватив и спермицид) в случае полового акта в последующие 48 часов. Хотя доказано, что эффект прогестина на цервикальную слизь начинается в течение нескольких часов после приема таблетки, небольшой риск зачатия все равно присутствует.

Прием ЧПТ может быть остановлен в любой день менструального цикла.

Для гарантии того, что овуляция не произойдет, начните КОК в первый день менструации.

Начните ЧПТ на следующий день после приема 21-й таблетки (последней активной таблетки в упаковке из 28 таблеток).

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СПИРАЛИ (ВМС)

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ (ПРОДОЛЖЕНИЕ НА
СЛЕДУЮЩЕЙ СТРАНИЦЕ)

МЕТОД

Маленькие гнущиеся устройства, вводимые в полость матки. Современные разновидности сделаны из пластика и содержат лекарственный препарат (медленно высвобождают небольшие количества меди или прогестина).

Типы

Медьвыделяющие (медные):
Copper T 380A, Nova T® и
Multiload 375

Выделяющие прогестин (прогестиновые): Progestasert® и
LevoNova (LNG-20)¹

Инертные: Lippes Loop®

ПРИМЕНЯЕТСЯ

Женщинами любого репродуктивного возраста и с любым количеством беременностей в анамнезе, желающими высокоэффективного долгосрочного метода контрацепции, не требующего ежедневных действий

Женщинами, успешно пользовавшимися ВМС в прошлом

Кормящими матерями, нуждающимися в контрацепции

Женщинами после родов, не кормящими грудью

Пациентками после аборта, не имеющими признаков тазовой инфекции (может быть введена немедленно)

Женщинами, подверженными малому риску заражения ИПП и другими ЗППП

Женщинами, которые не могут помнить о ежедневном приеме таблеток

¹ За информацией относительно специфических эффектов прогестиновых ВМС обращайтесь к главе “Чисто прогестиновые контрацептивы”.

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДА

ДОСТОИНСТВА

Высокая эффективность (0,5-1,0 беременностей на 100 женщин в течение первого года использования для Соррег Т 380А)²

Эффективен немедленно

Долгосрочный метод (ВМС Соррег Т 380А эффективна вплоть до 10 лет)

Не связан с половым актом

Не влияет на кормление грудью

Немедленный возврат фертильности после удаления

Мало побочных эффектов

Кроме послеустановочного визита, пациентке следует показываться врачу только в случае возникновения проблем

Пациентке не надо ничего покупать или иметь в запасе

Может вводиться специально подготовленной медсестрой или акушеркой

Недорогой метод (Соррег Т 380А)

НЕДОСТАТКИ

Перед введением требуется тазовый осмотр и рекомендуется обследование на ИПП

Требуется наличие подготовленного медработника для введения и удаления

Необходимость проверки усиков спирали после менструации, сопровождавшейся болями, схватками или мажущими кровянистыми выделениями (см. главу “Инструктирование пациентов”)

Женщина не может сама прекратить использование (зависит от медработника)

Усиление менструальных кровотечений и болей в первые несколько месяцев (только для медных ВМС)

Возможна спонтанная экспульсия

² Процент неудач первого года: LevoNova0,2-0,5; Lippes Loop (только размер D) 1,0-2,0; Progestasert 2-6.

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СПИРАЛИ (ВМС)

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

МЕТОД

ПРИМЕНЯЕТСЯ

Механизм действия

- Влияют на способность спермы проходить через полость матки (медные)
- Оказывают действие на репродуктивный процесс до того, как яйцеклетка достигнет полости матки (медные)
- Сгущают цервикальную слизь (прогестиновые)
- Изменяют выстилающий эндометрий (прогестиновые)

Женщинами, предпочитающими не использовать гормональные средства, или теми, кто не должен их использовать (например, активными курильщицами старше 35 лет)

Когда начинать

- В любое время, когда есть уверенность, что пациентка не беременна (см. главу “Оценка пациентов”)
- С 1-го по 7-й день менструального цикла
- После родов (сразу после; в первые 48 часов или спустя 4-6 недель; спустя 6 месяцев, если использует МЛА)
- После аборта (сразу или в течение 7 дней), если нет признаков тазовой инфекции

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДА

ДОСТОИНСТВА

НЕДОСТАТКИ

*Неконтрацептивные
преимущества*

Редко (<1/1000 случаев) случается перфорация матки во время введения

Уменьшение менструальных болей (только прогестиновые)

Не предотвращает **все** внематочные беременности (особенно Progestasert)

Уменьшение менструального кровотечения (только прогестиновые)

Может увеличить риск воспалительных заболеваний органов таза (ВЗОТ) с последующим бесплодием у женщин, входящих в группу риска заражения ИПП и другими ЗПП (например, ВГВ, ВИЧ/СПИД)

Уменьшение риска эктопической беременности (за исключением Progestasert)

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СПИРАЛИ (ВМС)

СОСТОЯНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ МЕР ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

СОСТОЯНИЕ

МЕРЫ

Беременность (известная или подозреваемая)

ВМС **не должна** использоваться во время беременности; в случае подтверждения маточной беременности и желания ее донашивать ВМС надо удалить. (ВОЗ класс 4)

Если возможность беременности **нельзя** исключить после сбора анамнеза, осмотра или анализа, введение ВМС следует отложить до следующей менструации. Тем временем помогите пациентке выбрать другой метод (например, презервативы и спермицид).

Необъяснимое вагинальное кровотечение (только при подозрении на серьезную проблему)

До тех пор, пока не будет выяснено и вылечено состояние, являющееся причиной вагинальных кровотечений (между менструациями или после полового акта), пациентка не должна использовать ВМС. (ВОЗ класс 4)

ОБОСНОВАНИЕ

Наличие беременности на момент введения ВМС повышает риск спонтанного аборта (выкидыша) и преждевременных родов, а также риск серьезной инфекции матки (эндометрита).

Поскольку ВМС может вызывать межменструальные мажущие выделения или кровотечение, имеющаяся проблема (например, нормальная или эктопическая беременность, цервицит, другая патология органов таза, а иногда и рак половых органов) могут оказаться замаскированы.

Только потому, что удаление ВМС должно проводиться лишь специально подготовленным медработником, не рекомендуется вводить ВМС, если есть подозрение на серьезную проблему.

Внутриматочные спирали (ВМС)

Состояния, требующие мер предосторожности

СОСТОЯНИЕ	МЕРЫ
ВЗОТ (в настоящее время или в последние 3 месяца)	Женщины с ВЗОТ (в настоящее время, недавно или повторяющимся) не должны использовать ВМС. (ВОЗ класс 4) Женщины, имеющие ВЗОТ в анамнезе (> 3 месяцев назад), при отсутствии в настоящее время риска заражения ЗППП могут без опасений использовать ВМС. (ВОЗ класс 1)
Сильные гнойные (гноеподобные) выделения из цервикального канала (гонорейный или хламидийный цервицит)	Женщины с сильными гнойными выделениями не должны использовать ВМС. (ВОЗ класс 4)
Деформированная полость матки (большие фибромы или анатомические аномалии, такие как двойная матка)	Женщины с деформированной полостью матки не должны использовать ВМС. (ВОЗ класс 4)

ОБОСНОВАНИЕ

Наличие в анамнезе недавнего или повторяющегося ВЗОТ, которое не связано с беременностью или абортom, убедительно свидетельствует о повышенном риске заражения ИППП и другими ЗППП.

Передающиеся половым путем ИППП, за исключением трихомониаза, могут увеличить риск развития ВЗОТ с последующим бесплодием.

Заметные изменения полости матки (любые врожденные или приобретенные аномалии) могут затруднить введение ВМС, увеличить риск ее отторжения (экспульсии) и снизить эффективность метода.

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СПИРАЛИ (ВМС)

СОСТОЯНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ МЕР ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

СОСТОЯНИЕ	МЕРЫ
Трофобластическая опухоль	<p>Женщины со злокачественной трофобластической опухолью не должны использовать ВМС. (ВОЗ класс 4)</p> <p>Женщинам с доброкачественной трофобластической опухолью следует избегать использования ВМС, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)</p>
Туберкулез (известный тазовый туберкулез)	Женщины с известным тазовым туберкулезом не должны использовать ВМС. (ВОЗ класс 4)
Рак половых органов (шейки матки, эндометрия или яичников)	Женщины, имеющие рак половых органов, не должны использовать ВМС до его лечения. (ВОЗ класс 4)
Женщина, имеющая более одного полового партнера или чей партнер имеет более одного полового партнера	<p>Следует избегать использования ВМС, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы неприемлемы или недоступны. (ВОЗ класс 3)</p> <p>Если женщина все же решает использовать ВМС, она (или ее партнер) должна дополнительно использовать какой-то барьерный метод.</p>

ОБОСНОВАНИЕ

Повышенный риск перфорации матки во время введения и возможная необходимость многочисленных кюретажей матки делают ВМС неподходящим методом.

Использование ВМС может увеличить риск вторичной инфекции и маточного кровотечения.

Хотя рак половых путей, особенно яичников и эндометрия, у женщин репродуктивного возраста встречается очень редко, использование ВМС до его лечения может увеличить риск ВЗОТ и кровотечения, что может привести к тому, что имеющееся состояние будет выглядеть более тяжелым, чем оно есть на самом деле.

Женщины, относящиеся к группе риска заражения ИПП и другими ЗППП, подвергаются повышенному риску развития ВЗОТ в случае использования ими ВМС.

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СПИРАЛИ (ВМС)

ПРОБЛЕМЫ, ТРЕБУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЙ

ПРОБЛЕМА	ДЕЙСТВИЯ
Цервикальный стеноз (сужение цервикального канала)	Проконсультируйте пациентку по поводу этой проблемы. (Если необходимо, дайте ей направление в центр, где канал может быть расширен под местной анестезией, если пациентка захочет иметь ВМС.) (ВОЗ класс 2)
Анемия (гемоглобин < 9 г/дцл или гематокрит < 27)	Выбирайте ВМС только в том случае, если по всем остальным показателям это наилучший метод для пациентки ³ . Если после консультирования выбором пациентки по-прежнему остается медная ВМС, ей потребуются лечение анемии. (ВОЗ класс 2)
Болезненные менструации	Побеседуйте с пациенткой, чтобы убедиться, что она понимает потенциальные проблемы, связанные с использованием ВМС. ВМС (кроме прогестиновых) не должны быть ее первоочередным выбором. (ВОЗ класс 2)

³ Кровопотеря увеличивается на 50% при использовании инертных ВМС, таких как Петля Липпеса (Lippes Loop) (размер D).

ОБОСНОВАНИЕ

Сильное сужение цервикального канала (входа в матку) может сделать введение и удаление ВМС более трудным и болезненным.

Если пациентка настаивает на ВМС, может потребоваться местная анестезия (парацервикальная блокада) и попытка введения должна предприниматься только **опытным и квалифицированным специалистом**.

Небольшое увеличение менструальной кровопотери из-за выделения меди обычно не усугубляет анемию³. (Такие заболевания, как талассемия или серповидно-клеточная анемия, и лечение антикоагулянтами могут увеличить кровопотерю в первые несколько месяцев, что ведет к усугублению анемии.)

Замечание: Прогестиновые ВМС могут использоваться, т.к. они уменьшают кровопотерю.

Присутствие ВМС может увеличить менструальные боли (дисменорею) из-за высвобождения простагландинов.

Замечание: Прогестиновые ВМС могут использоваться, т.к. они уменьшают менструальные боли.

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СПИРАЛИ (ВМС)

ПРОБЛЕМЫ, ТРЕБУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЙ

ПРОБЛЕМА	ДЕЙСТВИЯ
Простая вагинальная инфекция (кандидоз или бактериальный вагиноз) без цервицита	Если присутствует простая вагинальная инфекция, вылечите ее и обследуйте повторно перед введением ВМС. (ВОЗ класс 2)
<hr/>	
Симптомный порок клапана сердца	Женщины с симптомным пороком клапана сердца должны получить профилактический курс антибиотиков во время введения ВМС. (ВОЗ класс 2)

ОБОСНОВАНИЕ

Во время введения ВМС может занести на себе микроорганизмы из влагалища в полость матки. Женщины с невылеченной вагинальной инфекцией подвергаются повышенному риску развития инфекций тазовых органов в течение первого после введения ВМС месяца. (Применение рекомендуемых мер по профилактике инфекций может свести этот риск к минимуму. См. главу “Профилактика инфекций”.)

Во время введения ВМС может занести на себе микроорганизмы из влагалища в полость матки. Женщины с **симптомным** ревматическим заболеванием сердца должны получить профилактический курс антибиотиков до введения ВМС для предотвращения инфекции⁴.

Ни введение, ни удаление ВМС, однако, не может создать достаточной бактериемии, чтобы вызвать развитие эндокардита у женщин с **бессимптомным** врожденным или ревматическим пороком клапана сердца.

⁴ Правильный профилактический курс антибиотиков включает:

- Амоксициллин, 3 грамма орально за 1 час до процедуры, затем 1,5 грамма через 6 часов после первой дозы, **или**
- Erythromycin stearate, 1,0 грамма орально за 2 часа до процедуры, затем 500 мг через 6 часов после первой дозы (для лиц с аллергией на амоксициллин)

Замечание: Тетрациклины, включая доксициклин, **неэффективны**.

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СПИРАЛИ (ВМС)

ВЕДЕНИЕ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ

ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ

ОЦЕНКА

Аменорея
(отсутствие вагинального кровотечения или кровянистых выделений)⁵

Спросите пациентку:

- когда у нее была последняя менструация (ПМ)
- когда она в последний раз проверяла усики ВМС, а также
- есть ли у нее симптомы беременности.

Проверьте на беременность (маточную или эктопическую) по анамнезу, симптомам и проведя тазовый осмотр (в зеркалах и бимануально) или сделав анализ на беременность, если есть показания и возможность.

Проведите тазовый осмотр (в зеркалах и бимануально), чтобы установить присутствие усиков ВМС.

⁵ Олигоменорея (менструальный интервал более 35 дней) и вторичная аменорея (менструальный интервал более 3 месяцев) могут наблюдаться при использовании прогестиновых ВМС (Progestasert и LevoNova). Поэтому обязательно спросите у пациентки, какой тип ВМС она использует

МЕРОПРИЯТИЯ

Если пациентка использует прогестиновую ВМС, объясните, что аменорея может иметь место и при этом кровь не скапливается в полости матки или где-то еще в теле женщины.

Если пациентка старше 45 лет, объясните, что аменорея может быть связана с менопаузой.

Если беременность **не подтверждена**, не удаляйте ВМС. Проконсультируйте и успокойте пациентку. Направьте на дальнейшее обследование для определения причины аменореи, если пациентка продолжает беспокоиться.

Если **беременность менее 13 недель** (судя по дате ПМ или осмотру) и усики видны, объясните женщине, что ВМС следует удалить, чтобы уменьшить риск инфекции тазовых органов. Получив согласие, удалите ВМС. Посоветуйте пациентке вернуться в клинику в случае сильного кровотечения, болей, гнойных выделений или лихорадки (возможный начавшийся или незавершенный спонтанный аборт).

Не пытайтесь извлечь ВМС, если:

- усики не видны или
- беременность более 13 недель (судя по дате ПМ или осмотру)

Если **пациентка беременна** и хочет сохранить беременность, но не желает удалить ВМС, объясните ей, что она подвергает себя повышенному риску выкидыша (спонтанного аборта) и инфекции и что потребуется тщательное наблюдение за беременностью.

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СПИРАЛИ (ВМС)

ВЕДЕНИЕ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ

ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ

Нерегулярные кровотечения
(с симптомами беременности
или без них)

ОЦЕНКА

Проведите абдоминальный и тазовый осмотры (в зеркалах и бимануально) для исключения инфекции, напряжения или болей в области таза, пальпируемых придаточных масс или увеличенной матки (соответствующей беременности).

МЕРОПРИЯТИЯ

При подозрении на **эктопическую беременность** направьте пациентку на тщательное обследование. Следует всегда подозревать эктопическую беременность у пациентки с нерегулярными кровотечениями или болями в животе.

При подозрении на **инфекцию** см. раздел “Тазовые инфекции” в этой главе.

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СПИРАЛИ (ВМС)

ВЕДЕНИЕ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ

ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ

ОЦЕНКА

Кровотечение

(продолжительное или обильное)

Продолжительное кровотечение: более 8 дней

Обильное кровотечение: в 2 раза длиннее или в 2 раза обильнее нормальной менструации

Проведите тазовый осмотр (в зеркалах и бимануально), чтобы исключить:

- маточную или эктопическую беременность
- незавершенный аборт
- вагинальную, цервикальную или тазовую инфекцию

Спросите пациентку о объеме кровопотери.

- Проверьте симптомы выраженной анемии (бледные конъюнктивы или ногтевые ложа, низкий гемоглобин/гематокрит [Hb < 9 г/дл или Hct < 27]).

МЕРОПРИЯТИЯ

Пациентка пользуется ВМС меньше 3 месяцев:

- Если осмотр ничего не выявил, успокойте женщину и дайте ей таблетки, содержащие железо (FeSO_4 , по 1 таблетке, содержащей по крайней мере 100 мг элементарного железа, ежедневно в течение 1-3 месяцев). Попросите вернуться для повторного осмотра через 3 месяца. Используйте, если имеются, утвержденные в вашей местности препараты, такие как ибупрофен (800 мг 3 раза в день [т.е. 2400 мг ежедневно] в течение 1 недели) во время кровотечения для уменьшения кровопотери.
- Если осмотр ничего не выявил и интервал между кровотечениями короткий (менее 3 недель), подозревайте ановуляцию; если интервал удлинен (более 6 недель), подозревайте запоздалую овуляцию; при наличии “приливов” подозревайте менопаузу (если старше 45 лет) или другие гинекологические эндокринные проблемы. Направьте к специалисту для дальнейшего обследования.
- Если бимануальный осмотр выявляет увеличенную или измененную по причине фибромы матку, объясните пациентке, в чем состоит проблема, и направьте на обследование. При усилении кровотечения и появлении анемии или по желанию пациентки удалите ВМС и помогите ей выбрать другой метод.

Пациентка пользуется ВМС больше 3 месяцев:

При наличии выраженной анемии порекомендуйте удалить ВМС и помогите пациентке выбрать другой метод. Если стоит инертная ВМС (Lippes Loop) и пациентка хочет продолжать использовать этот метод, удалите имеющуюся ВМС и введите медную или прогестинную; пропишите таблетки, содержащие железо, на 3 месяца и осмотрите повторно через 3 месяца. Если пациентка уже имеет медную ВМС (и прогестинная недоступна), удалите ВМС и помогите пациентке выбрать другой метод.

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СПИРАЛИ (ВМС)

ВЕДЕНИЕ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ

ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ

ОЦЕНКА

Схваткообразные боли

Проведите абдоминальный и тазовый осмотры (в зеркалах и бимануально), чтобы исключить ВЗОТ и другие возможные причины болей, такие как частичное отторжение ВМС, перфорация шейки или тела матки или эктопическая беременность.

Партнер жалуется на ощущение усиков во время полового акта

Убедитесь, что ВМС на месте (т.е. не произошло ее частичного отторжения).

МЕРОПРИЯТИЯ

Если боли появились **недавно** или стали **более сильными** и **причина их обнаружена** (например, ВЗОТ), удалите ВМС и лечите в соответствии с диагнозом.

Если **причина не обнаружена** и боли **несильные**, успокойте пациентку и дайте анальгетик, такой как ибупрофен.

Если **причина не обнаружена**, но боли сильные, удалите ВМС. Если признаки инфекции **отсутствуют**, поставьте новую ВМС (если имеется, то прогестиновую) или помогите пациентке выбрать другой метод.

Объясните пациентке, что усики можно обрезать на одном уровне с цервикальным зевом, но в этом случае она не сможет больше проверять их наличие. Сделайте отметку в истории болезни пациентки, чтобы медработник, который будет удалять ВМС, знал, что усики были подрезаны вровень с шейкой.

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СПИРАЛИ (ВМС)

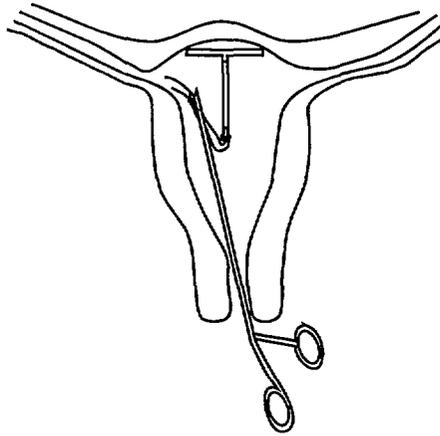
ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ДРУГИХ ПРОБЛЕМАХ

ПРОБЛЕМА

ОЦЕНКА

Отсутствие усиков
(продолжение на следующей странице)

Спросите пациентку, заметила ли она выпадение ВМС (экспульсию).



МЕРОПРИЯТИЯ

Если пациентка знает, что ВМС выпала, проверьте, нет ли беременности. Если беременности нет, введите новую ВМС или обеспечьте страховочный метод и введите новую ВМС во время следующей менструации.

Если во время осмотра появляется подозрение на эктопическую беременность, направьте пациентку в соответствующее медицинское учреждение для полного обследования.

Если в ходе осмотра выявлена беременность, см. мероприятия в разделе “Аменорея” выше.

Если во время тщательного ощупывания цервикального канала усики **не** обнаруживаются, пациентка должна использовать негормональный контрацептив и вернуться в клинику, когда у нее начнется менструация или через 4 недели, если менструации не будет. Усики могут опуститься во время менструации. Если это произойдет, успокойте пациентку и помогите ей их нащупать.

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СПИРАЛИ (ВМС)

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ДРУГИХ ПРОБЛЕМАХ

ПРОБЛЕМА

ОЦЕНКА

Отсутствие усиков
(продолжение)

Если пациентка не знает, выпала ли ВМС, спросите:

- Когда у нее была ПМ
- Когда она в последний раз нащупывала усики
- Наблюдаются ли у нее симптомы беременности
- Использовала ли она страховочные методы (например, презервативы) после обнаружения отсутствия усиков

Проверьте на беременность по симптомам, проведя физический осмотр или сделав анализ на беременность, если есть показания и возможность.

Если женщина вернется с задержкой менструации (более 4 недель), проверьте на беременность.

Если пациентка вернется во время менструации и усики **по-прежнему не видны**, исключите потерю ВМС или перфорацию.

МЕРОПРИЯТИЯ

Если беременность **отсутствует** и во время вагинального осмотра усики не видны, это может означать три вещи: либо ВМС выпала, либо она перфорировала матку (т.е. находится вне полости матки), либо усики оказались внутри полости матки. Определите местонахождение ВМС путем осторожного зондирования, рентгена или ультразвука матки.

Если ВМС **не** обнаружена, она могла выпасть незамеченной. Введите новую ВМС или помогите пациентке выбрать другой метод.

Если ВМС обнаружена в полости матки и пациентка хочет продолжать пользоваться этим методом, успокойте ее и либо назначьте повторный визит через год, либо попытайтесь извлечь только усики из полости матки, либо удалите всю ВМС и замените ее на новую.

Если ВМС обнаружена **вне** полости матки, решение о ее удалении должно базироваться на клинических показаниях (как долго стоит ВМС, тип ВМС, наличие медработника, имеющего опыт удаления ВМС и т.д.). Скажите пациентке, что она больше не защищена от беременности и помогите ей выбрать другой метод.

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СПИРАЛИ (ВМС)

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ДРУГИХ ПРОБЛЕМАХ

ПРОБЛЕМА

ОЦЕНКА

Тазовая инфекция
(боли, сопровождаемые абдоминальным напряжением, жаром, головной болью, ознобом, тошнотой или рвотой, вагинальные выделения, болезненный половой акт, пальпируемые массы в области таза)

Проведите абдоминальный и тазовый осмотры (в зеркалах и бимануально) и сделайте анализ на ИПП, если это возможно (см. главу “ЗППП”).

Вагинальные выделения

Проверьте риск заражения ИПП и другими ЗППП (например, ВГВ, ВИЧ/СПИД) по анамнезу и обследуйте на предмет вагинита, гнойного цервицита или эрозии шейки матки.

Исследуйте влажный препарат вагинальных выделений КОН и солевым раствором под микроскопом на трихомониаз, *monilia* (кандидоз) и *Gardnerella* (см. главу “ЗППП”).

Окрасьте мазок вагинальных или цервикальных выделений по Граму. Проверьте на наличие ГНИД и белых кровяных клеток (см. главу “ЗППП”).

МЕРОПРИЯТИЯ

Если абдоминальный и тазовый осмотры подтверждают напряжение в области матки или придатков или микроскопическое исследование подтверждает диагноз ВЗОТ, удалите ВМС и лечите антибиотиками.

Если диагноз сомнительный, лечите антибиотиками, не удаляя ВМС. Внимательно наблюдайте за действием антибиотиков.

Если диагноз сомнительный, но наблюдение за пациенткой невозможно, удалите ВМС и лечите антибиотиками.

При подозрении на уретрит проверьте уретральные выделения окрашиванием по Граму.

Аккуратный сбор анамнеза облегчит диагностику и лечение.

Если аминовый тест или влажный препарат КОН положителен, лечите в соответствии с обнаруженными микроорганизмами.

При наличии цервицита (слизистой или кроваво-красной шейки матки) сделайте окрашивание цервикальных выделений по Граму.

Если результат положительный на ГНИД, лечите гонореею. Если отрицательный на ГНИД и имеется гнойный цервицит или эрозия шейки матки, лечите хламидию. Возьмите мазок на GC, если возможно.

Удалите ВМС, если гонореея или хламидия подтверждены или сильно подозреваются.

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СПИРАЛИ (ВМС)

РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ ПРИ ВВЕДЕНИИ ИЛИ УДАЛЕНИИ ВМС

-
■

ПРОБЛЕМА

ОЦЕНКА

Обморочное состояние
(синкопы), **урежение**
сердцебиений (брадикардия)
или **вазо-вагальная реакция**
во время введения или
удаления ВМС

Нет ли чрезмерной нервозности или страха?

Маленькая ли у пациентки матка или нет ли у нее цервикального стеноза?

(Эти состояния увеличивают риск обморока и/или вазовагальной реакции.)



МЕРОПРИЯТИЯ

Каждый шаг процесса введения и удаления ВМС должен выполняться **медленно и осторожно** и сопровождаться объяснением пациентке. Также рекомендуется:

- Анальгетики (аспирин, ацетаминофен или ибупрофен), если имеются, могут уменьшить связанную с введением и удалением ВМС боль. Дайте за 30 минут до процедуры и в течение 24 часов после нее.
- Поддерживайте спокойную, расслабленную, неторопливую обстановку и подбадривайте пациентку.
- При первых признаках приближающегося обморока приостановите процедуру и положите холодный влажный компресс на лоб пациентки.
- Если в ходе введения ВМС возникла резкая боль, завершите введение и оставьте ВМС в полости матки. Дайте пациентке отдохнуть. Держите пациентку в положении лежа с опущенной головой и поднятыми ногами для обеспечения адекватного кровоснабжения.
- Удалите ВМС, если боль сохраняется и не уменьшается под действием анальгетиков или если пациентка этого пожелает. Помогите ей выбрать другой метод.

Если случился обморок:

- Поверните плечи и голову пациентки на одну сторону так, чтобы в случае рвоты не произошло аспирации содержимого желудка.
- Поддерживая подбородок, обеспечьте проходимость дыхательных путей. (Не перегибайте шею.) Ослабьте тугую одежду, особенно у шеи.
- Не предпринимайте излишних мер. Обычно не требуется ничего, кроме наблюдения и поддержки. Используйте анальгетики в случае абдоминальных болей/схваток.

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СПИРАЛИ (ВМС)

РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ ПРИ ВВЕДЕНИИ ИЛИ УДАЛЕНИИ ВМС

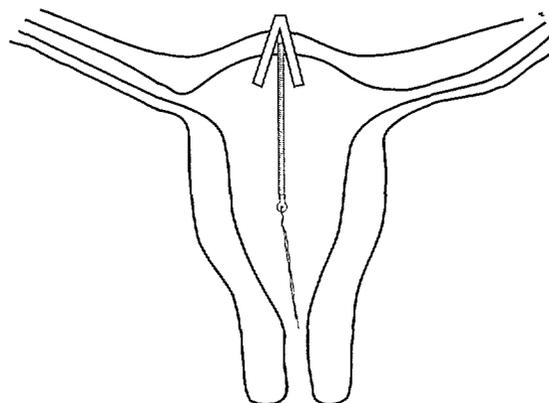
ПРОБЛЕМА

Подозрение на перфорацию матки (во время зондирования матки или введения ВМС)

ОЦЕНКА

Во время процедуры пациентка жалуется на внезапно возникшую резкую боль.

(Маточный зонд или аппликатор с ВМС входит в полость матки больше, чем на 9-10 см, при этом не ощущается сопротивления со стороны дна матки.)



МЕРОПРИЯТИЯ

Остановите процедуру (и излеките ВМС, если она введена). Проверьте на наличие симптомов внутрибрюшного кровотечения (таких как падение артериального давления, нарастание тахикардии, сильные абдоминальные боли, напряженность и ригидность)⁶.

Измеряйте давление и пульс каждые 15 минут в течение 90 минут. Попросите пациентку резко подняться из положения лежа. Если пульс больше 120 уд/мин или женщина почувствовала головокружение, окажите соответствующую помощь или направьте для дальнейшего обследования на предмет возможного внутрибрюшного кровотечения.

Если после 2 часов наблюдения какие-либо симптомы внутрибрюшного кровотечения отсутствуют, отпустите пациентку домой, предварительно проинструктировав ее о тревожных сигналах, требующих немедленного возвращения в клинику (см. главу “Инструктирование пациентов”). Назначьте повторный осмотр через 1 неделю.

Обеспечьте страховочный контрацептивный метод и помогите пациентке выбрать другой метод предохранения.

⁶ Если подозревается внутрибрюшное кровотечение, стабилизируйте внутривенными растворами и направьте, если необходимо, для дальнейшего обследования и возможной операции.

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ И СПЕРМИЦИДЫ

ПРЕЗЕРВАТИВ (МУЖСКОЙ)

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

МЕТОД

Тонкий чехол, изготовленный из резины (латекса), винила или натуральных продуктов, может обрабатываться спермицидом для дополнительной защиты. Надевается на половой член в состоянии эрекции.

Презервативы различаются по форме, цвету, смазке, толщине и составу материала и добавлению спермицида (обычно ноноксинол-9)

Типы

Латексные (резиновые)

Пластиковые (виниловые)

Натуральные (из животных продуктов)

Механизм действия

- Предотвращают попадание спермы в женский репродуктивный тракт
- Предотвращают передачу микроорганизмов (вызывающих ИПП и другие ЗППП) от одного партнера к другому (только латексные и виниловые презервативы)

ПРИМЕНЯЕТСЯ

Мужчинами, желающими принимать активное участие в планировании семьи

Парами, которым необходим метод контрацепции **немедленно**

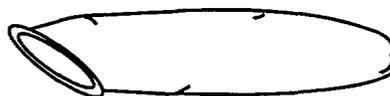
Парами, которые нуждаются во **временном** методе на период ожидания другого метода (например, имплантатов, ВМС или добровольной стерилизации)

Парами, которым необходим **страховочный** метод

Парами, имеющими **редкие половые сношения**

Парами, в которых любой из партнеров **имеет более одного полового партнера**, даже если при этом используется другой метод контрацепции

Мужчинами/женщинами, относящимися к группе риска заражения ИПП и другими ЗППП (например, ВГВ, ВИЧ/СПИД)



ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДА

ДОСТОИНСТВА

- Эффективен немедленно
- Не влияет на грудное вскармливание
- Может использоваться в качестве страховочного метода для других контрацептивов
- Отсутствие связанного с методом риска для здоровья
- Отсутствие системных побочных явлений
- Широко доступен (в аптеках и немедицинских учреждениях)
- Продается без рецепта и для начала использования не требуется тазового осмотра
- Недорог (на короткий срок)
- Неконтрацептивные преимущества***
- Способствует вовлечению мужчины в планирование семьи
- Единственный** метод планирования семьи, обеспечивающий защиту от ИПП и других ЗППП (например, ВГВ, ВИЧ/СПИД) (только латексные и виниловые)
- Может удлинять период эрекции и время до эякуляции
- Может помочь предотвратить рак шейки матки

НЕДОСТАТКИ

- Средняя эффективность (2-12 беременностей на 100 женщин в течение первого года использования)
- Контрацептивная эффективность зависит от желаний следовать инструкциям
- Зависит от пользователя (требуется постоянная заинтересованность и использование во время каждого полового акта)
- Может снизить чувствительность полового члена, затрудняя тем самым поддержание эрекции
- Удаление использованных презервативов может представлять проблему
- Необходимо наличие соответствующих условий хранения дома у пациентов
- Необходимо иметь достаточный запас презервативов до начала полового акта
- Должен иметься в продаже

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ И СПЕРМИЦИДЫ

ПРЕЗЕРВАТИВ (МУЖСКОЙ)

ПРОБЛЕМЫ, ТРЕБУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЙ

ПРОБЛЕМА	ДЕЙСТВИЯ
Аллергия на резину или спермициды	Помогите пациенту(-ке) с аллергией выбрать другой метод. (ВОЗ класс 3)
Пара/женщина желает более эффективного метода предохранения от беременности	Помогите выбрать другой метод.
Возраст женщины, количество беременностей в анамнезе или медицинские проблемы делают беременность для нее опасной	Помогите выбрать другой метод.
Пара/женщина желает метод, не связанный с половым актом	Помогите выбрать не связанный с половым актом метод, как, например, таблетки, имплантаты, инъекции, ВМС или добровольная стерилизация.
Нет желания использовать метод постоянно	Проконсультируйте о важности постоянного использования. Помогите выбрать другой метод.

ВЕДЕНИЕ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ И ДРУГИХ ПРОБЛЕМ

ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ/ ПРОБЛЕМА	ОЦЕНКА
Презерватив порван или подозревается повреждение (до полового акта)	Проверьте презерватив на наличие отверстий или течи.

ОБОСНОВАНИЕ

Хотя аллергические реакции встречаются редко, они могут причинять неудобство и быть, возможно, даже опасны.

Презерватив, когда используется в одиночку, предохраняет от беременности только на 88-98%. Если не использовать правильно (т.е. во время каждого полового акта), риск неудачи еще выше.

Если беременность представляет опасность для здоровья пациентки, следует рассмотреть возможность использования более эффективного метода или же супруги должны согласиться строго придерживаться правил использования презерватива.

Метод связан с половым актом и зависит от пользователя. Если пациент не желает использовать презерватив во время **каждого** полового акта, метод обречен на неудачу.

Метод связан с половым актом и зависит от пользователя. Если не используется во время **каждого** полового акта, метод обречен на неудачу.

МЕРОПРИЯТИЯ

Выбросьте и возьмите новый презерватив или используйте спермицид в сочетании с новым презервативом.

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ И СПЕРМИЦИДЫ

ПРЕЗЕРВАТИВ (МУЖСКОЙ)

ВЕДЕНИЕ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ И ДРУГИХ ПРОБЛЕМ

ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ/ ПРОБЛЕМА

ОЦЕНКА

Презерватив порвался или соскользнул во время полового акта

Подозреваемая **аллергическая реакция** (на презерватив)

Исключите инфекцию, аллергическую или механическую реакцию.

Подозреваемая **аллергическая реакция** (на спермицид)

Исключите инфекцию, аллергическую или механическую реакцию.

Местное раздражение на половом члене

Определите, механическая ли это реакция или аллергическая. Исключите наличие инфекции.

Уменьшение чувства полового удовлетворения

Один или оба партнера жалуются на уменьшение чувства удовлетворения или ощущений во время полового акта.

МЕРОПРИЯТИЯ

При разрыве презерватива или подозрении на течь рассмотрите возможность использования метода неотложной контрацепции (см. главу “Неотложная контрацепция”).

Хотя аллергические реакции встречаются редко, они могут причинять неудобство и быть, возможно, даже опасны. Если это аллергия, помогите выбрать другой метод.

Хотя аллергические реакции встречаются редко, они могут причинять неудобство и быть, возможно, даже опасны. Если после полового акта симптомы не проходят и нет никаких признаков ИПП, дайте другой спермицид или немедикаментозный презерватив или помогите выбрать другой метод.

При наличии явной аллергической реакции убедитесь, что презерватив **не имеет** никакого лекарственного покрытия. Если реакция продолжается, рассмотрите возможность перехода на натуральные презервативы (из овечьей кожи или кишки) или помогите выбрать другой метод.

Замечание: Натуральные презервативы не обеспечивают защиты от ИПП и других ЗППП (например, ВГВ, ВИЧ/СПИД), поэтому не должны использоваться лицами, относящимися к группе повышенного риска заражения этими заболеваниями.

Если снижение чувствительности даже при использовании более тонких презервативов неприемлемо, помогите выбрать другой метод.

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ И СПЕРМИЦИДЫ

ДИАФРАГМА

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

МЕТОД

Куполообразная латексная (резиновая) чашечка, соединенная с гнущимся кольцом, вводится во влагалище до полового акта и закрывает шейку матки

Типы

Плоская пружина (плоский металлический ободок)

Спиралеобразная пружина (спиралеобразная проволока)

Дугообразная пружина (комбинированная металлическая пружина)

Механизм действия

Предотвращает попадание спермы в верхний репродуктивный тракт (матку и фаллопиевы трубы) и служит в качестве емкости для спермицида

ПРИМЕНЯЕТСЯ

Женщинами, которые предпочитают не использовать гормональные методы или не должны их использовать (например, курящие женщины старше 35 лет)

Женщинами, которые предпочитают не использовать или не должны использовать ВМС

Кормящими матерями, нуждающимися в контрацептиве

Женщинами, желающими защиты от ИПП и других ЗППП и партнеры которых не согласны использовать презервативы

Парами, нуждающимися во временном методе на период ожидания другого контрацептива

Парами, которым необходим **страховочный метод**

Парами, имеющими редкие **половые сношения**

Парами, в которых любой из партнеров имеет более одного полового партнера, даже если при этом используется другой метод контрацепции

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДА

ДОСТОИНСТВА

Эффективен немедленно

Не влияет на грудное вскармливание

Не связан с половым актом (может вводиться даже за 6 часов до полового акта)

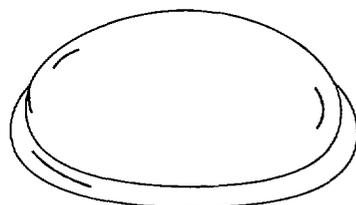
Отсутствие связанного с методом риска для здоровья

Отсутствие системных побочных эффектов

Неконтрацептивные преимущества

Некоторая защита от ИПП и других ЗППП (например, ВГВ, ВИЧ/СПИД), особенно при использовании со спермицидом

Задерживает менструальную кровь при использовании во время менструации



НЕДОСТАТКИ

Средняя эффективность (6-18 беременностей на 100 женщин в течение первого года использования, если применяется в сочетании со спермицидом)

Контрацептивная эффективность зависит от желания следовать инструкциям

Зависит от пользователя (требуется постоянная заинтересованность и использование во время каждого полового акта)

Требуется проведение тазового осмотра квалифицированным медработником (можно медсестрой или акушеркой) для первичной и послеродовой примерки

У некоторых пользователей вызывает инфекцию мочевыводящих путей

Не следует извлекать в течение 6 часов после полового акта

Необходимо иметь до начала полового акта

Требуется постоянное наличие в продаже (спермицид необходим при каждом использовании)

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ И СПЕРМИЦИДЫ

ДИАФРАГМА

СОСТОЯНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ МЕР ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

СОСТОЯНИЕ	МЕРЫ
Синдром токсического шока (СТШ) в анамнезе	Женщинам, имеющим СТШ в анамнезе, следует избегать использования диафрагмы, за исключением тех случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. (ВОЗ класс 3)
Повторные инфекции мочевыводящих путей (ИМП)	Порекомендуйте пациентке опорожнять мочевой пузырь сразу после полового акта. Подумайте о профилактической однократной дозе антибиотика после полового акта. Если состояние не улучшится, помогите выбрать другой метод.
Пролапс матки (опущение матки во влагалище)	Помогите пациентке выбрать другой метод.
Серьезные cystocele или rectocele (выпячивание стенки мочевого пузыря или прямой кишки во влагалище)	Определите размер дефекта. Тщательно осмотрите после примерки диафрагмы, чтобы убедиться, что диафрагма удерживается на месте. Попросите пациентку потужиться со вставленной диафрагмой, чтобы удостовериться, что она не смещается.

ОБОСНОВАНИЕ

Синдром токсического шока ассоциируется с использованием диафрагмы, поэтому женщины, имеющие СТШ в анамнезе, подвергаются повышенному риску.

У некоторых пациенток диафрагма иногда вызывает ИМП. Это может быть объяснено давлением на уретру, создаваемым диафрагмой. Зачастую симптомы (учащение мочеиспусканий и жжение) бывают вызваны не ИМП, а раздражением уретры.

Опущение матки может затруднить введение и правильное расположение диафрагмы, тем самым увеличивая вероятность ее выпадения и снижая эффективность метода.

Тазовые расслабления могут помешать правильному расположению диафрагмы, тем самым увеличивая вероятность ее выпадения и снижая эффективность метода.

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ И СПЕРМИЦИДЫ

ДИАФРАГМА

СОСТОЯНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ МЕР ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

СОСТОЯНИЕ

МЕРЫ

Вагинальный стеноз
(сужение вагинального
канала)

Внимательно осмотрите после примерки; убедитесь, что пациентка способна правильно ввести диафрагму. Может возникнуть необходимость выбрать другой метод.

Генитальные аномалии

Убедитесь, что состояние не мешает использованию диафрагмы. В противном случае помогите пациентке выбрать другой метод.

ПРОБЛЕМЫ, ТРЕБУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЙ

ПРОБЛЕМА

ДЕЙСТВИЯ

Женщины с физическими недостатками или те, которым **неприятно касаться своих половых органов**

Проконсультируйте, чтобы определить суть проблемы. Убедитесь, что пациентка может правильно ввести диафрагму. Если причиняемое неудобство слишком велико или пациентка не может преодолеть неприязнь, помогите ей выбрать другой метод.

Аллергия на резину или спермициды

Помогите пациентке с аллергией выбрать другой метод. (ВОЗ класс 3)

ОБОСНОВАНИЕ

Вагинальный стеноз (врожденный или приобретенный) может затруднить правильное одевание диафрагмы, тем самым увеличивая вероятность ее выпадения и снижая эффективность метода.

Наличие аномалий может затруднить примерку/одевание диафрагмы. В случае неправильного положения диафрагмы метод обречен на неудачу.

ОБОСНОВАНИЕ

Использование диафрагмы требует уверенного манипулирования и пальпирования гениталий (клитора и влагалища). При неправильном введении диафрагмы метод обречен на неудачу.

Хотя аллергические реакции встречаются редко, они могут причинять неудобство и быть, возможно, даже опасны.

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ И СПЕРМИЦИДЫ

ДИАФРАГМА

ПРОБЛЕМЫ, ТРЕБУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЙ

ПРОБЛЕМА	ДЕЙСТВИЯ
Пара/женщина желает более эффективной защиты от беременности	Помогите пациентке выбрать другой метод.
Возраст женщины, количество беременностей в анамнезе или медицинские проблемы делают беременность очень опасной	Помогите пациентке выбрать другой метод.
Пара/женщина желает метод, не связанный с половым актом	Помогите выбрать метод, не связанный с половым актом, такой как таблетки, инъекции, имплантаты, ВМС или ДС.
Женщина не желает испытывать никаких неудобств	Помогите пациентке выбрать другой метод.
Нет желания использовать постоянно	Проконсультируйте о важности постоянного использования. Помогите пациентке выбрать другой метод.
Отсутствует легкий доступ к воде и мылу	Если условий для мытья нет, помогите пациентке выбрать другой метод.
Повторный половой акт в течение нескольких часов	Посоветуйте нанести дополнительную дозу спермицида перед каждым половым актом (не извлекая диафрагмы).

ОБОСНОВАНИЕ

Диафрагма, даже в сочетании со спермицидом, обладает лишь 82-94% эффективностью. Если не использовать правильно (т.е. во время каждого полового акта), процент неудач может быть выше.

Если беременность представляет опасность для здоровья пациентки, следует рассмотреть возможность использования более эффективного метода или же супруги должны согласиться очень строго придерживаться правил использования этого метода.

Метод зависит от пользователя и связан с половым актом. Если не используется во время **каждого** полового акта, метод обречен на неудачу.

Метод зависит от пользователя и связан с половым актом. Если не используется во время **каждого** полового акта, метод обречен на неудачу.

Метод зависит от пользователя и связан с половым актом. Если не используется во время **каждого** полового акта, метод обречен на неудачу.

Диафрагму необходимо аккуратно вымыть водой с мылом и дать ей высохнуть в промежутках между использованием. (Не посыпайте пудрой или тальком для высушивания.)

Каждое нанесение спермицида эффективно в течение 1-2 часов. (Проверьте по инструкции, прилагающейся к спермициду, продолжительность его действия и правила повторного нанесения.)

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ И СПЕРМИЦИДЫ

ДИАФРАГМА

ВЕДЕНИЕ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ

ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ

ОЦЕНКА

Синдром токсического шока (СТШ)

Обследуйте на наличие симптомов/признаков СТШ (таких как лихорадка, сыпь, тошнота, рвота, понос, конъюнктивит, слабость, пониженное артериальное давление и шок).

Инфекции мочевыводящих путей (ИМП)

Анализ мочи: > 10 лейкоцитов в поле высокого увеличения в неконцентрированном образце

Культура: > 100,000 орган./мл

Подозреваемая аллергическая реакция (на диафрагму)

Симптомы вагинального раздражения, особенно после полового акта, при отсутствии признаков ИПП.

Подозреваемая аллергическая реакция (на спермицид)

Симптомы вагинального раздражения, особенно после полового акта, при отсутствии признаков ИПП.

Боль, вызываемая давлением на мочевой пузырь/прямую кишку

Пациентка жалуется на неприятные ощущения в области влагалища. При осмотре обнаруживаются вагинальные язвы.

МЕРОПРИЯТИЯ

При правильном использовании **риск СТШ среди пользователей диафрагмой незначителен**. Пациентка должна быть обучена правильному использованию диафрагмы и знать тревожные признаки.

При подозрении на СТШ направьте пациентку в центр, имеющий внутривенные растворы и антибиотики. Если необходимо, дайте выпить жидкости с целью регидратации и, при наличии высокой температуры ($> 38^{\circ}\text{C}$), ненаркотические обезболивающие (аспирин или нестероидные противовоспалительные).

Лечите соответствующим антибиотиком. Если пациентка страдает частыми ИМП и диафрагма остается ее первоочередным выбором, посоветуйте ей опорожнять мочевой пузырь сразу после полового акта. Предложите ей профилактическую (одноразовую) дозу антибиотика после полового акта. В противном случае помогите пациентке выбрать другой метод.

Хотя аллергические реакции встречаются редко, они могут причинять неудобство и быть, возможно, даже опасны. Если это аллергия, помогите пациентке выбрать другой метод.

Хотя аллергические реакции встречаются редко, они могут причинять неудобство и быть, возможно, даже опасны. Предложите пациентке другой спермицид или помогите ей выбрать иной метод.

Оцените правильность подбора размера диафрагмы. Если она слишком большая, попробуйте диафрагму меньшего размера. Проследите, чтобы проблема больше не возникала.

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ И СПЕРМИЦИДЫ

ДИАФРАГМА

ВЕДЕНИЕ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ

ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ

Вагинальные выделения и запах, если диафрагма не извлечена в течение более 24 часов

ОЦЕНКА

Убедитесь в отсутствии ИПП или инородного тела во влагалище (тампона и т.п.).

Вагинальные ранки, вызванные давлением краев диафрагмы на стенки влагалища

Осмотрите влагалище на предмет ранок, особенно на его внешней стенке (ранение в ходе извлечения диафрагмы).

МЕРОПРИЯТИЯ

При отсутствии ИПП или инородного тела во влагалище посоветуйте пациентке извлекать диафрагму как можно раньше после полового акта (если это удобно), но **не ранее**, чем через 6 часов после последнего полового контакта. При повторении симптомов проконсультируйте относительно правил гигиены влагалища. (После использования диафрагма должна быть аккуратно вымыта водой с мылом. **Не используйте** пудру или тальк для хранения диафрагмы.)

При наличии ИПП лечите согласно диагнозу (см. главу “ЗППП и планирование семьи”).

Посоветуйте пациентке временно прекратить использование и предоставьте ей страховочный метод. Когда ранки заживут, проверьте правильность подбора диафрагмы (может оказаться слишком большого размера).

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ И СПЕРМИЦИДЫ

СПЕРМИЦИДЫ

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

МЕТОД

Химические вещества (обычно ноноксинол 9), инактивирующие или убивающие сперму

Типы

Аэрозоли (пены)

Вагинальные таблетки, суппозитории или растворяющаяся пленка

Кремы

Механизм действия

Вызывают разрушение мембраны сперматозоидов, что снижает их подвижность и способность оплодотворить яйцеклетку

Выбор

- Аэрозоли (пены) эффективны сразу после введения.
- Аэрозоли рекомендуются, если спермицид применяется в **одиночку**
- Пенящиеся вагинальные таблетки и суппозитории удобны в хранении и транспортировке, но требуют 15-минутного ожидания **после** их введения до полового акта.
- Растворяющиеся вагинальные суппозитории также требуют 10-15-минутного ожидания **после** их введения до полового акта
- Спермицидные желе обычно используются **только** в сочетании с диафрагмой.

ПРИМЕНЯЕТСЯ

Женщинами, предпочитающими не использовать гормональные методы, или теми, кто не должен их использовать (например, курящими женщинами старше 35 лет)

Женщинами, которые **не** желают или не должны использовать ВМС

Кормящими матерями, нуждающимися в контрацепции

Женщинами, желающими защиты от ИППП и других ЗППП и чьи партнеры не согласны использовать презервативы

Парами, нуждающимися во временном методе на период ожидания другого метода

Парами, нуждающимися в **страховочном** методе

Парами, имеющими **редкие половые сношения**

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДА

ДОСТОИНСТВА

Эффективен немедленно (пены и кремы)

Не влияет на грудное вскармливание

Может использоваться в качестве страховочного метода для других методов

Отсутствие связанного с методом риска для здоровья

Отсутствие системных побочных явлений

Прост в применении

Дополнительное увлажнение (смазка) во время полового акта

Продается без рецепта и не требует медицинского осмотра

Неконтрацептивные преимущества

Некоторая защита от ИПП и других ЗППП (например, ВГВ, ВИЧ/СПИД)

НЕДОСТАТКИ

Средняя эффективность (3-21 беременностей на 100 женщин в течение первого года использования)

Контрацептивная эффективность зависит от желания следовать инструкциям

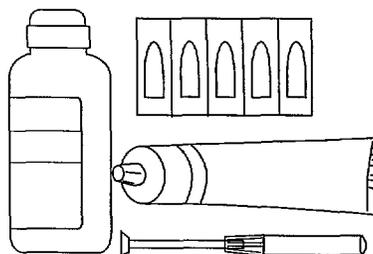
Зависит от пользователя (требуется постоянная заинтересованность и использование во время каждого полового акта)

Женщина должна нанести за 10-15 минут до полового акта (вагинальные пенящиеся таблетки, суппозитории и пленка)

Каждое нанесение эффективно только в течение 1-2 часов

Необходимо иметь до начала полового акта

Требуется постоянное наличие в продаже



БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ И СПЕРМИЦИДЫ

СПЕРМИЦИДЫ

ПРОБЛЕМЫ, ТРЕБУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЙ

ПРОБЛЕМА	ДЕЙСТВИЯ
Женщина с физическими недостатками или женщина, которой неприятно касаться своих половых органов	Побеседуйте, чтобы определить суть проблемы. Убедитесь, что пациентка в состоянии нанести спермицид. Если неприятные ощущения сильно выражены или женщина не может переносить прикосновения к своим половым органам, помогите ей выбрать другой метод.
Генитальные или другие аномалии	Убедитесь, что состояние не мешает использованию. Если мешает, помогите пациентке выбрать другой метод.
Аллергия на спермициды	Помогите пациентке с аллергией выбрать другой метод.
Женщина не желает испытывать никаких неудобств	Помогите пациентке выбрать другой метод.
Возраст женщины, количество беременностей в анамнезе или другие медицинские проблемы делают беременность для нее очень опасной	Помогите пациентке выбрать другой метод.

ОБОСНОВАНИЕ

Использование спермицидов требует касания своих гениталий (клитора и влагалища). Если спермицид не нанесен глубоко во влагалище, метод обречен на неудачу.

Вагинальный стеноз (сужение вагинального канала) и другие врожденные аномалии (двойное влагалище) встречаются редко. Их наличие может затруднить нанесение спермицида. Если спермицид не нанесен глубоко во влагалище, метод обречен на неудачу.

Хотя аллергические реакции встречаются редко, они могут причинять неудобство и быть, возможно, даже опасны.

Метод зависит от пользователя и связан с половым актом. Если не используется во время **каждого** полового акта, метод обречен на неудачу.

Если беременность представляет опасность для здоровья пациентки, следует рассмотреть возможность использования другого метода или же супруги должны согласиться очень строго придерживаться правил использования этого метода.

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ И СПЕРМИЦИДЫ

СПЕРМИЦИДЫ

ПРОБЛЕМЫ, ТРЕБУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЙ

ПРОБЛЕМА	ДЕЙСТВИЯ
Пара/женщина желает более эффективной защиты от беременности	Помогите пациентке выбрать другой метод.
У пары/женщины нет желания использовать метод постоянно	Проконсультируйте о важности постоянного использования. Помогите пациентке выбрать другой метод.
Повторный половой акт в течение нескольких часов	Посоветуйте наносить дополнительную дозу спермицида перед каждым половым актом.

ВЕДЕНИЕ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ

ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ	ОЦЕНКА
Вагинальное раздражение	Проверьте на наличие вагинита и ИПП.
Раздражение полового члена и дискомфорт	Проверьте на наличие ИПП.
Беспокоящее ощущение жжения во влагалище	Проверьте на наличие аллергических или воспалительных реакций.
Вагинальные пенящиеся таблетки не растворяются	Если пациентка пожелает, проверьте на наличие не растворившихся после введения таблеток.

ОБОСНОВАНИЕ

Спермицид, используемый в одиночку, обладает эффективностью, равной лишь 79-97%. Если не используется правильно (т.е. во время каждого полового акта), процент неудач может быть выше.

Метод зависит от пользователя и связан с половым актом. Если не используется во время **каждого** полового акта, метод обречен на неудачу.

Каждое нанесение спермицида эффективно в течение 1-2 часов. (Проверьте по инструкции, прилагающейся к спермициду, продолжительность его действия и правила повторного нанесения.)

МЕРОПРИЯТИЯ

Если раздражение вызвано спермицидом, перейдите на спермицид с другим химическим составом или помогите пациентке выбрать другой метод.

Если раздражение вызвано спермицидом, перейдите на спермицид с другим химическим составом или помогите выбрать другой метод.

Успокойте, объяснив, что ощущение жжения является нормальным явлением. Если пациентка все равно обеспокоена, перейдите на спермицид с другим химическим составом или помогите ей выбрать другой метод.

Перейдите на спермицид с другим химическим составом или помогите пациентке выбрать другой метод.

ЕСТЕСТВЕННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

МЕТОД

Пара добровольно воздерживается от полового акта все время фертильной фазы менструального цикла женщины (периода, во время которого женщина может забеременеть) или имеет половые сношения во время фертильной фазы, чтобы женщина могла забеременеть

Методы¹

Календарный метод

Базальная t° тела (БТТ)

Метод цервикальной слизи

Симптоотермальный (БТТ + цервикальная слизь)

Механизм действия

Для контрацепции

Половой акт избегается на протяжении той фазы менструального цикла, во время которой вероятность зачатия максимальна.

Для зачатия

Половой акт планируется на середину цикла (обычно 10-15-й дни), когда зачатие наиболее вероятно.

ПРИМЕНЯЕТСЯ

Для контрацепции

Женщинами любого репродуктивного возраста

Женщинами с любым количеством беременностей в анамнезе, включая нерожавших женщин

Парами, религиозные или философские убеждения которых не позволяют им использовать другие методы

Женщинами, которые не могут пользоваться другими методами

Парами, готовыми избегать половых сношений более одной недели в течение каждого цикла

Парами, способными и желающими ежедневно наблюдать, записывать и интерпретировать признаки фертильной фазы

Для зачатия

Парами, старающимися забеременеть

¹ Методы перечислены в порядке возрастания их эффективности в предсказании фертильной фазы.

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДА

ДОСТОИНСТВА

Может использоваться как для предотвращения, так и для наступления беременности

Отсутствие связанного с методом риска для здоровья

Отсутствие системных побочных явлений

Недорог

Неконтрацептивные преимущества

Способствует вовлечению мужчины в планирование семьи

Улучшает знание репродуктивной системы

Возможны более близкие супружеские отношения

НЕДОСТАТКИ

Средняя эффективность (9-20 беременностей на 100 женщин в течение первого года использования)²

Контрацептивная эффективность зависит от готовности пары следовать инструкциям

Требуется значительная подготовка для правильного использования наиболее эффективных методов ЕПС

Требуется наличие подготовленного работника (немедицинского) для консультаций

Необходимость воздержания во время фертильной фазы для избежания зачатия

Требуется ведение ежедневных записей

Наличие вагинальной инфекции может затруднить интерпретацию цервикальной слизи

Необходимость наличия базального термометра для некоторых методов

Нет защищает от ИПП и других ЗППП (например, ВГВ, ВИЧ/СПИД)

² В зависимости от метода ЕПС риск неудачи при постоянном использовании может быть ниже.

ЕСТЕСТВЕННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

ПРОБЛЕМЫ, ТРЕБУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЙ

ПРОБЛЕМА	ДЕЙСТВИЯ
Пара желает использовать высокоэффективный метод	Помогите выбрать другой метод.
Возраст, количество беременностей в анамнезе или состояние здоровья женщины делают беременность для нее очень опасной	Помогите выбрать другой метод.
Женщина с нерегулярным менструальным циклом (для календарного метода)	Проконсультируйте пациентку о том, что ей будет более трудно предсказать фертильную фазу, используя календарный метод. Если это неприемлемо, помогите ей выбрать другой метод.
Пара, <i>не желающая</i> ограничиваться половыми сношениями только в определенные фазы цикла; женщина, партнер которой не желает принимать участия	Помогите выбрать другой метод.
Пара, испытывающая трудности в общении друг с другом или имеющая семейные проблемы	Помогите выбрать другой метод.
Пара, где любой из партнеров имеет более одного полового партнера	Порекомендуйте использовать презервативы для защиты от ИПП и других ЗППП (например, ВГВ, ВИЧ/СПИД).

ОБОСНОВАНИЕ

ЕПС требует от пары **строгого** следования инструкциям. Если это не делается, риск неудачи становится выше.

Если беременность представляет собой повышенный риск для здоровья пациентки, то следует подумать об использовании более эффективного метода или пара должна согласиться очень строго следовать инструкциям.

Нерегулярный менструальный цикл затрудняет определение фертильной фазы (календарный метод).

Требуется полная согласованность действий обоих партнеров, иначе риск неудачи будет очень высок.

Требуется хорошее взаимопонимание, кооперация и полное согласие между партнерами, иначе риск неудачи будет очень высок.

Мужчины и женщины, имеющие более одного полового партнера, подвергаются повышенному риску заражения ИПП и другими ЗПП (например, ВГВ, ВИЧ/СПИД). ЕПС не предоставляет никакой защиты против этих заболеваний.

ЕСТЕСТВЕННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

ПРОБЛЕМЫ, ТРЕБУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЙ

ПРОБЛЕМА	ДЕЙСТВИЯ
Женщина, имеющая постоянные вагинальные выделения	Проконсультируйте пациентку о том, что ей будет более трудно предсказать фертильную фазу, используя метод цервикальной слизи. Если пациентка желает, помогите ей выбрать другой метод.
Кормящая мать	Проконсультируйте пациентку о том, что ей будет более трудно предсказать фертильную фазу, используя метод цервикальной слизи. Если пациентка желает, помогите ей выбрать другой метод.
Женщина, которой неприятно касаться своих половых органов или осматривать свои выделения	Проконсультируйте пациентку и, если необходимо, помогите ей выбрать другой метод.

ВЕДЕНИЕ ПОБОЧНЫХ ЯВЛЕНИЙ

ПОБОЧНОЕ ЯВЛЕНИЕ	ОЦЕНКА
Использование ЕПС отрицательно влияет на отношения между партнерами	Пара жалуется на длительные периоды воздержания.

ОБОСНОВАНИЕ

Определение фертильной фазы у женщин с постоянными вагинальными выделениями может быть затруднено. Поскольку может быть сложно интерпретировать изменения цервикальной слизи, следует тщательно следить за базальной температурой тела (БТТ).

Вообще, уровень половых гормонов у кормящих женщин очень низок, поэтому у них выделяется мало цервикальной слизи. Кроме этого, существуют некоторые свидетельства того, что цервикальная слизь у кормящих матерей может выглядеть фертильной, хотя в самом деле таковой не является.

Для максимальной эффективности метода цервикальной слизи и симптотермального метода необходимо, чтобы пациентка чувствовала себя свободно, проводя осмотр своих наружных гениталий (влагалища и губ). В противном случае можно полагаться на длину цикла (календарный метод) и БТТ, но эффективность предсказания фертильной фазы может быть ниже.

МЕРОПРИЯТИЯ

Помогите паре найти другие способы сексуального удовлетворения на время полового воздержания. Если их не устраивают такие альтернативные половому акту способы, помогите им выбрать другой контрацептивный метод.

ПРЕРЫВАНИЕ (COITUS INTERRUPTUS)

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

МЕТОД

Традиционный метод планирования семьи, который заключается в том, что мужчина полностью выводит пенис из влагалища женщины до того, как у него произойдет эякуляция

Механизм действия

Сперма не попадает во влагалище и оплодотворения не происходит.

ПРИМЕНЯЕТСЯ

Мужчинами, которые хотят принимать активное участие в планировании семьи

Парами, религиозные или философские убеждения которых не позволяют им использовать другие методы

Парами, которым **срочно** нужна контрацепция

Парами, которым нужен временный метод на период ожидания другого метода

Парами, которым нужен **страховочный** метод

Парами, которые имеют редкие половые сношения

21

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДА

ДОСТОИНСТВА

НЕДОСТАТКИ

Эффективен немедленно

Эффективность зависит от желания пары использовать прерывание во время каждого полового акта (4-18 беременностей на 100 женщин в течение первого года использования)

Не влияет на грудное вскармливание

Может использоваться как страховочный метод для других контрацептивных методов

Эффективность может еще более снизиться из-за присутствия в пенисе (уретре)¹ спермы, сохранившейся после недавней (менее 24 часов) эякуляции

Отсутствие связанного с методом риска для здоровья

Всегда имеется в наличии

Может снизить сексуальное удовлетворение

Неконтрацептивные преимущества

Не защищает от ИПП или других ЗППП (например, ВГВ, ВИЧ/СПИД)

Способствует вовлечению мужчины в планирование семьи

Возможны более близкие отношения между партнерами

¹ Проинструктируйте пациента опорожнять мочевой пузырь (мочиться) непосредственно **перед** каждым половым актом.

ПРЕРЫВАНИЕ (COITUS INTERRUPTUS)

ПРОБЛЕМЫ, ТРЕБУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЙ

ПРОБЛЕМА	ДЕЙСТВИЯ
Мужчины, страдающие преждевременной эякуляцией	Помогите выбрать другой метод.
Мужчины, испытывающие трудности с выводом пениса из влагалища до эякуляции	Помогите выбрать другой метод.
Мужчины, имеющие другие физические или психологические состояния, которые могут повлиять на своевременное прерывание	Помогите выбрать другой метод.
Пара желает использовать высокоэффективный метод	Помогите выбрать другой метод.
Возраст, количество беременностей в анамнезе и состояние здоровья женщины делают беременность для нее очень опасной	Помогите выбрать другой метод.
Женщина, партнер которой не хочет принимать участие	Помогите выбрать другой метод.
Пара, испытывающая трудности в общении друг с другом или имеющая семейные проблемы	Помогите выбрать другой метод.

51

ОБОСНОВАНИЕ

Поскольку время между проникновением пениса во влагалище и эякуляцией может быть коротким, постоянное использование метода может оказаться проблематичным. Если не применяется постоянно, метод обречен на неудачу.

Требуется полная согласованность действий обоих партнеров, иначе риск неудачи будет очень высок.

Если мужчина не может вывести пенис, правильное применение метода невозможно и риск неудачи будет очень высок.

От пары требуется очень **строгое** следование инструкциям. Если это не делается, риск неудачи будет очень высок.

Если беременность представляет собой повышенный риск для здоровья пациентки, то следует подумать об использовании более эффективного метода или пара должна согласиться строго следовать инструкциям.

Требуется полная согласованность действий обоих партнеров, иначе риск неудачи будет очень высок.

Требуется хорошее взаимопонимание, кооперация и полное согласие между партнерами.

ПРЕРЫВАНИЕ (COITUS INTERRUPTUS)

ПРОБЛЕМЫ, ТРЕБУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЙ

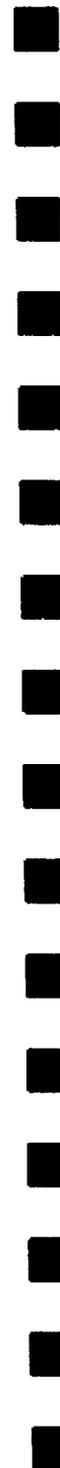
ПРОБЛЕМА

Пара, где любой из партнеров имеет более одного полового партнера

ДЕЙСТВИЯ

Порекомендуйте использовать презервативы для защиты от ИПП и других ЗППП (например, ВГВ и ВИЧ/СПИД).

51



ОБОСНОВАНИЕ

Мужчины и женщины, имеющие более одного полового партнера, подвергаются повышенному риску заражения ИПП и другими ЗППП (например, ВГВ и ВИЧ/СПИД). Прерывание не обеспечивает никакой защиты.

13

ЗАМЕТКИ



ДОБРОВОЛЬНАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ

Не существует такого медицинского состояния, которое сделало бы добровольную стерилизацию (ДС) неприемлемой для пациента. Тем не менее некоторые состояния или обстоятельства требуют повышенной осторожности при выборе времени или учреждения для проведения процедуры. В 1995 году на одном из рабочих совещаний ВОЗ была разработана система оценки того, как, когда и где следует проводить процедуры ДС. В то время как при наличии некоторых состояний (например, сильного послеродового кровотечения) необходимо отложить процедуру ДС, другие перечисленные в руководстве ВОЗ проблемы не требуют никаких действий.

Мы решили включить в это издание *Краткого руководства* только те состояния, которые требуют мер предосторожности. Как и в руководстве ВОЗ, там, где требуется отсрочка, процедуру ДС не следует выполнять до тех пор, пока состояние не будет тщательно оценено и/или исправлено. Помимо этого, перечислены те состояния, которые затрудняют проведение процедуры в амбулаторных условиях (см. главу "Оценка пациентов"). Для этих состояний может понадобиться направить пациента в соответствующее учреждение, где есть возможность проведения страховочных мероприятий и имеется более опытный персонал на случай необходимости.

Поскольку ДС является постоянным методом, **чрезвычайно важно** гарантировать получение добровольного осознанного согласия. В эту главу мы включили некоторые обстоятельства, свидетельствующие о необходимости дальнейшего консультирования. При принятии решения о ДС надо также учитывать действующие в вашем регионе законы. Наконец, если процедура ДС должна быть отложена (либо до устранения какой-то проблемы, либо для направления в другое лечебное учреждение), необходимо обеспечить пациента временным контрацептивным методом.

НЕКОТОРЫЕ ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ ПАЦИЕНТОВ

- Пациент имеет право изменить свое решение в любой момент до процедуры.
- Нельзя использовать никаких средств, которые могли бы оказать влияние на решение пациента подвергнуться ДС.
- До прохождения ДС пациент должен подписать стандартную форму согласия на процедуру.
- Согласие супруга(-и) не является обязательным.
- Мобильные программы ДС должны предлагать пациентам тот же объем консультирования и последующего наблюдения и соблюдать все те же меры по профилактике инфекций, что и стационарные службы.

ДОБРОВОЛЬНАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ

ТРУБНАЯ ОККЛЮЗИЯ

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

МЕТОД

Добровольная хирургическая процедура перманентного прекращения женской репродуктивной функции

Методы

Минилапаротомия (интервальная или послеродовая)

Лапароскопия (только интервальная)

Механизм действия

Путем блокирования фаллопиевых труб (завязав и перерезав их или используя скобки, кольца или прижигание) закрывается проход спермы к яичникам и предотвращается оплодотворение яйцеклетки.

Когда проводить

- В любое время менструального цикла, когда есть уверенность, что пациентка не беременна
- С 6-го по 13-й день менструального цикла (пролиферативная фаза предпочтительней)
- После родов: в первые 2 дня или спустя 6 недель¹
- После аборта: сразу или в течение 7 дней, если нет признаков тазовой инфекции¹

ПРИМЕНЯЕТСЯ

Женщинами любого репродуктивного возраста (обычно после 45) и с любым количеством беременностей в анамнезе, которые хотят использовать высокоэффективный постоянный метод предохранения от беременности

Женщинами, для здоровья которых беременность представляет серьезную опасность

Женщинами после родов

Женщинами после аборта

Женщинами/парами, которые уверены, что у них есть желаемое количество детей

Парами, которые понимают и добровольно дают осознанное согласие на процедуру

¹ Лапароскопия делается только спустя приблизительно 6-8 недель после родов или аборта во втором триместре (после того, как матка вернется к размеру до беременности).

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДА

ДОСТОИНСТВА

Высокая эффективность (0,2-4 беременности на 100 женщин в течение первого года использования)²

Эффективен немедленно

Постоянный метод

Не влияет на грудное вскармливание

Не связан с половым актом

Подходит тем пациенткам, для здоровья которых беременность представляет серьезную опасность

Несложная хирургическая процедура, которая обычно делается под местной анестезией

Отсутствие долгосрочных побочных явлений

Не изменяет половую функцию (не влияет на выработку гормонов яичниками)

Неконтрацептивные преимущества

Снижение риска рака яичников

НЕДОСТАТКИ

Должен считаться постоянным (необратимым)

Пациентка впоследствии может сожалеть о операции

Небольшой риск осложнений (риск возрастает при использовании общей анестезии)

Кратковременный дискомфорт/боль после операции

Требуется квалифицированный врач (гинеколог или хирург необходим для лапароскопии)

Лапароскопия дорого стоит

Не защищает от ИПП и других ЗППП (например, ВГВ, ВИЧ/СПИД)

² Последние исследования показали, что процент неудачи через 5 и 10 лет повышается в зависимости от возраста женщины во время операции, а также от использованного метода стерилизации

ДОБРОВОЛЬНАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ

ТРУБНАЯ ОККЛЮЗИЯ

СОСТОЯНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ МЕР ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

СОСТОЯНИЕ	МЕРЫ
Беременность (известная или подозреваемая)	Если пациентка беременна, проконсультируйте ее о имеющихся у нее возможностях и существующем риске до проведения операции ДС.
<hr/>	
После родов	
<i>от 7 до 42 дней</i> (6 недель)	Отложите процедуру до тех пор, пока не пройдет 6 недель.
<i>Преэклампсия</i> (сильная)	Отложите процедуру до выздоровления пациентки (после 6 недель).
<i>Продолжительный разрыв плодного пузыря</i> (более 24 часов)	Отложите процедуру до тех пор, пока не пройдет более 6 недель.
<i>Интранатальный или послеродовой сепсис</i>	Отложите процедуру до улучшения анемии (после 6 недель).
<i>Сильное кровотечение</i> (более 500 ml)	Отложите процедуру до улучшения анемии (после 6 недель).
<i>Травма половых путей</i> (цервикальные или вагинальные разрывы)	Отложите процедуру до выздоровления пациентки (после 6 недель).
<i>Разрыв или перфорация матки</i>	Отложите процедуру до выздоровления пациентки (после 6 недель).

ОБОСНОВАНИЕ

Выполненные на ранней стадии беременности процедуры могут быть ошибочно приняты за неудачу. Применение подъемника может также вызвать прерывание беременности и возможный выкидыш (спонтанный аборт). Кроме этого, во время беременности фаллопиевы трубы утолщаются и могут не поместиться в рукав аппликатора фаллопиева кольца, используемого в лапароскопии.

Повышенный риск осложнений до тех пор, пока матка не вернется к предбеременному размеру, если только операция не сделана в первые несколько дней после родов.

Повышенный риск связанных с анестезией осложнений, если используется общая анестезия.

Повышенный риск серьезных послеоперационных инфекций.

Повышенный риск серьезных послеоперационных инфекций.

Пациентка могла страдать анемией до родов и может оказаться не в состоянии перенести риск дальнейшей потери крови.

Поскольку пациентка могла страдать анемией до родов, она может оказаться не в состоянии перенести риск дальнейшей потери крови.

Возможна значительная потеря крови или другая внутрибрюшная травма. Если необходима неотложная операция (лапароскопия или лапаротомия), трубную окклюзию можно сделать только в том случае, если она не несет дополнительного риска.

ДОБРОВОЛЬНАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ

ТРУБНАЯ ОККЛЮЗИЯ

СОСТОЯНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ МЕР ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

СОСТОЯНИЕ	МЕРЫ
Необъяснимое вагинальное кровотечение	Отложите процедуру только в том случае, если подозревается серьезная проблема.
Активная инфекция тазовых органов (ВЗОТ, включая гнойный цервицит)	Отложите процедуру до тех пор, пока инфекция не будет вылечена.
Активная общая инфекция (например, простуда, грипп, желудочно-кишечная инфекция, вирусный гепатит)	Отложите процедуру до тех пор, пока инфекция не будет вылечена.
Анемия (Hb < 7 гр/дцл)	Отложите процедуру до тех пор, пока анемия не улучшится.
Абдоминальная инфекция кожи	Отложите процедуру до тех пор, пока не будет вылечена.
Рак половых путей (шейки матки, эндометрия или яичников)	Отложите процедуру.
Тромбоз глубоких вен/эмболия легочной артерии (текущие)	Отложите процедуру до полного выздоровления пациентки.

ОБОСНОВАНИЕ

Если подозревается серьезная проблема, обследуйте (и вылечите) до операции.

Проведение процедуры при наличии инфекции матки, труб или брюшины может привести к формированию абсцесса или усилению инфекции.

Хотя трубная окклюзия и является небольшой хирургической процедурой, она не должна проводиться, если пациентка больна.

Пациентка может оказаться не в состоянии перенести операционный стресс или дальнейшую потерю крови.

Повышенный риск послеоперационной инфекции.

Обычно лечение этих видов рака ведет к стерильности женщины.

Повышенный риск повторения эмболии.

ДОБРОВОЛЬНАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ

ТРУБНАЯ ОККЛЮЗИЯ

СОСТОЯНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ МЕР ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

СОСТОЯНИЕ	МЕРЫ
После аборта	
<i>Сепсис или жар</i> (выше 38° С)	Отложите процедуру до тех пор, пока инфекция не будет вылечена.
<i>Сильное кровотечение</i> (более 500 ml)	Отложите процедуру до улучшения анемии.
<i>Травма половых путей</i> (цервикальная или вагинальная)	Отложите процедуру до улучшения анемии.
<i>Перфорация матки</i>	Отложите процедуру до выздоровления пациентки.
<i>Острая гематометра</i> (послеабортный синдром)	Отложите процедуру до выздоровления пациентки.

ОБОСНОВАНИЕ

Определите причину и вылечите инфекцию до проведения ДС.

Пациентка могла страдать анемией до процедуры и может оказаться не в состоянии перенести риск дальнейшей потери крови.

Поскольку пациентка могла страдать анемией до процедуры, она может оказаться не в состоянии перенести риск дальнейшей потери крови.

Возможна значительная потеря крови или другая внутрибрюшная травма. Если необходима неотложная операция (лапароскопия или лапаротомия), трубную окклюзию можно сделать только в том случае, если она не несет дополнительного риска.

Опорожните матку (вакуумная аспирация) и оцените анемию до проведения трубной окклюзии.

ДОБРОВОЛЬНАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ

ТРУБНАЯ ОККЛЮЗИЯ

ПРОБЛЕМЫ, ТРЕБУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЙ

ПРОБЛЕМА

ДЕЙСТВИЯ

Пациентка имеет:

- Диабет
- Симптомное заболевание сердца
- Повышенное АД (> 160/100 или с сосудистым заболеванием)
- Нарушения свертывания крови (редко)
- Избыточный вес (> 80 кг при аномальном соотношении роста к весу)
- Грыжу живота или пупочную грыжу
- Многочисленные рубцы в нижней части живота

Процедура должна проводиться только опытным клиницистом и в клинике, где есть страховочные мероприятия.

Проблема должна находиться под контролем к моменту проведения операции.

Желание иметь еще детей

Более подробно оцените сомнения пациентки и, если необходимо, помогите ей выбрать другой метод.

Повышенный интерес к обратимости метода

Более подробно оцените сомнения пациентки и, если необходимо, помогите ей выбрать другой метод.

ОБОСНОВАНИЕ

Пациенткам с серьезным сопутствующим заболеванием может потребоваться особое хирургическое и послеоперационное ведение (например, общая анестезия и т.д.) для добровольной стерилизации. Только пациентки, отвечающие критериям **пригодности**, могут проходить процедуру в амбулаторных условиях (см. главу “Оценка пациентов”). Попытка проведения процедуры женщинам, не соответствующим этим критериям (например, страдающим избыточным весом или имеющим выраженные спайки в области таза), неизбежно потребует:

- увеличения дозы седативного средства/аналгетика для комфорта пациентки,
- большего разреза,
- более продолжительной операции, а также
- более продолжительного восстановительного периода.

В результате повышается риск осложнений, особенно инфекционных, у женщин этой группы высокого риска.

Трубная окклюзия является постоянным методом. Посоветуйте парам, **желающим** иметь еще детей, выбрать другой метод.

Трубная окклюзия является постоянным методом. Посоветуйте парам, которые **могут** захотеть иметь еще детей, выбрать другой метод.

ДОБРОВОЛЬНАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ

ТРУБНАЯ ОККЛЮЗИЯ

ПРОБЛЕМЫ, ТРЕБУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЙ

ПРОБЛЕМА	ДЕЙСТВИЯ
Несогласие с условиями или нежелание подписать форму осознанного согласия	Определите, не является ли причиной ложная информация о методе (например, слухи, мифы). Если да, проведите дополнительное консультирование. Если пациентка по-прежнему не желает подписывать, помогите ей выбрать другой метод.
Давление со стороны кого-то	Более подробно оцените сомнения пациентки и, если необходимо, помогите ей выбрать другой метод.
Депрессия	Более подробно оцените сомнения пациентки и, если необходимо, помогите ей выбрать другой метод.
Семейные проблемы	Более подробно оцените сомнения пациентки и, если необходимо, помогите ей выбрать другой метод.
Женщина одинока	Более подробно оцените ситуацию пациентки и, если необходимо, помогите ей выбрать другой метод.
Женщина бездетна	Более подробно оцените ситуацию пациентки и, если необходимо, помогите ей выбрать другой метод.

ОБОСНОВАНИЕ

Пациентки часто имеют искаженное представление о процедуре даже после консультирования. Необходимо получить осознанное согласие перед проведением любой хирургической процедуры, особенно добровольной стерилизации.

Пациентки чаще раскаиваются в прохождении добровольной стерилизации, если решение было принято под чьим-то давлением.

Трубная окклюзия является постоянным методом. При наличии эмоциональной нестабильности решение следует отложить.

Поскольку трубная окклюзия является постоянным методом, лучше, если решение принимается обоими партнерами в согласии.

Трубная окклюзия является постоянным методом. Одинокие женщины, особенно молодые, чаще раскаиваются и требуют восстановить проходимость труб, чем замужние женщины более старшего возраста.

Трубная окклюзия является постоянным методом. Нерожавшие женщины, особенно молодые, чаще раскаиваются и требуют восстановить проходимость труб, чем неоднократно рожавшие женщины более старшего возраста.

ДОБРОВОЛЬНАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ

ТРУБНАЯ ОККЛЮЗИЯ

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ДРУГИХ ПРОБЛЕМАХ

ПРОБЛЕМА	ОЦЕНКА
Инфекция раны	Подтвердите наличие инфекции или абсцесса.
Послеоперационный жар (> 38° C)	Определите источник инфекции.
Ранение мочевого пузыря, кишечника (редко)	Определите наличие гематурии или других признаков внутренних ранений.
Гематома (подкожная)	Подтвердите наличие инфекции или абсцесса.
Газовая эмболия при лапароскопии (очень редко)	Проверьте на наличие учащенного дыхания и пульса, пониженного артериального давления или шока (систолическое АД < 60)
Боль в области разреза	Определите наличие инфекции или абсцесса.
Поверхностное кровотечение (кожные края или подкожное)	Определите наличие инфекции, абсцесса или гематомы.

МЕРОПРИЯТИЕ

При наличии кожной инфекции лечите антибиотиками. В случае абсцесса, дренируйте и лечите соответственно.

Лечите инфекцию в соответствии с диагнозом.

Диагностируйте проблему и лечите соответственно. Если ранение мочевого пузыря или кишечника обнаружено во время операции, проведите первичное восстановление. Если обнаружено после операции, направьте в соответствующий центр, если необходимо.

Наложите на это место теплый влажный компресс. Наблюдайте - обычно исчезает со временем, но может потребовать дренирования, если слишком обширная. Если инфицированная, лечите соответственно (антибиотиками).

Может потребоваться интенсивная реанимация, включая:

- внутривенные жидкости,
 - сердечную и дыхательную реанимацию и
 - другие реанимационные мероприятия.
-

Лечите в соответствии с диагнозом (например, влажное тепло, анальгетики).

Установите контроль над кровотечением и лечите в соответствии с любыми дополнительными находками.

ДОБРОВОЛЬНАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ

ВАЗЭКТОМИЯ

ОСНОВЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

МЕТОД	ПРИМЕНЯЕТСЯ
Добровольная хирургическая процедура перманентного прекращения фертильности у мужчин	Мужчинами любого репродуктивного возраста (обычно после 50)
<i>Методы</i>	Мужчинами, которые желают использовать высокоэффективный постоянный метод контрацепции
Разрезная (1 или 2 разреза)	
Бескальпельная (БСВ)	Мужчинами, для жен которых беременность представляет серьезную опасность в силу их возраста, количества беременностей в анамнезе или сопутствующих заболеваний
<i>Механизм действия</i>	
После блокирования эякуляторного протока (vas deferens) сперма в эякуляте отсутствует.	Мужчинами, которые понимают и добровольно дают осознанное согласие на процедуру
	Мужчинами/парами, которые уверены, что у них есть желаемое количество детей

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДА

ДОСТОИНСТВА

НЕДОСТАТКИ

Высокая эффективность (0,1-0,15 беременностей на 100 женщин в течение первого года использования)

Должен считаться перманентным (необратимым)

Постоянный метод

Пациент может впоследствии сожалеть

Не влияет на грудное вскармливание

Задержка эффективности (требуется вплоть до 3 месяцев или 20 эякуляций)

Не связан с половым актом

Риск и побочные эффекты, связанные с небольшой операцией, особенно при использовании общей анестезии

Подходит для пар в тех случаях, если беременность или трубная окклюзия несет в себе повышенный риск для здоровья женщины

Кратковременная боль/дискомфорт после процедуры

Простая операция, производимая под местной анестезией

Требуется квалифицированный медработник

Отсутствие долгосрочных побочных эффектов

Не защищает от ИПП и других ЗППП (например, ВГВ, ВИЧ/СПИД)

Не изменяет половую функцию (не влияет на выработку гормонов яичками)

ДОБРОВОЛЬНАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ

ВАЗЭКТОМИЯ

СОСТОЯНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ МЕР ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

СОСТОЯНИЕ	МЕРЫ
Местная кожная или скротальная инфекция	Отложите процедуру до тех пор, пока не пройдет инфекция.
Острая инфекция половых путей (например, гонорея, сифилис)	Отложите процедуру до тех пор, пока не пройдет инфекция.
Острая общая инфекция (например, грипп) или желудочно-кишечная инфекция	Отложите процедуру до тех пор, пока не пройдет инфекция.
Симптоматическое заболевание сердца или нарушения свертывания крови, диабет	Может потребоваться проведение процедуры в высокооборудованной клинике, а не в амбулаторных условиях. Значительные медицинские проблемы (например, диабет) должны быть взяты под контроль до операции.



ОБОСНОВАНИЕ



Эти состояния могут увеличить риск осложнений, таких как послеоперационная инфекция.



Эти состояния могут увеличить риск осложнений, таких как послеоперационная инфекция.



Повышенный риск послеоперационных осложнений, особенно инфекции.



Пациентам со значительными медицинскими проблемами может потребоваться особое хирургическое и послеоперационное ведение (например, общая анестезия). Медицинские проблемы могут также затруднить проведение операции и повысить риск инфекции.



ДОБРОВОЛЬНАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ

ВАЗЭКТОМИЯ

СОСТОЯНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ МЕР ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

СОСТОЯНИЕ	МЕРЫ
<p>Другие проблемы:</p> <ul style="list-style-type: none">• Большое варикоцеле• Паховая грыжа• Филариаз• Рубцовая ткань• Предшествующая хирургия мошонки• Внутримошоночные массы (до определения причины)• Неопустившиеся яички и доказанная фертильность• Крипторхидизм (если двусторонний и доказанная фертильность)• Связанное со СПИДом заболевание	<p>При наличии любого из этих состояний процедура должна быть проведена специалистом с большим опытом и навыками выполнения вазэктомии.</p>

ПРОБЛЕМЫ, ТРЕБУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЙ

ПРОБЛЕМА	ДЕЙСТВИЯ
<p>Желание иметь еще детей</p>	<p>Более подробно обсудите сомнения и, если необходимо, помогите выбрать другой метод.</p>
<hr/>	
<p>Повышенный интерес к обратимости метода</p>	<p>Более подробно обсудите сомнения и, если необходимо, помогите выбрать другой метод.</p>

■

■

■

ОБОСНОВАНИЕ

■ Эти состояния могут затруднить проведение операции и повысить риск инфекции.

■

■

■

■

■

■

■

■

■

■

■

ОБОСНОВАНИЕ

■ Вазэктомия является постоянным методом. Помогите парам, **желающим** иметь еще детей, выбрать другой метод.

■

■ Вазэктомия является постоянным методом. Помогите парам, которые **могут** захотеть иметь еще детей, выбрать другой метод.

■

■

■

ДОБРОВОЛЬНАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ ВАЗЭКТОМИЯ

ПРОБЛЕМЫ, ТРЕБУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЙ

ПРОБЛЕМА	ДЕЙСТВИЯ
Не соглашается с условиями или не хочет подписать форму осознанного согласия	Выясните, не является ли причиной ложная информация о методе (например, слухи, мифы). Если да, проведите дополнительное консультирование. Если пациент по-прежнему не желает подписывать, помогите ему выбрать другой метод.
Давление со стороны кого-то	Более подробно обсудите сомнения и, если необходимо, помогите выбрать другой метод.
Депрессия	Более подробно обсудите сомнения и, если необходимо, помогите выбрать другой метод.
Семейные проблемы	Более подробно обсудите сомнения и, если необходимо, помогите выбрать другой метод.
Пациент одинок или не имеет детей	Более подробно проанализируйте ситуацию и, если необходимо, помогите выбрать другой метод.

ОБОСНОВАНИЕ

Пациенты часто имеют искаженное представление о процедуре даже после консультирования. Необходимо получить осознанное согласие перед проведением любой хирургической процедуры, особенно добровольной стерилизации.

Пациент чаще раскаивается в прохождении добровольной стерилизации, если решение было принято под чьим-то давлением.

Вазэктомия является постоянным методом. При наличии эмоциональной нестабильности принятие решения следует отложить.

Поскольку вазэктомия является постоянным методом, решение о прохождении процедуры лучше принимать обоим партнерам в согласии.

Вазэктомия является постоянным методом. Пациент чаще раскаивается в прохождении добровольной стерилизации, если присутствует любая из этих ситуаций.

ДОБРОВОЛЬНАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ ВАЗЭКТОМИЯ

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ДРУГИХ ПРОБЛЕМАХ

ПРОБЛЕМА	ОЦЕНКА
Инфекция раны	Подтвердите наличие инфекции или абсцесса.
Гематома (мошоночная)	Установите наличие инфекции или абсцесса.
Гранулема	Проверьте на наличие возможной инфекции или гематомы.
Чрезмерный отек	Проверьте на наличие отека мошонки.
	Проверьте на наличие возможной инфекции или гематомы.
Боль в месте разреза	Проверьте на наличие инфекции, гранулемы или эпидидимита.

МЕРОПРИЯТИЯ

При наличии кожной инфекции лечите антибиотиками. При наличии абсцесса дренируйте и лечите как показано.

Наложите на место инфекции теплый влажный компресс и обеспечьте поддержку мошонки. Наблюдайте; состояние обычно улучшается со временем.

Наблюдайте; гранулема случается редко (< 0,4% случаев), часто самоограниченная и улучшается спонтанно.

Если увеличена и болезненна, может потребоваться хирургическое вмешательство.

Наблюдайте; обычно проходит спонтанно в течение 1-3 недель. Обеспечьте поддержку мошонки, если необходимо.

При отсутствии инфекции лечите симптоматически с поддержкой мошонки и анальгетиками, если необходимо. Боль обычно проходит спонтанно.

ЗАМЕТКИ



ИНСТРУКТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Долговременный успех, который выражается в удовлетворенности пациентов и высокой продолжительности использования методов, возможен только тогда, когда персонал клиники осознает важность диспансерного наблюдения и немедленной помощи при возникновении любых побочных явлений и других осложнений. Объяснить пациентам обычные побочные явления и что следует делать в случае их появления - значит обеспечить безопасное, эффективное и продолжительное использование контрацептива. Кроме этого, медицинскому персоналу нужно также убедиться, что пациент(-ка) знает, как правильно использовать метод.

В частности, пациент должен знать:

- Когда прийти на следующий прием
- Обычные побочные эффекты метода
- Настораживающие признаки возможных осложнений
- Что делать в случае изменений в менструальном цикле
- Как быстро метод начинает действовать
- Как защититься от ИПП и других ЗППП (например, ВГВ, ВИЧ/СПИД)
- Как ухаживать за послеоперационной раной (имплантаты, трубная окклюзия, вазэктомия)
- Когда и где удалить контрацептив (имплантаты или ВМС)

Чтобы помочь пациентам понять и запомнить наиболее важные моменты, постарайтесь объяснить их просто и ясно. Попросите пациента повторить инструкции, чтобы убедиться, что он(-а) правильно понимает метод. Если это возможно, выдайте пациенту или ее/его партнеру также письменные инструкции. Для некоторых методов (например, инъекционных), нужно дать талончик, напоминающий о дате следующего визита, если только это не должно быть сохранено в тайне по личным причинам. Пациенту следует рассказать о настораживающих признаках осложнений и попросить немедленно вернуться в клинику в случае их появления.

Эта глава содержит образцы инструкций для всех широко распространенных методов контрацепции. (Хотя для методов ЕПС и даются очень подробные инструкции, подразумевается, что пациентка должна пройти значительное дополнительное обучение, прежде чем она сможет эффективно использовать эти методы.)



ИНСТРУКТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ/МЛА

Как часто кормить грудью

Кормите ребенка из обеих грудей по требованию (около 6-10 раз в сутки).

Кормите как минимум один раз ночью (интервал между двумя кормлениями не должен превышать 6 часов).

Замечание: Главная цель грудного вскармливания - это питание и здоровье ребенка. Ребенок может не хотеть есть 6-10 раз в сутки или может предпочесть спать всю ночь. Это нормальные явления, но если любое из них имеет место, эффективность грудного вскармливания как метода контрацепции **снижается**.

Когда начинать вводить твердую пищу

Пока ребенок хорошо растет и прибавляет в весе и пока **ваше** питание сбалансировано и **вы** достаточно отдыхаете, чтобы поддерживать адекватное количество грудного молока, ребенок до 6 месяцев не нуждается в другом питании.

Как только вы начнете заменять грудное молоко другой пищей или жидкостью, ребенок будет сосать меньше и грудное вскармливание **перестанет** быть эффективным контрацептивным методом.

Менструации

Возобновление менструаций означает, что ваша детородная функция восстановилась и вы должны немедленно начать использовать контрацептивный метод.

Для контрацепции (МЛА) и здоровья

- Вам надо начать использовать контрацептивный метод, если у вас возобновились менструации, если вы больше не кормите исключительно грудью и/или если вашему ребенку 6 месяцев.



- Проконсультируйтесь со своим врачом, прежде чем начинать другой контрацептивный метод.
- Если вы или ваш партнер подвержены риску заражения ИППЦ или другими ЗППП, включая вирус СПИДа, вам следует использовать презервативы вместе с МЛА.

Что делать, если вы не кормите исключительно (или почти исключительно) грудью или прекратили грудное вскармливание

- Вам необходимо иметь дома временный запас презервативов со смазкой или другой метод контрацепции, чтобы начать его использовать, как только вы прекратите исключительно (или почти исключительно) грудное кормление своего ребенка.
- Вернитесь в клинику, где вам помогут подобрать и обучат правильному использованию подходящего контрацептивного метода.



ИНСТРУКТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ

КОМБИНИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КОК)

- Принимайте по 1 таблетке ежедневно, желательно в одно и то же время суток.
- Примите первую таблетку в интервале с 1-го по 7-й день (первый день предпочтительнее) после начала менструации.
- Некоторые упаковки содержат 28 таблеток, другие - 21 таблетку. Когда заканчивается упаковка из 28 таблеток, вы должны немедленно начать принимать таблетки из другой упаковки. Закончив упаковку из 21 таблетки, пропустите одну неделю (7 дней), а затем начните принимать таблетки из новой упаковки.
- Если вас **вытошнило** в течение 30 минут после приема таблетки, примите еще 1 таблетку или используйте страховочный метод во время полового акта в следующие 7 дней.
- Если вы забыли принять 1 таблетку, примите ее как только вспомните, даже если это означает 2 таблетки в один день.
- Если вы пропустили прием таблеток в течение 2 или более дней подряд, вы должны принимать по 2 таблетки ежедневно, пока опять не войдете в график. Используйте страховочный метод (например, презервативы) или воздержитесь от половых сношений в последующие 7 дней.
- Если у вас не было 2 или более менструаций, вам следует обратиться в клинику для проверки на беременность.



Общая информация

- Во время менструального цикла возможны некоторая тошнота, головокружение, небольшая болезненность молочных желез и несильные головные боли, а также мажущие выделения или легкое кровотечение (обычно исчезают через 2-3 цикла).
- Некоторые лекарственные препараты (рифампин и большинство противоэпилептических) могут снизить эффективность КОК, поэтому вам необходимо сообщить вашему врачу, если вы начинаете прием любого нового лекарства.
- КОК не защищают от ИППП и других ЗППП, включая вирус СПИДа. Если вы или ваш партнер подвержены риску заражения этими заболеваниями, вам надо использовать презервативы наряду с КОК.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КИК)

- Приходите в клинику для инъекции Cyclofem или Mesigyna каждый месяц.
- Если у вас не было 2 или более менструаций, вам следует обратиться в клинику для проверки на беременность.

Общая информация

- Во время менструального цикла возможны некоторая тошнота, головокружение, небольшая болезненность молочных желез и несильные головные боли, а также мажущие выделения или легкое кровотечение (обычно исчезают после 2-3 инъекций).
- Некоторые лекарственные препараты (рифампин и большинство противоэпилептических) могут снизить эффективность КИК, поэтому вам необходимо сообщить вашему врачу, если вы начинаете прием любого нового лекарства.
- КИК не защищают от ИППП и других ЗППП, включая вирус СПИДа. Если вы или ваш партнер подвержены риску заражения этими заболеваниями, вам надо использовать презервативы наряду с КИК.

НАСТОРАЖИВАЮЩИЕ ПРИЗНАКИ ДЛЯ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ КОМБИНИРОВАННЫХ (ЭСТРОГЕН/ПРОГЕСТИН) КОНТРАЦЕПТИВОВ

- Сильная боль в груди или одышка
- Сильные головные боли или помутнение зрения
- Сильные боли в нижних конечностях
- Полное отсутствие каких-либо кровотечений или выделений во время:
 - недели без таблеток (упаковка из 21 таблетки),
 - приема 7 неактивных таблеток (из 28-дневной упаковки) или
 - 7 дней перед следующей инъекцией
(может являться признаком беременности)

Если у вас возникло любое из перечисленных осложнений, обратитесь к врачу или в клинику.

ИНСТРУКТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ

ИМПЛАНТАТЫ (НОРПЛАНТ ИМПЛАНТАТЫ)

Послеоперационный уход за раной дома

- Держите область разреза сухой и чистой в течение хотя бы 48 часов. При намокании во время мытья разрез может инфицироваться.
- Оставьте давящую повязку (марля и пластырь) на 48 часов, а пластырь - до заживления разреза (обычно на 3-5 дней).
- Наличие на месте разреза кровоподтека, отека или уплотнения в течение первых нескольких дней является нормальным.
- Можете сразу возобновить свою повседневную работу. Избегайте ударов в область разреза, не поднимайте тяжестей и не прикладывайте чрезмерного давления на область раны.
- После заживления область разреза можно мыть и трогать с обычным давлением.

Общая информация

- Контрацептивное действие имплантатов начинается сразу после установки капсул и продолжается до их удаления (вплоть до 5 лет с момента вшивания).
- Изменение характера менструального цикла (особенно нерегулярное кровотечение) является обычным явлением, особенно в первые 6-12 месяцев после вшивания. Эти изменения редко представляют какую-либо опасность для здоровья.
- К другим незначительным побочным эффектам относятся увеличение массы тела, несильные головные боли и небольшая болезненность молочных желез. Эти симптомы неопасны и постепенно проходят.
- Определенные лекарственные препараты (рифампин и большинство противосудорожных) могут снизить эффективность имплантатов, поэтому вам надо сообщить вашему врачу, если вы начинаете прием любого нового лекарства.
- Капсулы необходимо удалить через 5 лет после вшивания, но это может быть сделано и раньше по желанию пациентки.

Внимание: Если капсулы стоят более 5 лет, шансы женщины забеременеть увеличиваются и риск эктопической беременности значительно повышается.

- Врач, проводящий вшивание капсул, даст вам талончик, на котором будут указаны дата установки Норпланта и название клиники, где это было сделано.
- Имплантаты не защищают от ИПП и других ЗППП, включая вирус СПИДа. Если вы или ваш партнер подвержены риску заражения этими заболеваниями, вам следует наряду с имплантатами использовать презервативы.

Повторный визит

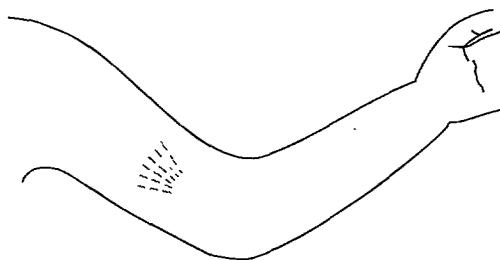
Если у вас отсутствуют какие-либо проблемы и вы не желаете досрочного удаления капсул, то нет медицинских показаний для возвращения в клинику раньше, чем через 5 лет после вшивания. Тем не менее всем пациенткам очень рекомендуется приходить в клинику для регулярного профилактического гинекологического осмотра, включая получение презервативов, если это необходимо.

НАСТОРАЖИВАЮЩИЕ ПРИЗНАКИ ДЛЯ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ НОРПЛАНТ ИМПЛАНТАТАМИ

- Задержка менструации после нескольких месяцев регулярных циклов (может быть признаком беременности)
- Сильные боли в нижней части живота (могут быть признаком эктопической беременности)
- Сильное (в 2 раза дольше или в 2 раза больше обычного) или продолжительное (> 8 дней) кровотечение
- Гной или кровотечение в месте вшивания
- Отторжение капсулы
- Мигрени (сосудистые головные боли), повторные чрезвычайно сильные головные боли или помутнение зрения

Если у вас возникло любое из перечисленных осложнений, обратитесь к врачу или в клинику.

Место вшивания капсул



ИНСТРУКТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ

ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (ЧПИК)

- Приходите в клинику для инъекции каждые 3 месяца (ДМПА) или каждые 2 месяца (НЭТ-ЭН).

Общая информация

- Изменение характера менструальных кровотечений (аменорея) является обычным явлением, особенно после первых 2-х или 3-х инъекций. Эти изменения зачастую носят временный характер и редко представляют опасность для здоровья.
- К другим незначительным побочным явлениям относятся увеличение массы тела, несильные головные боли и небольшая болезненность молочных желез. Эти симптомы не являются опасными и постепенно проходят.
- У женщин, использующих ДМПА, возврат фертильности временно задерживается после прекращения метода (в среднем на 10 месяцев после последней инъекции). ДМПА, однако, в целом **не** снижает фертильности женщины.
- К концу первого года использования у порядка 50% женщин, применяющих ДМПА, прекратятся кровотечения. (Отсутствие менструаций не является серьезной проблемой и, если нет симптомов беременности, никакого лечения не требует.)
- ЧПИК не защищают от ИПП и других ЗППП, включая вирус СПИДа. Если вы или ваш партнер подвержены риску заражения этими заболеваниями, вам следует использовать презервативы наряду с ЧПИК.



**НАСТОРАЖИВАЮЩИЕ ПРИЗНАКИ
ДЛЯ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ
ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫХ ИНЪЕКЦИОННЫХ
КОНТРАЦЕПТИВОВ (ЧПИК)**

- Задержка менструации после нескольких месяцев регулярных циклов (может быть признаком беременности)
- Сильные боли в нижней части живота (могут быть признаком эктопической беременности)
- Сильное (в 2 раза дольше или в 2 раза больше обычного) или продолжительное (> 8 дней) кровотечение
- Гной или кровотечение в месте инъекции
- Мигрени (сосудистые головные боли), повторные чрезвычайно сильные головные боли или помутнение зрения

Если у вас возникло любое из перечисленных осложнений, обратитесь к врачу или в клинику.



ИНСТРУКТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ

ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫЕ ТАБЛЕТКИ (ЧПТ)

- Принимайте по 1 таблетке ежедневно **в одно и то же** время суток.
- Примите **первую** таблетку в **первый** день менструации. Если вы начинаете ЧПТ после 1-го, но до 7-го дня цикла, используйте страховочный метод в первые 48 часов.
- Закончите все таблетки в упаковке. На следующий день после приема последней таблетки начните новую упаковку.
- Если у вас возникла **рвота** в течение 30 минут после приема таблетки, используйте страховочный метод при половых сношениях в последующие 48 часов.
- Если вы запоздали с приемом таблетки **более** чем на 3 часа, примите ее как только вспомните. Используйте страховочный метод при половых сношениях в последующие 48 часов.
- Если вы забыли принять 1 или более таблетки, примите следующую как только вспомните. Используйте страховочный метод при половых сношениях в последующие 48 часов.
- Если не было 2 или более менструаций, вам следует обратиться в клинику для проверки на беременность. Не прекращайте прием таблеток, если вы не беременны.

Общая информация



- Изменение характера менструального цикла является обычным явлением, особенно в первые два или три цикла. Эти изменения носят временный характер и редко представляют какую-либо опасность для здоровья.
- К другим незначительным побочным эффектам относятся увеличение массы тела, несильные головные боли и небольшая болезненность молочных желез. Эти симптомы не являются опасными и постепенно проходят.
- Определенные лекарственные препараты (рифампин и большинство противоэпилептических) могут снизить эффективность ЧПТ, поэтому вам надо сообщить медработнику, если вы начинаете прием любого нового лекарства.
- ЧПТ не защищают от ИПП и других ЗППП, включая вирус СПИДа. Если вы или ваш партнер подвержены риску заражения этими заболеваниями, вам следует использовать презервативы наряду с ЧПТ.

**НАСТОРАЖИВАЮЩИЕ ПРИЗНАКИ
ДЛЯ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ
ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫХ ТАБЛЕТОК (ЧПТ)**

- Задержка менструации после нескольких месяцев регулярных циклов (может быть признаком беременности)
- Сильные боли в нижней части живота (могут быть признаком эктопической беременности)
- Сильное (в 2 раза дольше или в 2 раза больше обычного) или продолжительное (> 8 дней) кровотечение
- Мигрени (сосудистые головные боли), повторные чрезвычайно сильные головные боли или помутнение зрения

Если у вас возникло любое из перечисленных осложнений, обратитесь к врачу или в клинику.



ИНСТРУКТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ

ВМС

- Придите на осмотр в клинику по окончании первой после введения менструации (спустя 4–6 недель после введения).
- В течение первого после введения месяца несколько раз проверяйте усики спирали, особенно после менструации.
- По прошествии первого месяца вам следует проверять усики после менструации только в том случае, если вы испытываете:
 - схваткообразные боли в нижней части живота,
 - выделения между менструациями или после полового акта,
 - боль после полового акта (или если ваш партнер испытывает дискомфорт во время полового акта).
- ВМС Соррег Т 380А необходимо удалить через 10 лет после введения, но это можно сделать и раньше, если вы захотите.
- Обратитесь в клинику, если:
 - вы не можете нащупать усики спирали,
 - вы нащупываете твердый корпус ВМС,
 - вы заметили, что ВМС “вылетела”,
 - у вас не было менструации.

Общая информация

- ВМС начинает действовать немедленно.
- Возможна самопроизвольная экспульсия ВМС из матки, особенно в первые несколько месяцев после введения.
- В первые несколько дней после введения могут иметь место кровянистые выделения или небольшое кровотечение.
- Менструации обычно становятся более продолжительными и обильными (при использовании медевыделяющих ВМС) или более короткими и скудными (при использовании прогестинных ВМС).
- Удаление ВМС возможно в любое время по вашему желанию.
- ВМС не защищают от ИПП и других ЗППП, включая вирус СПИДа. Если вы или ваш партнер подвержены риску заражения этими заболеваниями, вам следует использовать презервативы наряду с ВМС.



Повторный визит

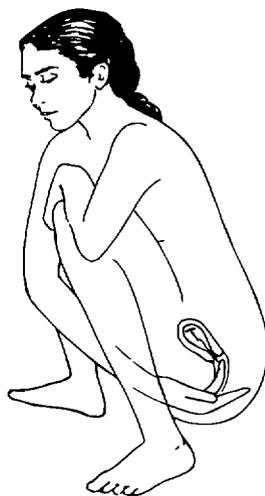
Если у вас отсутствуют какие-либо проблемы и вы не желаете досрочного удаления ВМС, то, за исключением осмотра через 4-6 недель после введения ВМС, никаких медицинских показаний для дальнейших возвращений в клинику нет. Тем не менее всем пациенткам очень рекомендуется приходить в клинику для регулярного профилактического гинекологического осмотра, включая получение презервативов, если это необходимо.

НАСТОРАЖИВАЮЩИЕ ПРИЗНАКИ ДЛЯ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ВМС

- Задержка менструации с симптомами беременности (тошнота, болезненность молочных желез и т.д.)
- Продолжающиеся или схваткообразные боли в нижней части живота, особенно сопровождающиеся плохим самочувствием, жаром или ознобом (эти симптомы указывают на возможную инфекцию органов таза)
- Усики спирали отсутствуют или при проверке нащупывается пластмассовый кончик ВМС
- У вас или вашего партнера появился еще один или более половой партнер; ВМС не защищает от ИПП и других ЗПП (например, ВГВ, ВИЧ/СПИД).

Если у вас возникло любое из перечисленных осложнений, обратитесь к врачу или в клинику.

Проверка усиков спирали



ИНСТРУКТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ

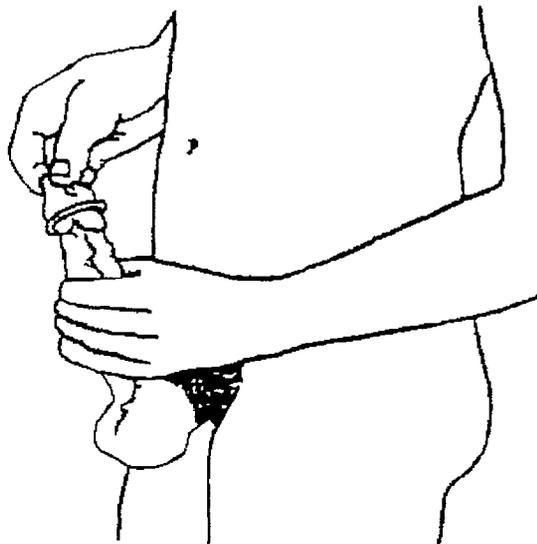
ПРЕЗЕРВАТИВ (МУЖСКОЙ)

- Используйте презерватив во время каждого полового акта.
- Используйте презерватив со спермицидом для максимальной эффективности и защиты.
- Не открывайте упаковку зубами или с помощью ножа, ножниц или другого острого предмета.
- Презерватив должен быть надет на пенис в состоянии эрекции до его введения во влагалище, т.к. прееякуляторная сперма содержит активные сперматозоиды.
- Если презерватив не имеет расширения (резервуара), следует на его конце оставить 1-2 см для спермы.
- После эякуляции, держа за основание (кольцо) презерватива, извлеките пенис из влагалища, пока он еще находится в состоянии эрекции. Это предупреждает соскальзывание презерватива и разливание спермы.
- **Каждый презерватив должен использоваться только один раз.**
- Выбросите использованный презерватив в мусорный ящик или уборную, предварительно завернув его в бумагу.
- Всегда имейте в наличии запас презервативов. Не храните их в теплом месте, т.к. это разрушает материал и может привести к протеканию презерватива.
- Не используйте презерватив, если его упаковка порвана или презерватив выглядит поврежденным или истонченным.
- **Не пользуйтесь** минеральным маслом, пищевым жиром, детским кремом или вазелином для смазки презерватива. Это быстро разрушает его материал. Если требуется смазка, используйте слюну или вагинальную секрецию.





Правильный способ надевания презерватива



ИНСТРУКТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ

ДИАФРАГМА

- Используйте диафрагму во время каждого полового акта.
- Вначале опорожните мочевой пузырь и вымойте руки.
- Проверьте, нет ли в диафрагме отверстий, посмотрев ее на свет или наполнив водой.
- Выдавите небольшое количество спермицидного крема или желе в чашечку диафрагмы. (Для облегчения введения небольшое количество крема/желе можно нанести на ведущий конец диафрагмы или на наружный край влагалища.) Сведите края диафрагмы вместе.
- Для введения диафрагмы можно использовать следующие позиции:
 - Одна нога поднята на стул или сиденье туалета
 - Лежа на спине
 - На корточках
- Разведите края влагалища.
- Введите диафрагму с кремом/желе глубоко во влагалище и протолкните передний край за лобковую кость.
- Введите палец во влагалище и **ощупайте шейку** сквозь резину (на ощупь должна напоминать нос), чтобы убедиться, что она закрыта.
- Диафрагму можно ввести во влагалище вплоть до 6 часов до полового акта. Если половой акт имеет место более чем через 6 часов, необходимо ввести дополнительную дозу спермицида во влагалище. Перед каждым повторным половым актом требуется нанесение дополнительной дозы крема или желе.
- Оставьте диафрагму на месте как минимум на 6 часов после последнего полового акта. Не оставляйте ее во влагалище более чем на 24 часа до извлечения. (Ни на каком этапе не рекомендуется производить спринцевание. Если спринцевание все же производится, то делать это следует спустя, по крайней мере, 6 часов после полового акта.)
- Удалите диафрагму, подцепив ее пальцем за передний край и вытянув. Если необходимо, перед вытягиванием введите палец между диафрагмой и лобковой костью, чтобы нарушить вакуумное присасывание.
- После использования вымойте диафрагму водой с мягким мылом и тщательно высушите до того, как убрать в коробку.



НАСТОРАЖИВАЮЩИЙ ПРИЗНАК

Если есть подозрение на синдром токсического шока, направьте пациентку в лечебное заведение, имеющее внутривенные растворы и антибиотики. Дайте оральный регидрат, если необходимо, и ненаркотический анальгетик (NSAID или аспирин) при наличии высокой температуры ($> 38^{\circ} \text{C}$).



ИНСТРУКТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ

СПЕРМИЦИДЫ

Выбор

- Аэрозоли (пены) эффективны сразу после введения.
- Аэрозоли рекомендуются в тех случаях, когда спермицид является единственным используемым контрацептивом.
- Пениющиеся вагинальные таблетки и суппозитории (свечи) удобны в переносе и хранении, но требуют введения за 10-15 минут до полового акта.
- Растворяющиеся вагинальные суппозитории также требуют введения за 10-15 минут до полового акта.
- Спермицидные желе обычно используются **только** вместе с диафрагмой.

Общая информация

- Очень важно нанести спермицид до каждого полового акта. (Нанесите дополнительную дозу перед каждым следующим половым сношением.)
- После введения вагинальных таблеток, суппозитория или пленки надо подождать в течение 10-15 минут. При использовании аэрозолей (пены) никакого ожидания не требуется.
- Очень важно следовать рекомендациям производителя спермицида по правильному использованию и хранению каждого продукта. (Например, встряхните контейнер с аэрозольной пеной, прежде чем выдавить ее в аппликатор.)
- Нанесите дополнительную дозу спермицида, если половой акт не начался в течение 1-2 часов после первоначального введения. Очень важно ввести спермицид глубоко во влагалище, так чтобы шейка матки оказалась полностью закрытой.

Аэрозоль (пена)

- Встряхните контейнер 20-30 раз перед использованием.
- Поставьте контейнер вертикально и наденьте аппликатор на клапан. Отведите аппликатор в сторону, так чтобы он заполнился пеной.

- В положении лежа на спине введите аппликатор во влагалище так, чтобы его конец находился рядом или соприкасался с шейкой. Нажмите на спуск и выпустите пену. Не требуется дожидаться начала эффекта.
- После использования аппликатор необходимо вымыть теплой водой с мылом, сполоснуть и высушить. Для удобства мытья его можно разобрать. Никому не позволяйте пользоваться вашим аппликатором.
- Всегда имейте под рукой запас пены, особенно если контейнеры не позволяют увидеть, когда их содержимое заканчивается.

Вагинальные таблетки, свечи или пленка

- Выньте вагинальную таблетку, свечу или пленку из упаковки.
- Лежа на спине, введите вагинальную таблетку, свечу или пленку глубоко во влагалище. (Если в упаковку спермицида входит аппликатор, введите его во влагалище так, чтобы его конец находился рядом или соприкасался с шейкой.)
- Подождите 10-15 минут, до того как вступить в половой акт.
- После использования аппликатор необходимо вымыть теплой водой с мылом, сполоснуть и высушить. Для удобства мытья его можно разобрать. Никому не позволяйте пользоваться вашим аппликатором.
- Всегда имейте под рукой запас вагинальных таблеток, свечей или пленки.

Примечание: Некоторые пенящиеся вагинальные таблетки могут вызывать ощущение теплоты во влагалище. Это нормальное явление.

Крем

- Для введения контрацептивного крема выдавите его в аппликатор до его заполнения. Введите аппликатор во влагалище так, чтобы его конец находился рядом или соприкасался с шейкой. Нажмите на спуск и выпустите крем. Не требуется дожидаться начала эффекта.
- После использования аппликатор необходимо вымыть теплой водой с мылом, сполоснуть и высушить. Для удобства мытья его можно разобрать. Никому не позволяйте пользоваться вашим аппликатором.
- Всегда имейте под рукой запас крема, особенно если контейнеры не позволяют увидеть, когда их содержимое заканчивается.

ИНСТРУКТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ

ЕСТЕСТВЕННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

Календарный метод

Вы можете определить свою фертильную фазу, наблюдая за менструальными циклами.

Для контрацепции

Рассчитайте свой фертильный период:

- Проследите за длительностью как минимум 6 менструальных циклов, в течение которых вам надо либо воздерживаться от половых сношений, либо пользоваться каким-либо другим контрацептивным методом. Затем рассчитайте свою фертильную фазу, следуя приведенной ниже формуле.
- От количества дней в самом длинном из ваших циклов отнимите 11. Этим вы определите **последний фертильный день** вашего цикла.
- От количества дней в самом коротком из ваших циклов отнимите 18. Этим вы определите **первый фертильный день** вашего цикла.

Например: Длинный цикл: 30 дн. - 11 = 19

Короткий цикл: 26 дн. - 18 = 8

- Согласно расчетам, **фертильным** является период с 8 по 19 день цикла (для предохранения от беременности требуется 12 дней воздержания).
- Избегайте полового акта во время фертильных дней.

Для зачатия

Имейте половые сношения во время фертильных дней.



ИНСТРУКТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ

ЕСТЕСТВЕННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

Метод базальной температуры тела *(продолжение)*

Для контрацепции

Воздерживайтесь от половых сношений с самого начала менструации до вечера третьего **подряд** дня, когда температура остается выше прикрывающей линии.

Замечания:

- Если в течение трех дней одна из трех температур опустится до прикрывающей линии или ниже ее, это может означать, что овуляция еще не произошла. Для избежания беременности дождитесь 3 дней подряд с температурой выше прикрывающей линии, прежде чем возобновить половые сношения.
- После начала нефертильной фазы больше нет необходимости регистрировать температуру. Вы можете прекратить это делать и иметь половые сношения до начала следующей менструации.



Для зачатия

Имейте половые сношения во время фертильных дней.

Базальный термометр и обычный градусник



Метод цервикальной слизи

Вы можете определить свою фертильную фазу, следя за цервикальной слизью.

Простая и аккуратная запись - залог успеха.

Для ведения записей используется целый ряд кодов. Эти коды должны быть не только приемлемы в данном регионе, но и доступны пользователям ЕПС. В некоторых странах используются цветные наклейки или чернильные штампы, для других более удобно разработать нарисованные от руки условные обозначения, в третьих используется комбинация предыдущих двух, когда символы рисуются от руки цветными карандашами. Ниже приведены примеры двух таких систем.

Примеры кодов, используемых для ведения записей о изменениях фертильности



или *

Используйте символ * или красный цвет для обозначения кровотечения.



или С

Используйте букву С или зеленый цвет для обозначения сухих дней.



или M

Используйте букву М в круге или белый цвет для обозначения прозрачной, скользкой фертильной слизи (мукуса).



или M

Используйте букву М или желтый цвет для обозначения липкой, белой, мутной нефертильной слизи (мукуса).



ИНСТРУКТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ

ЕСТЕСТВЕННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

Метод цервикальной слизи (*продолжение*)

Определения

- **Сухие дни:** После окончания менструального кровотечения у большинства женщин в течение одного или нескольких дней наблюдается отсутствие слизи и область влагалища на ощупь сухая. Это так называемые **сухие дни**.
- **Фертильные дни:** Когда перед овуляцией наблюдается любой тип слизи, женщина считается фертильной. При наличии любой слизи, даже если она липкая и пастообразная, возможно также присутствие влажной фертильной слизи в шейке матки, что будет свидетельствовать о начале **фертильных дней**.
- **День пик:** Последний день скользкой и влажной слизи называется **днем пик**, что означает, что овуляция близка или только что произошла.

Для контрацепции

- Поскольку в течение дня слизь может меняться, наблюдайте за ней несколько раз в течение дня. Каждый вечер перед сном определите ваш самый высокий уровень фертильности (см. условные обозначения) и поставьте в карту соответствующий символ.
- Воздержитесь от половых сношений как минимум в течение одного цикла, чтобы определить дни со слизью.
- Избегайте полового акта во время менструации. Эти дни небезопасны; при коротких циклах овуляция может произойти и во время менструации.
- После окончания менструации во время сухих дней можно без опасения иметь половые сношения каждую вторую ночь (**правило чередования сухих дней**). Это позволит не спутать слизь со спермой.

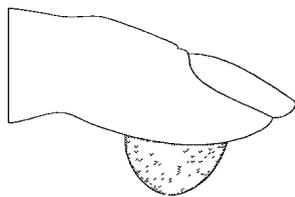


- При появлении **любой** слизи или ощущения влаги во влагалище следует избегать половых сношений. Слизистые дни, особенно дни фертильной слизи, небезопасны (**правило ранней слизи**).
- Отметьте последний день прозрачной, скользкой, тягучей слизи знаком X. Это день пик - наиболее фертильный период.
- После дня пик избегайте половых сношений в течение следующих 3 **сухих** дней и ночей. Эти дни небезопасны (**правило дня пик**).
- Начиная с утра 4-го сухого дня и до начала менструации можно без опасения иметь половые сношения.

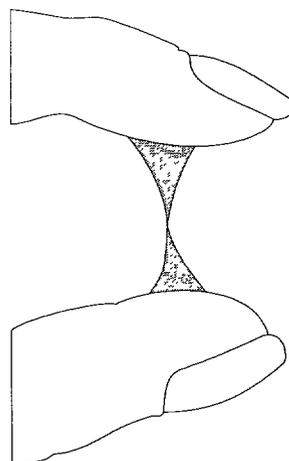
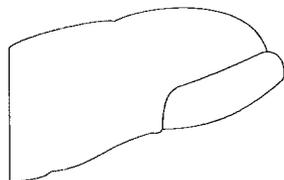
Для зачатия

- Имейте половые сношения в те дни цикла, когда чувствуете, что вагинальные выделения эластичные, влажные и скользкие на ощупь.

Проверка цервикальной слизи



Липкая слизь



Тягучая слизь



ИНСТРУКТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ

ЕСТЕСТВЕННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

Симптомтермальный метод—Вам потребуются инструкции для методов цервикальной слизи и базальной температуры тела.

Вы можете определить свои фертильные дни, следя одновременно за температурой и цервикальной слизью.

- После окончания менструального кровотечения вы можете иметь половые сношения вечером каждого второго сухого дня в течение нефертильного периода до овуляции. Это **правило чередования сухих дней** - то же правило, которое используется в методе цервикальной слизи.
- Фертильная фаза начинается с появлением ощущения влаги во влагалище или любой слизи. Это **правило ранней слизи** - то же правило, которое используется в методе цервикальной слизи. Воздержитесь от половых сношений до окончания фертильной фазы.
- Воздерживайтесь от половых сношений до того, как **правила дня пик** и **изменения температуры** имели место.
- В тех случаях, когда эти правила по-разному определяют конец фертильной фазы, всегда следуйте наиболее консервативному правилу, т.е. тому, которое определяет **наиболее длинную** фертильную фазу.

Нижеследующий пример основан на **заполненной карте базальной температуры тела** (см. выше). Следуя **правилу изменения температуры**, женщина нефертильна после 16-го дня. В то же время, если следовать **правилу дня пик**, она фертильна до 18-го дня. Поэтому она должна следовать более консервативному **правилу дня пик** и не иметь половых сношений до 18-го дня.

Замечание: Если в течение предыдущего цикла применялись **правила дня пик** и **изменения температуры**, вы можете иметь половые сношения в первые 5 дней менструального цикла, начиная с первого дня кровотечения. Это называется **правилом менструации** и гарантирует, что это истинно менструальное, а не вызванное какими-либо другими причинами кровотечение.





ПРЕРЫВАНИЕ (COITUS INTERRUPTUS)

- Для улучшения согласованности своих действий и во избежание недопонимания супругам следует до полового акта обсудить свое намерение использовать прерывание.
- До вступления в половой акт мужчине следует опорожнить мочевой пузырь и вытереть конец пениса для удаления любой спермы, которая могла остаться после предыдущей эякуляции.
- Когда он чувствует, что эякуляция вот-вот произойдет, мужчина должен вывести пенис из влагалища женщины, так чтобы сперма не попала на ее гениталии. (Женщина может ему помочь, отодвинувшись в это время немного назад.)



ИНСТРУКТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ

ТРУБНАЯ ОККЛЮЗИЯ

- Не мочите место операции в течение 2 дней. Возвращайтесь к своим повседневным занятиям постепенно. (Вы должны быть в состоянии восстановить свою обычную активность в течение 7 дней после операции.)
- Воздержитесь от половых сношений в течение 1 недели. Прекратите их, если половой акт вызывает дискомфорт.
- Избегайте поднятия тяжестей и тяжелой работы в течение 1 недели.
- При болях примите 1 или 2 обезболивающие таблетки (ацетаминофен, ибупрофен или парацетамол) каждые 4-6 часов.
- Запишитесь на повторный прием через 7-14 дней после операции.
- Придите в клинику для удаления нормальных неабсорбируемых швов через 1 неделю. (Если швов нет или использовался абсорбируемый шовный материал, то при отсутствии жалоб нет необходимости возвращаться в клинику.)

Общая информация

- Плечевая боль в течение 12-24 часов после лапароскопии является относительно обычным явлением, вызванным наличием газа (СО₂ или воздуха) под диафрагмой (побочное явление пневмоперитонеума).
- Трубная окклюзия эффективна с момента завершения операции.
- Менструации сохраняются такими же, как и раньше. (Если до операции использовался гормональный метод, особенно КОК или КИК, то объем и продолжительность менструаций после операции могут увеличиться.)
- Трубная окклюзия не защищает от ИПП и других ЗППП, включая вирус СПИДа. Если вы или ваш партнер подвержены риску заражения этими заболеваниями, вам следует использовать презервативы после трубной окклюзии.



**НАСТОРАЖИВАЮЩИЕ ПРИЗНАКИ
ДЛЯ ПАЦИЕНТОК,
ПРОШЕДШИХ ТРУБНУЮ ОККЛЮЗИЮ**

- Жар ($> 38^{\circ}\text{C}$)
- Головокружения с обмороком
- Постоянные или нарастающие боли в животе
- Вытекание из раны крови или жидкости
- Признаки или симптомы беременности

Если у вас возникло любое из перечисленных осложнений, обратитесь к врачу или в клинику.



ИНСТРУКТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ

ВАЗЭКТОМИЯ

- Не снимайте повязку в течение 3 дней.
- Не тяните и не чешите рану до ее заживления.
- Вы можете принимать ванну спустя 24 часа после операции, но не давайте ране намокнуть. Спустя 3 дня вы можете мыть эту область водой с мылом.
- Носите суспензорий, не мочите место операции и отдыхайте в течение 2 дней.
- При болях примите 1 или 2 обезболивающие таблетки (ацетаминофен, ибупрофен или парацетамол) каждые 4-6 часов и приложите пакеты со льдом.
- Избегайте поднятия тяжестей и тяжелой работы в течение 3 дней.
- Если не ощущаете дискомфорта, вы можете возобновить половые сношения через 2-3 дня. **Помните о необходимости пользоваться презервативом или другим методом планирования семьи в течение 3 месяцев или до тех пор, пока у вас не будет хотя бы 20 эякуляций.**
- При проведении бескальпельной вазэктомии наложения швов не требуется. Если швы надо удалить, вернитесь через 1 неделю. (Если в операции не использовались швы или применялся абсорбируемый шовный материал, то при отсутствии жалоб нет необходимости возвращаться в клинику.)
- Придите в клинику через 3 месяца для анализа спермы, если вы хотите иметь подтверждение полной эффективности операции.



Общая информация

- Вазэктомия не эффективна в течение первых 3 месяцев после операции или до того как произойдет 20 эякуляций, а также если при рассматривании анализа семенной жидкости под микроскопом в нем наблюдается присутствие спермы.
- Вазэктомия не повлияет на сексуальную деятельность, поскольку яички продолжают нормально функционировать.

- Вазэктомия не защищает от ИППП и других ЗППП, включая вирус СПИДа. Если вы или ваша партнерша подвержены риску заражения этими заболеваниями, вам следует пользоваться презервативами после вазэктомии.

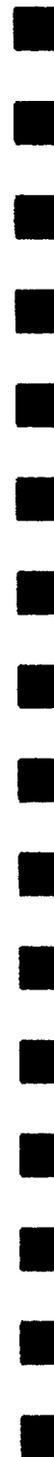
**НАСТОРАЖИВАЮЩИЕ ПРИЗНАКИ
ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ,
ПРОШЕДШИХ ВАЗЭКТОМИЮ**

- Жар ($> 38^{\circ}\text{C}$)
- Вытекание из раны крови или жидкости
- Мошонка очень болезненна или опухла
- У вашей партнерши не было менструации

Если у вас возникло любое из перечисленных осложнений, обратитесь к врачу или в клинику.



ЗАМЕТКИ



ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ

Профилактика инфекций (ПИ) в службах планирования семьи и других учреждениях здравоохранения имеет две главные задачи:

- Предупредить возникновение серьезных послеоперационных инфекций при предоставлении хирургических методов контрацепции (таких как ВМС, инъекционные, имплантаты и добровольная стерилизация)
- Свести к минимуму риск передачи таких серьезных заболеваний, как гепатит В¹ и СПИД, не только для пациентов, но и для обслуживающего персонала и всего штата клиники, включая уборщиц, нянечек и т.п.

Методы профилактики инфекций, описанные в этой главе, предназначены для использования во всех типах медицинских и здравоохранительных учреждений - от крупных городских больниц до маленьких периферийных клиник. Они рассчитаны на то, чтобы снизить стоимость и потребность в дорогом и зачастую требующем очень деликатного обращения оборудовании, гарантируя при этом высокий уровень инфекционной безопасности.

Для дополнительной информации по профилактике инфекций, детальным инструкциям по приготовлению химических растворов и специфическим инструкциям, касающимся современных хирургических методов контрацепции, смотрите *“Руководство по профилактике инфекций для программ планирования семьи”* (Tietjen и др. 1996).

ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ

Рекомендуемые в этой главе меры по профилактике инфекций основаны на следующих принципах:

- Считайте **каждого человека** (пациента или работника клиники) потенциально заразным.

¹ Во всем руководстве при упоминании о гепатите В (ВГВ) подразумеваются также гепатит С (ВГС) и гепатит Дельта (ВГД), так как они так же широко распространены во всем мире и пути их передачи/профилактики аналогичны.

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ

- **Мойте руки;** это наиболее практичная мера, предупреждающая перекрестное заражение (от человека к человеку).
- **Одевайте перчатки** перед тем, как прикоснуться к чему-либо влажному - пораненной коже, слизистым мембранам, крови или другим жидким средам организма (секрециям или экскрециям) - или к загрязненным инструментам и другим предметам.
- **Используйте физические барьеры** (защитные очки, маску и фартук), если возможно разбрызгивание или разлитие **любых** жидких сред организма (секретов и экскреций).
- **Соблюдайте правила безопасности** при выполнении различных процедур, как, например, не одевайте колпачок на уже использованную иглу, не сгибайте иглу перед тем, как ее выбросить, осторожно передавайте острые инструменты и правильно уничтожайте медицинские отходы.
- **Изолируйте пациентов** только в том случае, если секреты (воздушно-капельные) или экскреции (моча или фекалии) не могут быть изолированы².

Наконец, проводите обработку инструментов и других предметов (обеззараживание, мытье, глубокую дезинфекцию или стерилизацию), следуя рекомендуемым мерам по ПИ.

МЫТЬЕ РУК

- Мойте руки до и после осмотра любого пациента (прямого контакта).
- Мойте руки после снятия перчаток, т.к. перчатки могут иметь невидимые повреждения или разрывы.
- Мойте руки после контакта с кровью или любыми другими жидкими средами организма (секрециями и экскрециями), даже если у вас на руках были перчатки.

² К примерам таких пациентов относятся имеющие заразные заболевания (например, туберкулез), которые могут передаваться воздушно-капельным путем, или пациенты, страдающие недержанием мочи или кала. Когда возможно, таких пациентов следует изолировать, чтобы ограничить шансы распространения инфекции.

Опыт показывает, что наиболее эффективный способ привлечь как можно больше людей к мытью рук - это когда **врачи** и другие **высокопоставленные лица** всегда сами моют руки и поощряют других делать то же самое.

Чтобы поощрить мытье рук, заведующие программ планирования семьи должны приложить все усилия, чтобы в их клинике всегда были в наличии мыло, чистая вода (водопроводная или из умывальника) и одноразовые полотенца. (Не вытирайте руки одним и тем же полотенцем более одного раза.)

ХИРУРГИЧЕСКОЕ МЫТЬЕ РУК

Перед тем как приступить к выполнению хирургической процедуры, такой как минолапаротомия или вазэктомия, следует одеть глубоко дезинфицированные или стерильные перчатки. Рекомендуется вымыть руки с использованием раствора, содержащего хлорексидин или йодофор, в течение 3-5 минут. (Установлено, что хлорексидин меньше раздражает кожу, чем йодофор.) В качестве альтернативного варианта хирургический персонал может вымыть руки с обыкновенным мылом, а затем нанести спиртовой раствор, содержащий эмуллиент, и растереть до сухого состояния. (См. ниже о приготовлении спиртового раствора для хирургического мытья рук.)

Нанесение антисептика перед одеванием перчаток уменьшает количество микроорганизмов на руках под перчатками. Это важно, т.к. перчатки могут иметь невидимые повреждения или могут порваться во время операции.

Спиртовой раствор для хирургического мытья рук

Нераздражающий спиртовой раствор для хирургического мытья рук может быть приготовлен путем добавления глицерина, пропиленгликоля или Сорбитола к спирту (2 мл на 100 мл 60-90% спиртового раствора). Используйте 3-5 мл на каждое нанесение и растирайте раствор по рукам в течение 2 минут, используя в целом 6-10 мл на одно мытье рук.

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ

Замечание: Следует избегать повреждений кожи, вызываемых аллергическими реакциями, т.к. они представляют собой идеальное место для размножения микроорганизмов. **Персонал с аллергией на антисептики или моющие вещества может использовать простое мыло с последующим протиранием рук спиртом.**

Принадлежности

- Мыло (простое) или антисептик (предпочтительнее), в зависимости от возможностей медицинского учреждения
- Проточная вода
- Палочка или щеточка для мытья под ногтями
- Мягкая щетка или губка для мытья кожи рук
- Полотенца (операционная должна быть обеспечена стерильными полотенцами)

Подготовка

Для выполнения хирургического мытья рук хирург, операционная сестра или лаборант должны быть одеты в рубашку с короткими рукавами или специальную робу, которая позволит им вымыть локти рук.

Инструкции

ШАГ 1: Снимите все украшения.

ШАГ 2: Отрегулируйте температуру воды до комнатной.

ШАГ 3: Держа кисти рук выше уровня локтей, полностью намочите руки, намыльте их и с помощью щеточки вычистите под каждым ногтем.

ШАГ 4: Начиная с кончиков пальцев, вымойте руки мягкой щеткой или губкой круговыми движениями. Вымойте между всеми пальцами. Мойте от кончиков пальцев к локтю сначала одну руку, а затем другую.

ШАГ 5: Мойте губкой или щеткой в течение 3-5 минут (при использовании спирта налейте его на руки и растирайте в течение 2 минут).

ШАГ 6: Сполосните отдельно каждую руку, начиная с кончиков пальцев и держа кисти рук выше уровня локтей.

ШАГ 7: Вытрите каждую руку отдельным полотенцем, начиная с кончиков пальцев и двигаясь по направлению к локтю. Выбросьте полотенце после использования.

ШАГ 8: До надевания стерильных перчаток (и халата) держите руки выше уровня пояса и ничего не касайтесь.

ШАГ 9: Если вымытые руки во время процедуры коснулись чего-либо “грязного” (нестерильного или глубоко не продезинфицированного), следует повторить шаги с 3-го по 8-й.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ОБРАБОТКА КОЖИ

Хотя кожу невозможно стерилизовать, ее обработка антисептиком позволяет снизить количество микроорганизмов, способных контаминировать операционную рану и вызвать инфекцию. Следует проводить антисептическую обработку кожи перед инъекциями, хирургическими процедурами (например, минилапаротомией) и обработку влагалища перед введением ВМС.

Инструкции по обработке кожи и слизистых оболочек

ШАГ 1: **Не сбривайте волосы** на операционном поле. Бритье увеличивает риск инфекции, т.к. крохотные повреждения кожи создают идеальные условия для роста и размножения микроорганизмов. Если необходимо, **подстригите** волосы близко к коже непосредственно перед операцией.

ШАГ 2: Спросите пациента об **аллергических реакциях** (например, на йод) перед тем, как выбрать антисептический раствор.

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ

ШАГ 3: При видимом загрязнении тщательно **вымойте** кожу или область наружных гениталий пациента водой с мылом перед нанесением антисептика.

ШАГ 4: Нанесите антисептик. Выберите один из рекомендуемых ниже продуктов:

- Спирты: 60-90% изопропиловый, этиловый или метиловый спирт (не используйте на слизистых, таких как влагалище)
- Хлорексидин глюконат 4% (например, Hibitane®, Hibiclens®)
- Хлорексидин глюконат и цетримид, различных концентраций (например, Savlon®)
- Водный или спиртовой раствор йода (1-3%)
- Йодофоры различной концентрации (например, Betadine®)
- Парахлорометаксиленол (РХМК или хлороксилеол) различной концентрации (например, Dettol®)

ШАГ 5: Сухим ГД пинцетом со смоченным в антисептике ватным тампоном аккуратно и тщательно протрите кожу. Двигайтесь от центра к периферии, захватив при этом несколько сантиметров вокруг места операции раны. (Круговые движения помогают предотвратить реконтаминацию операционного поля бактериями кожи).

Замечание: Дайте подействовать антисептику, прежде чем начинать процедуру. Например, при использовании йодофоров необходимо подождать до 2 минут, чтобы произошло высвобождение свободного йода.

Для цервикальной и вагинальной обработки перед введением маточного подъемника во время минопаротомии или введением/удалением ВМС выберите водный раствор антисептика, такой как йодофор или хлорексидин глюконат (например, Hibiclens или Savlon). **Не используйте спирт или спиртосодержащие растворы** (например, йодную настойку). Спирты обжигают; они также сушат и раздражают слизистые, что, в свою очередь, способствует росту микроорганизмов. Выполните **ШАГИ 1-3** (см. выше), затем:

ШАГ 4: После введения зеркал обильно нанесите антисептик вначале на шейку матки (2-3 раза), а затем на влагалище. (Если наружные гениталии выглядят чистыми, нет необходимости их обрабатывать. Если загрязнение сильное, попросите пациентку вымыть их водой с мылом, прежде чем приступить к процедуре.)

Инструкции по обработке кожи для инъекций

Обработка кожи перед инъекциями (например, инъекционных контрацептивов, таких как ДМПА) проводится для удаления как можно большего количества микроорганизмов с кожи пациентки с целью предотвращения поверхностного инфицирования места инъекции или возможного абсцесса.

Шаги по подготовке кожи перед инъекцией

ШАГ 1: Перед обработкой кожи антисептиком убедитесь, что с предполагаемой области инъекции удалена вся видимая грязь.

ШАГ 2: Чистым ватным тампоном, смоченным в антисептике, протрите место инъекции круговыми перекрывающимися движениями, начиная от центра.

ПЕРЧАТКИ

Используйте перчатки:

- Когда выполняете процедуру в клинике или операционной
- Когда обращаетесь с загрязненными инструментами, перчатками и другими предметами
- Когда выбрасываете зараженные отходы (вату, марлю или повязки)

Одевайте новую пару перчаток при осмотре каждого нового пациента, чтобы избежать перекрестного заражения.

Одноразовые перчатки более предпочтительны, однако, если ресурсы ограничены, можно использовать хирургические перчатки, если они:

- обеззаражены путем замачивания в 0,5% хлорном растворе на 10 минут,
- вымыты и сполоснуты, и
- стерилизованы (в автоклаве) или глубоко дезинфицированы (на пару или кипячением).

КТО ПОЛУЧАЕТ СЛУЧАЙНЫЕ УКОЛЫ ИГЛОЙ

Если вы небрежно обращаетесь с иглами, случайные уколы неизбежны.

- **Хирурги** очень часто получают уколы иглой в операционной, случайно уколов себя во время наложения швов.
- **Медсестры** очень часто получают уколы иглой в больницах, случайно уколов себя во время обращения с подкожными (гиподермальными) иглами или будучи случайно уколотыми хирургом.
- **Моющий персонал** (занимающийся обработкой загрязненных инструментов) часто получает уколы иглой во время их обработки.
- **Уборщицы** очень часто получают уколы иглой во время удаления зараженных отходов.

ПРАВИЛА ОБРАЩЕНИЯ С ПОДКОЖНЫМИ ИГЛАМИ, НОЖНИЦАМИ И ДРУГИМИ ОСТРЫМИ ПРЕДМЕТАМИ

В операционной:

- Используйте кювету (т.н. безопасную зону) для переноса и передачи острых предметов (например, передавайте хирургические иглы в иглодержателе).
- Не оставляйте острых предметов нигде, кроме как в безопасной зоне (т.е. в кювете).
- Предупреждайте других работников, прежде чем передать острые предметы.

Советы по безопасному обращению с подкожными иглами и шприцами

- Используйте каждую иглу и шприц только один раз.
- **Не разбирайте иглу и шприц после использования.**

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ

Таблица 11. Требования к перчаткам во время выполнения различных процедур в службах по планированию семьи

МЕРОПРИЯТИЯ	НУЖНЫ	ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ^a	ПРИЕМЛЕМО
Измерение давления	Нет		
Измерение температуры	Нет		
Инъекции	Нет		
Забор крови	Да	Осмотровые ^b	ГД хирургич.
Газовый осмотр	Да	Осмотровые	ГД хирургич.
Введение ВМС (загруженной в стерильную упаковку и вводимой по методу "без касания")	Да	Осмотровые	ГД хирургич.
Удаление ВМС (по методу "без касания")	Да	Осмотровые	ГД хирургич.
Вшивание/удаление имплантатов Норпланта	Да	Стерильные хирургические ^d	ГД хирургич.
Операция (минилапаротомия, лапароскопия, вазэктомия)	Да	Стерильные хирургические ^d	ГД хирургич.
МВА (по методу "без касания")	Да	Осмотровые	ГД хирургич.
Обращение и мытье инструментов	Да	Хозяйственные	Осмотровые или хирургич. ^e
Обращение с зараженными отходами	Да	Хозяйственные	Осмотровые или хирургич. ^e
Уборка разлитой крови или жидких сред организма	Да	Хозяйственные	Осмотровые или хирургич. ^e

^a Хотя стерильные перчатки можно применять во время любой хирургической процедуры, они не всегда требуются. Иногда предпочтительнее ГД или осмотровые перчатки, т.к. они не только так же безопасны, но и дешевле.

^b Это включает новые (не использовавшиеся ранее) индивидуально или в коробке упакованные перчатки (при условии правильного хранения коробок).

^c Если ВМС поставляются в больших упаковках (например, Петля Липпеса), они должны быть химически стерилизованы или ГД перед введением.

^d Когда оборудование для стерилизации (автоклав) отсутствует, единственной приемлемой альтернативой является ГД.

^e Повторно обработанные хирургические перчатки.

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ

- Не одевайте колпачок, не гните и не ломайте иглу, перед тем как ее выбросить³.
- Обеззараживайте иглы и шприцы, перед тем как их выбросить.
- Выбрасывайте иглы и шприцы в непротыкаемый контейнер.
- Сжигайте гиподермические иглы, чтобы исключить любую возможность их повторного использования.

КАК НАБИРАТЬ ЛЕКАРСТВО ИЗ МНОГОДОЗОВОГО ПУЗЫРЬКА

- Протрите верхнюю часть пузырька ватным тампоном, смоченным в 60-90% спирте или другом имеющемся дезинфектанте. Дайте высохнуть.
- Если используете новые одноразовые иглу и шприц, откройте стерильный пакет.
- Если используете стерилизованные или ГД иглу и шприц, выньте их из закрытого контейнера стерилизованными или ГД щипцами.

Никогда не используйте шприц для более чем одной инъекции. Исследования показывают, что замена **только** иглы, а не шприца с иглой между пациентами может привести к передаче вируса гепатита В и, вероятно, ВИЧ/СПИДа.

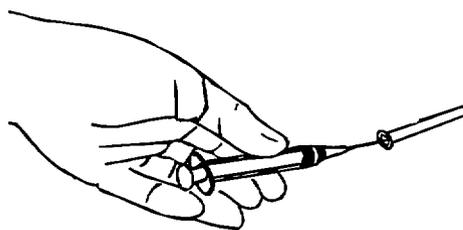
- Оденьте иглу на шприц, держа ее за основание, а шприц за цилиндр.
- Переверните пузырек с лекарством вверх дном и наберите жидкость в шприц, используя ту же иглу, что и для инъекции.
- Вытащите иглу из пузырька.

³ Там, где нет одноразовых игл и после использования иглы на нее повторно надевается колпачок, следуйте при этом так называемому методу одной руки:

- Во-первых, положите колпачок на твердую плоскую поверхность; затем уберите руку.
- Далее, используя только одну руку, возьмите шприц и подцепите иглой колпачок.
- Наконец, когда колпачок полностью закроет иглу, возьмите иглу за основание и другой рукой закрепите колпачок на игле.

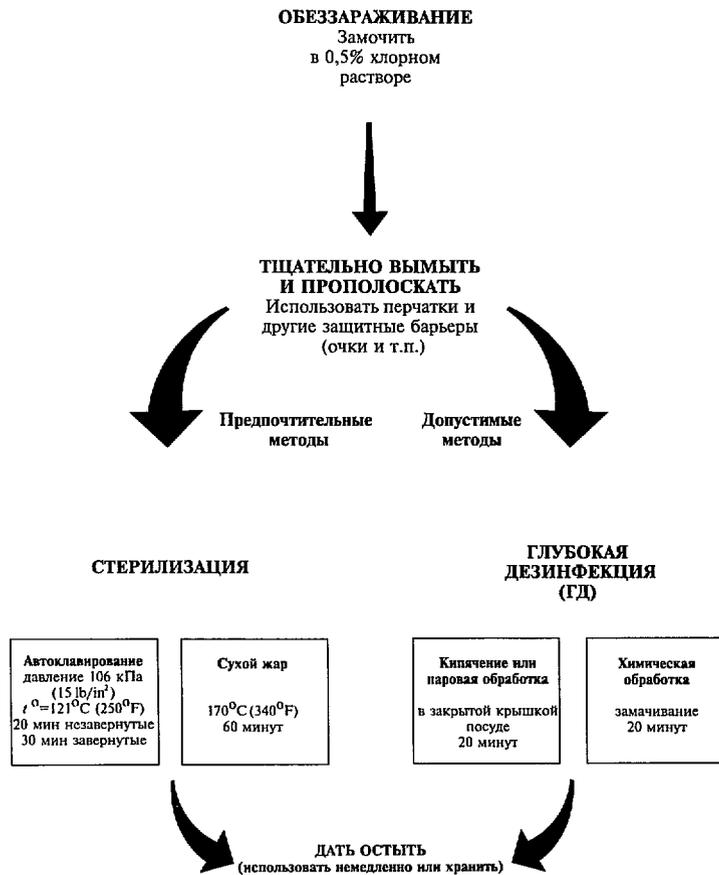
Не оставляйте иглу вставленной в резиновую пробку многодозового пузырька. Это очень **опасная** привычка, которая может привести к попаданию бактерии в пузырек и заражению лекарства между заборами дозы.

Рисунок 11. Повторное надевание колпачка на иглу методом одной руки



ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ

Рисунок 12. Основные этапы обработки зараженных инструментов и других предметов



ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЕ

Обеззараживание делает более безопасным обращение с предметами до их мытья. Оно является первым этапом обработки загрязненных хирургических инструментов и других предметов.

- Сразу после использования опустите инструменты и другие предметы в 0,5% хлорный раствор на 10 минут. Эта процедура быстро дезактивирует ВГВ и ВИЧ.
- Сразу после обеззараживания инструменты надо прополоскать прохладной водой, чтобы предотвратить коррозию и удалить видимые органические вещества до тщательного мытья инструментов.
- Большие поверхности (особенно процедурные столы), которые могли соприкоснуться с жидкими средами организма, также должны быть обеззаражены. При наличии видимого загрязнения или, по крайней мере, раз в день их нужно протереть подходящим дезинфектантом, таким как 0,5% хлорный раствор, до повторного использования; это является недорогим и несложным способом обеззараживания больших поверхностей.

ИНСТРУКЦИИ ПО ПРИГОТОВЛЕНИЮ РАЗВЕДЕННЫХ ХЛОРНЫХ РАСТВОРОВ

Формула для приготовления разведенного раствора из концентрированного

$$\text{Всего частей (ВЧ) (H}_2\text{O)} = \left[\frac{\% \text{ концентрата}}{\% \text{ раствора}} \right] - 1$$

Пример: Приготовьте разведенный раствор (0,1%) из 5% концентрированного раствора.

1. Рассчитайте ВЧ (H₂O) = $\left[\frac{5,0\%}{0,1\%} \right] - 1 = 50 - 1 = 49$

2. Возьмите 1 часть концентрированного раствора и добавьте к 49 частям кипяченой (профильтрованной, если необходимо) воды.

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ

Формула для приготовления выделяющих хлор растворов из сухих порошков

$$\text{Грамм/литр} = \left[\frac{\% \text{ раствора}}{\% \text{ концентрата}} \right] \times 1000$$

Пример: Приготовьте разведенный хлорный раствор (0,5%) из концентрированного порошка (35%).

1. Рассчитайте

$$\text{грамм/литры} = \left[\frac{0,5\%}{35\%} \right] \times 1000 = 14,2 \text{ г/л}$$

2. Добавьте 14,2 грамма (14 г) к 1 литру воды.

МЫТЬЕ ИНСТРУМЕНТОВ И ДРУГИХ ПРЕДМЕТОВ

Мытье инструментов важно потому, что:

- Это наиболее эффективный способ снизить количество микроорганизмов на загрязненных инструментах и оборудовании. (Мытье уничтожает вплоть до 80% болезнетворных микробов - см. **Таблицу 12.**)
- Ни стерилизация, ни глубокая дезинфекция не будут эффективны без предварительного мытья.

Мытье также является наилучшим способом снизить количество эндоспор, вызывающих столбняк и гангрену. При отсутствии оборудования для стерилизации тщательное мытье - это единственная возможность эффективно снизить число эндоспор.

Таблица 12. Эффективность различных методов обработки инструментов

	Эффективность (удаление или инактивация микробов)	Продолжительность
Обеззараживание	Убивает ВГВ и ВИЧ	Замачивание на 10 минут
Мытье (только водой)	Вплоть до 50%	До видимой чистоты
Мытье (с мылом и ополаскивание водой)	Вплоть до 80%	До видимой чистоты
Стерилизация ^a	100%	Пар под высоким давлением (автоклав), сухой жар или химикаты (см. ниже)
Глубокая дезинфекция ^a	95% (не инактивирует некоторые эндоспоры)	Кипячение, пар или химикаты (см. ниже)

^a Требуется предварительное обеззараживание и тщательное мытье.

СТАНДАРТНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОВЕДЕНИЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ ПАРОМ ПОД ВЫСОКИМ ДАВЛЕНИЕМ (В АВТОКЛАВЕ) ИЛИ СУХИМ ЖАРОМ (В ПЕЧИ)

Паровая стерилизация

- 121°C (250°F)
- давление 106 кПа (15 lb/in² [фунт/кв. дюйм])
- 20 минут для незавернутых предметов; 30 минут для завернутых предметов

Замечание: Установка давления (в кПа или lb/in²) может немного варьировать в зависимости от используемого стерилизатора. По возможности всегда следуйте инструкциям изготовителя.

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ

Не перегружайте стерилизатор. (Оставьте по крайней мере 7,5 см между пакетами и стенами стерилизатора. Перегрузка изменяет циркуляцию тепла и увеличивает время, необходимое для стерилизации.)

Дайте всем предметам высохнуть до того, как вынуть их из стерилизатора.

Стерилизация сухим жаром

- 170°C (340°F)
- 1 час (полное время цикла не менее 2-2,5 часов: загрузка инструментов в печь, нагрев до 170°C, отсчет 1 часа и затем охлаждение)

или

- 160°C (320°F)
- 2 часа (полное время цикла не менее 3-3,5 часов)
- Идеальный способ обработки инструментов с режущими краями и других острых предметов (таких как ножницы, лезвия скальпеля, иглы)

Отсчет времени начинается только после того, как температура в печи достигнет положенного уровня.

Эндоскопы (лапароскопы) и другие инструменты, которые можно повредить нагреванием, должны быть стерилизованы или глубоко дезинфицированы **только** путем замачивания в химикате (см. следующий раздел).

Химическая стерилизация

Альтернативным вариантом паровой стерилизации или стерилизации сухим жаром является химическая стерилизация путем замачивания на 8-10 часов в глютаральдегиде или в течение, по крайней мере, 24 часов в 8% формальдегиде. Глютаральдегиды, такие как Cidex®, часто бывают дефицитным и дорогостоящим товаром, но только они и формальдегиды являются единственными практичными жидкими стерилизаторами, используемыми для инструментов, которые нельзя нагревать (например, лапароскопа). Поскольку глютаральдегиды и формальдегиды требуют специального обращения с ними и оставляют осадок на обработанных инструментах, предпочтительнее ополаскивать все предметы

стерильной водой (которая может быть приготовлена только автоклавированием. Поскольку кипячение не инактивирует достаточно надежно все эндоспоры, использование кипяченой воды может привести к заражению инструментов.)

Хотя формальдегид немного дешевле глутаральдегида, он больше раздражает кожу, глаза и дыхательные пути. При обращении как с формальдегидом, так и глутаральдегидом необходимо иметь на руках перчатки, защитить глаза, ограничить время нахождения под воздействием химиката и работать только в хорошо вентилируемом помещении.

ГЛУБОКАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ ИНСТРУМЕНТОВ И ДРУГИХ ПРЕДМЕТОВ

Глубокая дезинфекция кипячением

Отсчет времени надо начать только после того, как вода закипела (бурлящее кипение). Используйте глубоко продезинфицированные инструменты немедленно или храните в закрытом ГД контейнере не более 1 недели.

Советы по проведению кипячения

- Всегда кипятите в течение 20 минут в закрытом крышкой контейнере.
- Начните отсчет времени только после того, как вода закипела.
- Все предметы должны находиться полностью под водой во время кипячения.
- Не добавляйте ничего в контейнер после того, как вода начала кипеть.
- Высушите инструменты на воздухе в ГД контейнере до их использования или хранения.

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ

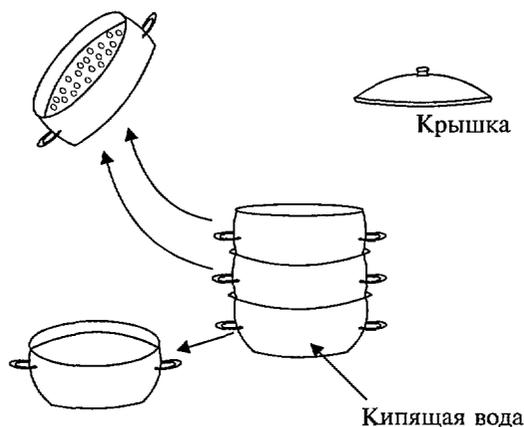
Глубокая дезинфекция паром

Кладите только чистые и сухие предметы (например, хирургические перчатки) в паровой барабан. Начните отсчет времени только после того, как пар начнет выходить между поддонами и из-под крышки. Высушите ГД предметы на воздухе в чистой части комнаты. Используйте ГД инструменты немедленно или храните в закрытом сухом ГД контейнере не более 1 недели.

Советы по проведению глубокой дезинфекции паром

- Всегда обрабатывайте паром в течение 20 минут в закрытом крышкой паровом барабане.
- Уменьшите огонь, чтобы продолжалось бурлящее кипение.
- Начните отсчет времени только после того, как пар начал выходить между поддонами и крышкой.
- Не используйте более 3 поддонов.
- Высушите инструменты на воздухе в паровом барабане или ГД контейнере до их использования или хранения.

Рисунок 13. Паровой барабан для ГД



Химическая глубокая дезинфекция

Во всем мире имеется целый ряд химикатов для глубокой дезинфекции, включая:

- 0,1% хлорный раствор (sodium hypochlorite)⁴
- 8% формальдегид (Formalin)⁵
- 2% глютаральдегиды

Хотя **спирты** (60-90%), **йод** и **йодофоры** дешевы и широко доступны, они более не относятся к глубоким дезинфектантам. Их можно использовать для дезинфекции **только** тогда, когда глубокие дезинфектанты отсутствуют или неприемлемы.

Советы по проведению химической ГД

- После обеззараживания тщательно вымойте и высушите все инструменты и предметы.
- Все предметы должны быть полностью закрыты химическим раствором правильной концентрации (дезинфектант должен храниться в соответствующих условиях).
- Замочите на 20 минут.
- Тщательно прополощите все предметы кипяченой водой и высушите на воздухе.
- Храните не более 1 недели в закрытом ГД контейнере или используйте немедленно.
- Для приготовления ГД контейнера прокипятите (если контейнер небольшой) или наполните 0,5% хлорным раствором и оставьте на 20 минут. (Хлорный раствор после этого можно перелить в пластмассовый контейнер и использовать повторно.) Тщательно сполосните контейнер внутри кипяченой водой. Высушите на воздухе перед использованием.

⁴ Используйте жидкий концентрированный отбеливатель (sodium hypochlorite), разбавленный кипяченой водой (профильтрованной, если необходимо) для приготовления 0,1% раствора.

⁵ Для приготовления разбавленного (8%) раствора из концентрированного рекомендуется использовать кипяченую воду (профильтрованную, если необходимо).

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ

УНИЧТОЖЕНИЕ ОТХОДОВ

Цель уничтожения отходов состоит в:

- предотвращении инфицирования обслуживающего персонала клиники, занимающегося удалением отходов,
- предотвращении распространения инфекции среди местного населения,
- предохранении тех, кто занимается удалением отходов, от случайных ранений.

Медицинские отходы могут быть незараженными и зараженными. Незараженные отходы (например, документация, коробки и т.п.) не представляют собой никакой опасности и могут быть выброшены согласно местным руководствам. Правильное обращение с зараженными (содержащими кровь или другие жидкие среды организма) отходами необходимо для минимизации риска распространения инфекции на клинический персонал и местное население. Правильное обращение подразумевает:

- Ношение хозяйственных перчаток
- Перенос твердых зараженных отходов к месту уничтожения в закрытых контейнерах
- Выброс всех острых предметов в непротыкаемый контейнер
- Аккуратный слив жидких отходов в туалет или канализацию
- Сжигание или захоронение всех твердых зараженных отходов
- Мытье рук, перчаток и контейнера после уничтожения зараженных отходов

ЗППП и ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

С того момента, как понятие “Заболевание, передаваемое половым путем (ЗППП)”, было впервые сформулировано, спектр включенных в эту категорию заболеваний значительно расширился. На сегодняшний день известны более 20 микроорганизмов, передаваемых во время полового акта. Осложнения, сопровождающие ЗППП и особенно ВЗОТ, представляют собой огромную проблему для системы народного здравоохранения. Кроме этого, вероятность передачи вируса гепатита В и СПИДа возрастает при наличии язвенных генитальных заболеваний и, возможно, вагинита и цервицита.

Чтобы адресовать эту проблему народного здравоохранения и помочь громадному числу пациентов, необходимо наличие простых и экономичных программ диагностики и лечения ЗППП. Поскольку услуги венерических диспансеров и служб по планированию семьи (ПС) в значительной мере перекрываются, очень важно проводить скрининг на ЗППП пациентов, получающих контрацептивные услуги. ЗППП часто встречаются у пациентов служб ПС, особенно у лиц из определенных групп повышенного риска (например, у пациентов, имеющих более одного полового партнера).

К основным связующим звеньям между венерическими диспансерами и службами по планированию семьи относятся:

- профилактика и
- скрининг пациентов.

ПРОФИЛАКТИКА

Очень важно проинформировать всех пациентов о:

- так называемом поведении высокого риска, а также
- защитных свойствах презерватива (и ограниченной эффективности диафрагмы и спермицидов).

Кроме этого, если у пациента обнаружено ЗППП, рекомендуется одновременно обследовать и лечить и его/ее партнера(-ов).

ЗППП и планирование семьи

СКРИНИНГ ПАЦИЕНТОВ

Поскольку полное обследование (включая микроскопическое и серологическое исследования) всех пациентов служб по ПС обычно не представляется возможным, надо, по крайней мере, оценить риск заражения ЗППП у всех пациентов. Для проведения эффективного скрининга не нужно заполнять очень сложные протоколы или делать дорогостоящие лабораторные анализы. Для этого обслуживающий персонал должен:

- знать, какое поведение считается поведением высокого риска,
- знать признаки и симптомы ЗППП,
- знать, какие ЗППП особенно распространены среди данного населения, а также
- тщательно оценивать тех пациентов, у которых подозревается ЗППП исходя из их анамнеза или физического осмотра.

Скрининг на ЗППП должен включать следующие вопросы:

- Есть ли у вас вагинальные выделения?
- Были ли у вас за последний год какие-либо половые расстройства, как, например, вагинальные выделения, язвы или кожные поражения на половых органах?
- Проходил ли ваш половой партнер лечение какой-либо проблемы полового тракта, как, например, выделений (течи) из пениса или опухоли паховых желез, за последние 3 месяца? Каких заболеваний?
- Знаете ли вы, есть ли у вашего полового партнера другие половые партнеры?
- Ставит ли вас или вашего партнера работа под угрозу заражения ЗППП (например, профессия водителя, военного)?
- Было ли у вас больше одного полового партнера за последние 2 месяца?
- Подозреваете ли вы у себя ЗППП?

ЧТО ТАКОЕ ИПП?

- ИПП - это **инфекции половых путей**, вызываемые небольшим числом микроорганизмов (бактерий, вирусов и грибков), которые обычно передаются половым путем.

- Большинство ЗППП являются ИПП, хотя некоторые ЗППП, такие как гепатит В и СПИД (которые главным, но не единственным образом передаются половым путем), также являются системными заболеваниями.
- Большинство ИПП (например, гонорея, сифилис) поддаются лечению. Все они могут быть предупреждены; если предупредить их не удалось, ранняя диагностика и лечение снижают вероятность развития серьезных осложнений, таких как бесплодие, у мужчин и женщин.

ИПП представляют собой значительную проблему

ИПП почти так же широко распространены, как и малярия: более 250 миллионов новых случаев в год.

Последствия невылеченных ИПП ужасны; к ним относятся:

- Внематочная беременность (у женщин, имеющих ВЗОТ в анамнезе, риск повышается в 7-10 раз)
- Повышенный риск рака шейки матки
- Хронические абдоминальные боли (у 18% женщин, имеющих ВЗОТ в анамнезе)
- Бесплодие:
 - у 20-40% мужчин с невылеченной хламидией или гонореей
 - у 55-85% женщин с невылеченным ВЗОТ (у 8-20% женщин с невылеченной гонореей развивается ВЗОТ)
- Повышенный риск заражения ВГВ и ВИЧ/СПИДом.

Кроме этого, во время родов новорожденные младенцы могут заразиться приводящей к слепоте инфекцией глаз и пневмонией, получить поражения центральной нервной системы или умереть в результате ИПП или ЗППП.

В виду огромных проблем со здоровьем, создаваемых передаваемыми половым путем ИПП и умноженных ограниченными во многих странах ресурсами, снижение числа случаев ИПП представляется нереальным. Более реалистичной целью будет снижение числа осложнений ИПП, таких как ВЗОТ и женское и мужское бесплодие, и уменьшение передачи ВГВ и ВИЧ/СПИДа.

ЗППП и ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

- В первичных лечебных заведениях диагностика обычно полагается исключительно на клинические находки (признаки/симптомы) или оценку риска заражения.
- Во вторичных (более высокого уровня) лечебных заведениях, где есть возможность сделать тазовый осмотр, а также микроскопические и простые лабораторные исследования, лечение наиболее распространенных ЗППП часто проводится с большей аккуратностью.

В данной главе обобщены клинические признаки наиболее часто встречающихся ИПП. Следующая ниже таблица призвана помочь врачу в определении причин различных проблем пациентов и содержит конкретную информацию о клинических находках, диагностике и лечении ИПП. **Перед использованием все лечебные режимы должны быть изучены и адаптированы к местным условиям, если это необходимо.**



ЗАМЕТКИ



ЗППП и ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

ИПП	КЛИНИЧЕСКИЕ НАХОДКИ (признаки/симптомы)
Вагинальные/уретральные выделения	
Бактериальный вагиноз	Вагинальные выделения сероватого цвета с рыбьим запахом Передается не только половым путем
Дрожжевая инфекция (кандидоз)	Женщины <ul style="list-style-type: none">• Творожистые вагинальные выделения беловатого цвета• Умеренный до сильного вагинальный или вульварный зуд Мужчины <ul style="list-style-type: none">• Зудящее воспаление пениса (баланит) Часто передается неполовым путем

ДИАГНОЗ	ЛЕЧЕНИЕ ¹
<p>> 20% "клейких клеток" (клеток вагинального эпителия, покрытых бактериями) на влажном мазке (или окрашеном по Граму); повышенная вагинальная рН (>5) и рыбий запах</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Metronidazole, 400-500 мг орально дважды в день в течение 7 дней • Metronidazole, 2 грамма орально, одноразовая доза <p>Если беременная женщина нуждается в лечении:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clindamycin, 300 мг орально дважды в день в течение 7 дней
<p>Предположительный диагноз ставится на основании симптомов; подтвержденный микроскопическим исследованием солевого или КОН влажного препарата</p>	<p>Для женщин:</p> <p>Вагинально: введение антифунгальных препаратов во влагалище в соответствии с инструкцией (например, 2 Nystatin суппозитория, содержащих по 100 000 единиц каждый, каждый вечер в течение 14 дней; Miconazole, 200 мг каждый вечер в течение 3 дней)</p> <p>Вульварно: антифунгальный крем, мазь или жидкость наносятся на в день в течение 10 дней</p> <p>Вместо этого можно обрабатывать влагалище 1% водным раствором генциан виолета. Следует убедить пациентку продолжать лечение как минимум в течение 1 недели.</p> <p>У мужчин с кандидозным баланитом рекомендуется местная обработка раствором генциан виолета или нистатиновым кремом.</p>

¹ Лечебные режимы базируются на: Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). 1994. *Лечение заболеваний, передаваемых половым путем*. ВОЗ: Женева.

ЗППП и ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

ИПП	КЛИНИЧЕСКИЕ НАХОДКИ (признаки/симптомы)
Вагинальные/уретральные выделения (продолжение)	
Трихомониаз	<p>Может иметь скудную симптоматику у обоих полов.</p> <p>Женщины</p> <ul style="list-style-type: none"> • часто имеют пенистые, зловонные зеленоватые вагинальные выделения • интенсивный зуд <p>Мужчины могут иметь выделения из уретры.</p>
Гонорея	<p>Женщины</p> <ul style="list-style-type: none"> • Гнойные (со слизью) вагинальные выделения • Боль (или жжение) при мочеиспускании (дизурия) • Воспаленная (красная и болезненная) уретра <p>На начальных стадиях 70% женщин бессимптомны.</p> <p>Без лечения может привести к:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфекции органов таза (ВЗОТ), • бесплодию в результате трубной непроходимости или • повышенному риску эктопической беременности (рубцы на трубах). <p>Мужчины</p> <ul style="list-style-type: none"> • Боль или жжение при мочеиспускании (дизурия) • Гнойные (со слизью) выделения из уретры (течь) <p>Без лечения может привести к:</p> <ul style="list-style-type: none"> • эпидидимиту (воспалению придатка яичка), • абсцессу или сужению (стриктуре) уретры или • бесплодию (блокирование эпидидимиса).

ДИАГНОЗ	ЛЕЧЕНИЕ ¹
<p>У обоих полов диагноз ставится без труда путем наблюдения под микроскопом виляющего движения паразита в солевом влажном препарате</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Metronidazole, 2 г однократно орально (8 таблеток по 250 мг каждая) <p>Альтернативы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metronidazole, 400-500 мг орально дважды в день в течение 7 дней <p>Иногда требуется повторный курс через 14 дней (особенно у мужчин).</p> <p>Эффективность лечения составляет 82-88%, но возможно увеличение до 95%, если оба партнера лечатся одновременно.</p>
<p>Женщины: 40-60% имеют Грам-негативные интрацеллюлярные диплококки (ГНИД) при окрашивании вагинального мазка по Граму</p> <p>Мужчины: До 98% положительных ГНИД при окрашивании уретрального мазка по Граму</p>	<p>Оральные режимы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciprofloxacin, 500 мг однократно орально • Cefixime, 400 мг однократно орально <p>Альтернативы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trimethoprim, 80 мг/sulfamethoxazole, 400 мг, 10 таблеток в день в течение 3 дней <p>Внутримышечные режимы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxone, 250 мг • Spectinomycin, 2 г <p>Альтернативы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kanamycin, 2 г

ЗППП и ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

ИПП	КЛИНИЧЕСКИЕ НАХОДКИ (признаки/симптомы)
Вагинальные/уретральные выделения (продолжение)	
Хламидия	<p>Женщины: Симптомов мало, даже при инфицировании верхних половых путей ("молчащее ВЗОТ"); при осмотре - гнойные вагинальные или цервикальные выделения, часто "мясистая", красная, легко кровоточащая шейка</p> <p>Мужчины: Наиболее частая причина (50%) негонеомокковых уретритов (НГУ)</p>
Язвы и припухлости гениталий	
Шанкرويد (мягкий шанкр)	<p>Болезненные "грязные" язвы, расположенные в любом месте на наружных половых органах</p> <p>В 25-60% случаев имеется увеличение пахового лимфоузла.</p> <p>Наиболее частая причина генитальных язв во многих странах.</p>

ДИАГНОЗ	ЛЕЧЕНИЕ ¹
<p>Предположительный диагноз базируется на слизисто-гнойной и/или хрупкой (легко кровоточащей) шейке и отрицательных ГНИД</p> <p>Окончательный диагноз на основе серологических анализов или культуры</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Doxycycline, 100 мг орально дважды в день в течение 7 дней или • Tetracycline, 500 мг орально 4 раза в день в течение 7 дней <p>Как альтернатива и в</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erythromycin, 500 мг орально 4 раза в день в течение 7 дней^a • Sulfafurazole, 500 мг орально 4 раза в день в течение 10 дней
<p>Предположительный диагноз обычно базируется на клинической картине (сифилитические шанкры обычно безболезненны) и негативном микроскопическом исследовании в темном поле или серологии (РБП или VDRL).</p> <p>В некоторых случаях диагноз можно подтвердить, если видны бактерии (Грам-негативные цепочки коккобацилл - так называемый "рыбий косяк").</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Erythromycin, 500 мг орально 3 раза в день в течение 7 дней <p>Альтернативы:</p> <p>Оральные режимы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciprofloxacin, 500 мг орально, однократная доза • Trimethoprim, 80 мг/sulfamethoxazole, 400 мг, 2 таблетки орально дважды в день в течение 7 дней <p>Внутримышечные режимы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxone, 250 мг ВМ инъекцией, однократная доза • Spectinomycin, 2 г ВМ инъекцией, однократная доза

^a Беременные женщины могут принимать только erythromycin ethylsuccinate, но не estolate.

ЗППП и ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

ИПП	КЛИНИЧЕСКИЕ НАХОДКИ (признаки/симптомы)
Язвы и припухлости гениталий (продолжение)	
Сифилис	<p>Существует в 2 формах - ранней (первичной и вторичной) и поздней.</p> <p>Ранний сифилис:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Вначале безболезненная язва (шанкр) у женщин на наружных половых органах, у мужчин на половом члене; а также увеличенные лимфоузлы • Затем (через несколько месяцев) незудящая сыпь на теле <p>И сыпь, и язвы исчезают внезапно.</p> <p>Поздний сифилис развивается в 25% нелеченных случаев и часто смертелен из-за поражения сердца, крупных сосудов и мозга.</p>
Лимфогранулема венерическая (ЛГВ)	<ul style="list-style-type: none"> • Небольшие, часто безболезненные папулы (похожие на прыщики) на половом члене или вульве, впоследствии развивается • припухлость в паховой области, которая вскрывается, образуя многочисленные фистулы (сочащиеся ранки) <p>Если не лечить, может возникнуть блокада лимфатической системы, ведущая к слоновости (отек гениталий или конечностей).</p>

ДИАГНОЗ	ЛЕЧЕНИЕ ¹
<p>Окончательный диагноз ставится по результатам микроскопии секрций первичного или вторичного элемента в темном поле или по результатам серологии (РБП или VDRL) в сомнительных случаях или когда симптомы/признаки отсутствуют (латентный период).</p>	<p>Ранний: Benzathine penicillin G, 2,4 млн. ед. однократно ВМ инъекцией</p> <p>Альтернатива:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aqueous procaine benzathine penicillin G, 1,2 млн. ед. ежедневно ВМ инъекцией в течение 10 дней <p>В случае аллергии на пенициллин:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tetracycline, 500 мг орально 4 раза в день в течение 15 дней • Doxycycline, 100 мг орально дважды в день в течение 15 дней <p>Поздний: Benzathine penicillin G, 2,4 млн. ед. один раз в неделю ВМ инъекцией в течение 3 недель</p> <p>Альтернатива:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aqueous procaine benzathine penicillin G, 1,2 млн. ед. ежедневно ВМ инъекцией в течение 20 дней
<p>Клинические находки могут быть не очень полезны.</p> <p>Микроскопическая диагностика основывается на наличии включений в белых клетках крови (ПМН) в аспирате из припухлости.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Doxycycline, 100 мг орально дважды в день в течение 14 дней • Tetracycline, 500 мг орально 4 раза в день в течение 14 дней <p>Альтернативы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erythromycin, 500 мг орально 4 раза в день в течение 14 дней • Sulfafurazine, 1 грамм орально 4 раза в день в течение 14 дней <p>Некоторым пациентам может потребоваться более длительный курс лечения.</p>

ЗППП и ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

ИПП	КЛИНИЧЕСКИЕ НАХОДКИ (признаки/симптомы)
Язвы и припухлости гениталий (продолжение)	
Паховая гранулема (Donovanosis)	Редко встречающаяся язвенная форма ИПП Обычно у инфицированного человека возникают подкожные припухлости, которые, прорываясь, образуют кроваво-красные безболезненные язвы.
Генитальный герпес	Множественные болезненные кратерообразные язвы, которые проходят через 2-4 недели (первый приступ) и могут сопровождаться водянистыми вагинальными выделениями у женщин; повторные (множественные приступы) имеют место в более 50% случаев

ДИАГНОЗ	ЛЕЧЕНИЕ ¹
<p>Диагноз базируется на обнаружении внутриклеточных телец Донована в мазке из перинеальных или паховых припухлостей, окрашенных по Гимзе.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trimethoprim, 80 мг/sulfamethoxazole, 400 мг, 2 таблетки орально дважды в день в течение 14 дней <p>Альтернатива:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tetracycline, 500 мг орально 4 раза в день в течение 10 дней
<p>Предположительный диагноз по признакам и симптомам, а зачастую и методом исключения</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acyclovir, 200 мг орально 5 раз в день в течение 7 дней <p>Инструкции пациенту:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Содержать ранки чистыми. • Мыть пораженные участки водой с мылом и тщательно высушивать. • Избегать половых контактов, пока есть ранки. • Использовать презерватив (мужской или женский) после их заживления. <p>При вторичном инфицировании ранок лечить в течение 5 дней trimethoprim, 80 мг/sulfamethoxazole, 400 мг, 2 таблетки орально дважды в день.</p>

ЗППП и ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

ИПП	КЛИНИЧЕСКИЕ НАХОДКИ (признаки/симптомы)
Язвы и припухлости гениталий (продолжение)	
Генитальные бородавки (condyloma acuminata)	Одиночные или множественные мягкие, безболезненные, напоминающие цветную капусту разрастания, которые появляются вокруг анального отверстия, вульво-вагинальной области, уретры, пениса и промежности
Боли в нижней части живота	
Воспалительное заболевание органов таза (ВЗОТ)	<p>Острое: напряжение в нижней части живота, болезненность шейки матки при движении во время тазового осмотра и одно или более из нижеследующего:</p> <ul style="list-style-type: none"> • гнойные (со слизью) вагинальные/цервикальные выделения, • температура > 38°C, • наличие ГНИД в цервикальном мазке или • наличие масс в полости таза.

ДИАГНОЗ	ЛЕЧЕНИЕ ¹
<p>Предположительный диагноз по признакам и симптомам. Исключите сифилис путем микроскопии в темном поле или серологии.</p>	<p>Если доступна, предпочтительна следующая терапия: Криотерапия жидким азотом, твердым диоксидом углерода или криозондом</p> <p>Лечите бородавки на коже полового члена или перивульварной коже (поскольку они не поддаются лечению подофиллином) ледяной трихлорацетатной кислотой (ТХА 75% раствор). Лечите повторные приступы согласно рекомендациям выше, предварительно убедившись, что партнер(-ы) осмотрен(-ы).</p> <p>Альтернативный вариант: аккуратно нанесите раствор подофиллина (10-25%) на бородавки, оставьте его на 1-4 часа, а затем смойте. Повторяйте лечение еженедельно. Подофиллин не должен применяться у беременных и не должен наноситься на ранки на шейке или внутри уретры.</p>
<p>ГНИД на цервикальном мазке</p>	<p>В случае острого ВЗОТ лечите гонорею (Ceftriaxone), хламидию (Doxycycline) и анаэробную инфекцию (Metronidazole) как указано ниже:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxone, 250 мг ВМ инъекцией плюс • Doxycycline, 100 мг орально 2 раза в день в течение 14 дней плюс • Metronidazole, 400-500 мг орально 2 раза в день в течение 14 дней <p>Если улучшения не происходит, дайте направление в лечебное заведение более высокого уровня.</p>

ЗППП И ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

ИПП	КЛИНИЧЕСКИЕ НАХОДКИ (признаки/симптомы)
Острая боль и/или припухлость мошонки	
Эпидидимит/ орхит (приобретенный половым путем)	Острый: Резкая боль в одном или в обоих яичках, внезапный отек яичек
Эпидидимит/ орхит (приобретенный неполовым путем)	Острый: Резкая боль в одном или в обоих яичках, внезапный отек яичек

ДИАГНОЗ	ЛЕЧЕНИЕ ¹
<p>Может включать выделения из уретры (или их анамнез)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxone, 250 мг одноразовая ВМ доза плюс • Doxycycline, 100 мг орально дважды в день в течение 10 дней или <p>Альтернатива:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofloxacin, 300 мг орально дважды в день в течение 10 дней <p>Если острый, лечите гонореею и хламидию.</p>
<p>Может включать выделения из уретры (или их анамнез)</p>	<p>При инфицировании мочевыводящих путей Грам-негативными бактериями, такими как E. Coli или pseudomonas, лечите, используя trimethoprim и sulfamethoxazole, как указано ниже:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trimethoprim, 80 мг/sulfamethoxazole, 400 мг, 2 таблетки дважды в день орально в течение 10 дней

ЗАМЕТКИ



СПРАВОЧНАЯ ЛИТЕРАТУРА

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

Gallen M, C Lettenmaier and CP Green. 1987. Counseling makes a difference. *Population Reports Series J(35)*: 1–31.

Labbok M, K Cooney and S Coly. 1994. *Guidelines for Breastfeeding and the Lactational Amenorrhea Method*. Institute for Reproductive Health: Washington, D.C.

Lettenmaier C and ME Gallen. 1987. Why counseling counts! *Population Reports Series J(36)*: 1–28.

Population Action International. 1991. *A Guide to Methods of Birth Control* (wall chart). Population Action International: Washington, D.C.

Trussell J et al. 1990. A guide to interpreting contraceptive efficacy studies. *Obstetrics and Gynecology* 76:558–567.

World Health Organization. 1993. Facts about once-a-month injectable contraceptives: Memorandum from a WHO meeting. *Bulletin of the World Health Organization* 71(6): 677–689.

ОЦЕНКА ПАЦИЕНТОВ

Family Health International. November 1995. *Checklists for Community-Based Distribution of Combined Oral Contraceptives and DMPA*. Draft.

Fraser IS. 1992. Vaginal bleeding patterns with monthly injectable contraceptives. *Contraception* 49(4): 399–420.

Sastrawinata S et al. 1991. A comparative clinical trial of the TCu 380A, Lippes Loop D and Multiload Cu 375 IUDs in Indonesia. *Contraception* 44(2): 141–154.

Technical Guidance Working Group. November 1994. *Recommendations for Updating Selected Practices in Contraceptive Use*, Vol. 1. Program for International Training in Health: Chapel Hill, North Carolina.

Walling M. 1992. A multicenter efficacy and safety study of an oral contraceptive containing 150 micrograms desogestrel and 30 micrograms ethinyl estradiol. *Contraception* 46(4): 313–326.

World Health Organization. 1996. *Improving Access to Quality Care in Family Planning: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*.

СПРАВОЧНАЯ ЛИТЕРАТУРА

МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

Neinstein LS and B Katz. 1986. *Contraception and Chronic Illness: A Clinician's Source Book*. American Health Consultants, Inc: Atlanta, Georgia.

World Health Organization. 1996. *Improving Access to Quality Care in Family Planning: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*.

ПОСЛЕРОДОВАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

Family Health International (FHI). 1993. *Postpartum Contraception*. Contraceptive Technology Update Series. FHI: Research Triangle Park, North Carolina.

ПОСЛЕАБОРТНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

Benson J et al. 1992. *Meeting Women's Needs for Post-Abortion Family Planning: Framing the Questions*. Issues in Abortion Care 2. IPAS: Carrboro, North Carolina.

Postabortion Consortium. 1995. *Postabortion Care*. JHPIEGO Corporation: Baltimore, Maryland.

Yordy L, S Johnson and J Winkler. 1993. *MVA Trainer's Handbook*. IPAS: Carrboro, North Carolina.

ПОДРОСТКИ

International Planned Parenthood Federation (IPPF). 1994. Statement of Contraception of Adolescents in Twenty-Seventh Meeting of IPPF International Medical Advisory Panel. Rabat, Morocco, January 27-29.

ЖЕНЩИНЫ СТАРШЕ 35 ЛЕТ

Root WB. 1992. Contraception for midlife women. *NAACOG's Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing* 3(12): 227-235.

НЕОТЛОЖНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

Dixon G et al. 1980. Ethinyl estradiol and conjugated estrogens as postcoital contraceptives. *Journal of the American Medical Association* 244(12): 1336-1339.

Ellertson C. 1994. Research in emergency contraception. *South to South Newsletter* 4:1-4, 12.

Ellertson C et al. 1995. Expanding access to emergency contraception in developing countries. *Studies in Family Planning* 26(5): 251–263.

Glasier A et al. 1992. Mifepristone (RU 486) compared with high-dose estrogen and progesterone for emergency postcoital contraception. *New England Journal of Medicine* 327(15): 1041–1044.

Haspels AA. 1994. Emergency contraception: A review. *Contraception* 50(2): 101–108.

Postabortion Consortium. 1995. *Postabortion Care*. JHPIEGO Corporation: Baltimore, Maryland.

Service Delivery Issues in Emergency Contraception. 1996. International Medical Advisory Panel Meeting of the International Planned Parenthood Federation. London, England, February 20, 1996.

Trussell J et al. 1992. Emergency contraceptive pills: a simple proposal to reduce unintended pregnancies. *Family Planning Perspectives* 24(6): 269–73.

World Health Organization (WHO). 1992. *Progress in Human Reproduction*, No. 21. WHO: Geneva.

МЕТОД ЛАКТАЦИОННОЙ АМЕНОРЕИ

Hatcher RA et al. 1994. *Contraceptive Technology*, 16th ed. Irvington Publishers, Inc: New York.

Labbok M, K Cooney and S Coly. 1994. *Guidelines for Breastfeeding and the Lactational Amenorrhea Method*. Institute for Reproductive Health: Washington, D.C.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

Facts about once-a-month injectable contraceptive. 1993. Memorandum from a WHO meeting. *Bulletin of the World Health Organization* 71(6): 677–689.

Family Health International (FHI). *How to Take the Pill*. FDA Patient Package Insert Instructions for OC Use. FHI: Research Triangle Park, North Carolina.

Goldzieher JW and NM Zamah. 1995. Oral contraceptive side effects: Where's the beef? *Contraception* 52: 327–335.

Newer OCs and Blood Clot Risks. 1996. *Network*. 16(2) :28–29.

СПРАВОЧНАЯ ЛИТЕРАТУРА

Rizack MA and CDM Hillman. 1985. *The Medical Letter Handbook of Adverse Drug Interactions*. The Medical Letter: New Rochelle, New York.

Technical Guidance Working Group. November 1994. *Recommendations for Updating Selected Practices in Contraceptive Use*, Vol. 1. Program for International Training in Health: Chapel Hill, North Carolina.

World Health Organization. 1996. *Improving Access to Quality Care in Family Planning: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*.

ВМС

Dajani AS et al. 1990. Prevention of bacterial endocarditis. Recommendations by the American Heart Association. *JAMA* 264(22): 2919–2922.

McIntosh N et al (eds). 1993. *IUD Guidelines for Family Planning Service Programs*, 2nd ed. JHPIEGO Corporation: Baltimore, Maryland.

Technical Guidance Working Group. November 1994. *Recommendations for Updating Selected Practices in Contraceptive Use*, Vol. 1. Program for International Training in Health: Chapel Hill, North Carolina.

World Health Organization. 1996. *Improving Access to Quality Care in Family Planning: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*.

ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

McCann MF and LS Potter. 1994. Progestin-only oral contraception: A comprehensive review. *Contraception* 50(6 Supp 1): s1–s195.

McIntosh N et al (eds). 1995. *Norplant® Implants Guidelines for Family Planning Service Programs*, 2nd ed. JHPIEGO Corporation: Baltimore, Maryland.

Technical Guidance Working Group. November 1994. *Recommendations for Updating Selected Practices in Contraceptive Use*, Vol. 1. Program for International Training in Health: Chapel Hill, North Carolina.

World Health Organization. 1996. *Improving Access to Quality Care in Family Planning: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*.



World Health Organization (WHO). 1990. *Injectable Contraceptives: Their Role in Family Planning Care*. WHO: Geneva.

ИНЪЕКЦИОННЫЕ МЕТОДЫ

Gray R and T Pardthaisong. 1991. In utero exposure to steroid contraceptives and survival during infancy. *American Journal of Epidemiology* 134(8): 804–811.

Pardthaisong T and R Gray. 1991. In utero exposure to steroid contraceptives and outcome of pregnancy. *American Journal of Epidemiology* 134(8): 795–803.

Pardthaisong T, C Yenchit and R Gray. 1992. The long-term growth and development of children exposed to Depo-Provera during pregnancy or lactation. *Contraception* 45(4): 313–324.

Stone R. 1992. Depo-Provera: controversial contraceptive wins approval from FDA panel. *Science* 256(5065): 1754.

World Health Organization (WHO). 1991. Depot-medroxyprogesterone acetate (DMPA) and risk of liver cancer. The WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. *International Journal of Cancer* 49(2): 182–185.

World Health Organization (WHO). 1992. Depot-medroxyprogesterone acetate (DMPA) and risk of invasive squamous cell cervical cancer. The WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. *Contraception* 45(4): 299–312.

World Health Organization. 1996. *Improving Access to Quality Care in Family Planning: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*.

ПРЕЗЕРВАТИВЫ

Hatcher RA et al. 1994. *Contraceptive Technology*, 16th ed. Irvington Publishers, Inc: New York.

Population Action International. 1991. *A Guide to Methods of Birth Control* (wall chart). Population Action International: Washington, D.C.

World Health Organization. 1996. *Improving Access to Quality Care in Family Planning: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*.

СПРАВОЧНАЯ ЛИТЕРАТУРА

ДИАФРАГМЫ

Hatcher RA et al. 1994. *Contraceptive Technology*, 16th ed. Irvington Publishers, Inc: New York.

Population Action International. 1991. *A Guide to Methods of Birth Control* (wall chart). Population Action International: Washington, D.C.

World Health Organization. 1996. *Improving Access to Quality Care in Family Planning: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*.

СПЕРМИЦИДЫ

Hatcher RA et al. 1994. *Contraceptive Technology*, 16th ed. Irvington Publishers Inc: New York.

Population Action International. 1991. *A Guide to Methods of Birth Control* (wall chart). Population Action International: Washington, D.C.

World Health Organization. 1996. *Improving Access to Quality Care in Family Planning: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*.

ЕСТЕСТВЕННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

Kass-Annese B, K Aumack and L Goodman. 1990. *Guide for Natural Family Planning Trainers*. Institute for International Studies in Natural Family Planning: Washington, D.C.

Population Action International. 1991. *A Guide to Methods of Birth Control* (wall chart). Population Action International: Washington, D.C.

World Health Organization. 1996. *Improving Access to Quality Care in Family Planning: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*.

ПРЕРЫВАНИЕ

Jennings V. 1995. Personal communication. Institute for Reproductive Health, Georgetown University.



ТРУБНАЯ ОККЛЮЗИЯ

Hankinson SE et al. 1993. Tubal ligation, hysterectomy, and risk of ovarian cancer: A prospective study. *JAMA* 270(23): 2813–2818.

Peterson HB et al. 1996. The risk of pregnancy after tubal sterilization: Findings from the US Collaborative Review of Sterilization. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 174: 1161–1170.

World Federation of Health Agencies for the Advancement of Voluntary Surgical Contraception. 1988. *Safe and Voluntary Surgical Contraception*. AVSC: New York.

World Health Organization. 1996. *Improving Access to Quality Care in Family Planning: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*.

ВАЗЭКТОМИЯ

World Federation of Health Agencies for the Advancement of Voluntary Surgical Contraception. 1988. *Safe and Voluntary Surgical Contraception*. AVSC: New York.

World Health Organization. 1996. *Improving Access to Quality Care in Family Planning: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*.

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ

Cruse PJE et al. 1980. The epidemiology of wound infection, a ten-year prospective study of 62,939 wounds. *Surgical Clinics of North America* 60(1): 27–40.

Larson EL. 1988. Guideline for use of topical antimicrobial agents. *American Journal of Infection Control* 16(6): 253–266.

Larson EL et al. 1990. Alcohol for surgical scrubbing? *Infection Control and Hospital Epidemiology* 11(3): 139–143.

Pereira LJ et al. 1990. The effect of surgical handwashing routines on the microbial counts of operating room nurses. *American Journal of Infection Control* 18(6): 354–364.

Program for International Training in Health (INTRAH). 1992. *Guidelines for Clinical Procedures in Family Planning. A Reference for Trainers*, 2nd ed. INTRAH: Chapel Hill, North Carolina.

Rotter M et al. 1980. Povidone-iodine and chlorhexidine gluconate-containing detergents for disinfection of hands. *Journal of Hospital Infection* 1: 149–158.

СПРАВОЧНАЯ ЛИТЕРАТУРА

Spaulding EH. 1968. Chemical disinfection of medical and surgical materials in *Disinfection, Sterilization, and Preservation*. Lawrence CA et al (eds). Lea & Febiger: Philadelphia, Pennsylvania.

Tietjen L et al. (Forthcoming). *Infection Prevention for Family Planning Service Programs*, 2nd ed. JHPIEGO Corporation: Baltimore, Maryland.

Wenzel RP (ed). 1993. *Prevention and Control of Nosocomial Infections*. Williams & Wilkins: Baltimore, Maryland.

ЗППП И ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

Drugs for Sexually Transmitted Diseases. 1995. *The Medical Letter on Drugs and Therapeutics* 37(964): 117–122.

JHPIEGO. 1991. *Genital Tract Infection Guidelines for Family Planning Service Programs*. JHPIEGO Corporation: Baltimore, Maryland.

Lande R. 1993. Controlling sexually transmitted diseases. *Population Reports Series L*(9).

World Health Organization (WHO). 1994. *Management of Sexually Transmitted Diseases*. WHO; Geneva.



■ БИБЛИОГРАФИЯ ВОЗ¹

■ НЕОТЛОЖНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

■ Bracken MB. 1990. Oral contraceptives and congenital malformations in offspring: A review and meta-analysis of the prospective studies. *Obstetrics and Gynecology* 76: 552–557.

■ Simpson J and O Phillips. 1990. Spermicides, hormonal contraception and congenital malformation. *Advances in Contraception* 6: 141–147.

■ Webb A and D Taberner. 1993. Clotting factors after emergency contraception. *Advances in Contraception* 9: 75–82.

■ Zimmerman H and J Lewis. 1987. Drug-induced cholestasis. *Medical Toxicology* 2: 112–160.

■ МЕТОД ЛАКТАЦИОННОЙ АМЕНОРЕИ

■ Anderson P. 1991. Drug use during breastfeeding. *Clinical Pharmacology* 10: 595–624.

■ World Health Organization (WHO). 1992. *Consensus Statement from the WHO/UNICEF Consultation of HIV Transmission and Breastfeeding*. World Health Organization, Geneva, 30 April–1 May.

■ World Health Organization (WHO). 1986. *Guidelines Concerning the Main Health and Socio-Economic Circumstances in Which Infants Have to Be Fed on Breastmilk Substitutes*. WHO, Thirty-Ninth World Health Assembly, 10 April.

■ American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs. 1994. The transfer of drugs and other chemicals into human breastmilk. *Pediatrics* 93: 137.

■ КОМБИНИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

■ American College of Obstetricians and Gynecologists. 1992. Safety of oral contraceptives for teenagers. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 37: 309–312.

■ Bracken MB. 1990. Oral contraceptive and congenital malformations in offspring: A review and meta-analysis of the prospective studies. *Obstetrics and Gynecology* 76: 552–557.

■ ¹ Данные источники были использованы в отчете ВОЗ *Improving Access to Quality Care in Family Planning: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*, 1996

БИБЛИОГРАФИЯ ВОЗ

Brinton LA. 1991. Oral contraceptives and cervical neoplasia. *Contraception* 43(6): 581–595.

Collaborative Group for the Study of Stroke in Young Women. 1975. Oral contraceptives and stroke in young women. *JAMA* 231: 718–722.

Curry S et al. 1989. Hormonal contraception and trophoblastic sequelae after hydatidiform mole. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 160(4): 805–811.

Daewood MY. 1993. Considerations in selecting appropriate medical therapy for endometriosis. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 40 Suppl: 529–542.

Dahlman T et al. 1985. Changes in blood coagulation and fibrinolysis in the normal puerperium. *Gynecologic and Obstetric Investigation* 20(1): 37–44.

Diana JN. 1990. Tobacco smoking and atherosclerosis in *Tobacco Smoking and Atherosclerosis*, Diana JN (ed), 1–7. Plenum Press: New York.

Diccas R et al. 1991. The role of contraception in the development of postmolar gestational trophoblastic tumor. *Obstetrics and Gynecology* 78(2): 221–226.

Dyken M and P Wolf. 1984. Risk factors in stroke. A statement for physicians by the Subcommittee on Risk Factors and Stroke of the Stroke Council. *Stroke* 15: 1105–1111.

Fisch I and J Frank. 1977. Oral contraceptives and blood pressure. *JAMA* 237: 2499–2503.

Godsland I and VC Wynn. 1990. Low dose oral contraceptive and carbohydrate metabolism. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 163: 348–353.

Huggins G and P Zucker. 1987. Oral contraceptives and neoplasia: 1987 update. *Fertility and Sterility* 47: 733–761.

Kaplowitz N et al. 1986. Drug-induced hepatotoxicity. *Annals of Internal Medicine* 104: 826–839.

Orme MLE et al. 1993. Drug interactions with oral contraceptive steroids. 19–26.

Rivera R et al. 1983. The effects of three different regimens of oral contraceptives and three different intrauterine devices on the levels of hemoglobin, serum iron and iron binding capacity in anemic women. *Contraception* 27(3): 311–327.

■ Samside G. 1994. Coagulation and anticoagulation effects of contraceptive steroids. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 170: 1523–1527.

■ Schepps B et al. 1994. Benign circumscribed breast masses, mammographic and sonographic appearance. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 21(s): 519–537.

■ Schesselman JJ. 1991. Oral contraceptives and neoplasia of the uterine corpus. *Contraception* 43(6): 557–579.

■ Shinton R and G Beevers. 1989. Meta-analysis of relationship between cigarette smoking and stroke. *British Medical Journal* 298: 789–794.

■ Simpson J and O Phillips. 1990. Spermicides, hormonal contraception and congenital malformations. *Advances in Contraception* 6: 141–147.

■ Stanfrod JL. 1991. Oral contraceptives and neoplasia of the ovary. *Contraception* 43(6): 543–556.

■ Thomas DB. 1991. Oral contraceptives and breast cancer: review of the epidemiological literature. *Contraception* 43(6): 597–642.

■ Thus C and P Knipschild. 1993. Oral contraceptives and the risk of gallbladder disease. A meta-analysis. *American Journal of Public Health* 83: 1113–1120.

■ US Department of Health and Human Services. 1983. *The Health Consequences of Smoking: Cardiovascular Disease: A Report of the Surgeon General*. US Department of Health and Human Services. Public Health Services, Office of the Secretary of Health, Office on Smoking and Health. JHHS Publication No. 84: 50204.

■ Vessy M and Painter R. 1994. Oral contraceptive use and benign gallbladder disease: revisited. *Contraception* 50: 167–173.

■ Wolner H et al. 1990. Decreased risk of symptomatic chlamydial pelvic inflammatory disease associated with oral contraceptive use. *JAMA* 263: 54–59.

■ World Health Organization (WHO). WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and the Use of Steroid Hormone Contraceptives. *Hemorrhagic stroke and the combined oral contraceptive: Results of an international multicentre case-control study*. (unpublished)

■ World Health Organization (WHO) Task Force on Oral Contraceptives. 1989. The WHO multicentre trial of the vasopressor effects of combined oral contraceptives: comparisons with IUD. *Contraception* 40: 129–145.

БИБЛИОГРАФИЯ ВОЗ

World Health Organization (WHO) Task Force on IUDs for Fertility Regulation. 1985. A multinational case-control study of ectopic pregnancy. *Clinical Reproduction and Fertility* 3: 131–143.

World Health Organization (WHO) Task Force on Oral Contraceptives. 1988. Special Programme of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction. Effects of hormonal contraceptives on breast milk composition and infant growth. *Studies in Family Planning* 19(6): 361–369.

World Health Organization (WHO) Task Force on Oral Contraceptives. 1984. Effects of hormonal contraceptives on milk volume and infant growth. *Contraception* 30: 505–521.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

American College of Obstetricians and Gynecologists. 1992. Safety of oral contraceptives for teenagers. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 37: 309–312.

Bracken MB. 1990. Oral contraceptive and congenital malformations in offspring: A review and meta-analysis of the prospective studies. *Obstetrics and Gynecology* 76: 552–557.

Brinton LA. 1991. Oral contraceptives and cervical neoplasia. *Contraception* 43(6): 581–595.

Dahlman T et al. 1985. Changes in blood coagulation and fibrinolysis in the normal puerperium. *Gynecologic and Obstetric Investigation* 20(1): 37–44.

Diana JN. 1990. Tobacco smoking and atherosclerosis in *Tobacco Smoking and Atherosclerosis*, Diana JN (ed), 1–7. Plenum Press: New York.

Fraser JS. 1994. Vaginal bleeding patterns in women using once-a-month injectable contraceptives. *Contraception* 49: 399–420.

Schepps B et al. 1994. Benign circumscribed breast masses, mammographic and sonographic appearance. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 21(s): 519–537.

Shinton R and G Beevers. 1989. Meta-analysis of relationship between cigarette smoking and stroke. *British Medical Journal* 298: 789–794.

Simpson J and O Phillips. 1990. Spermicides, hormonal contraception and congenital malformations. *Advances in Contraception* 6: 141–147.

Speroff J et al. 1989. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, 4th edition. Williams & Wilkins: Baltimore, Maryland.

Thomas DB. 1991. Oral contraceptives and breast cancer: review of the epidemiological literature. *Contraception* 43(6): 597–642.

US Department of Health and Human Services. 1983. *The Health Consequences of Smoking: Cardiovascular Disease. A Report of the Surgeon General*. US Department of Health and Human Services, Public Health Services, Office of the Secretary of Health, Office on Smoking and Health. JHHS Publication No. 84: 50204.

World Health Organization (WHO) Task Force on Oral Contraceptives. Special Programme of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction. 1988. Effects of hormonal contraceptives on breast milk composition and infant growth. *Studies in Family Planning* 19(6): 361–369.

World Health Organization (WHO) Task Force on Oral Contraceptives. 1984. Effects of hormonal contraceptives on milk volume and infant growth. *Contraception* 30: 505–521.

ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

Belsey EM. 1991. Menstrual bleeding patterns in untreated women and with long-acting methods of contraception. Task Force on long-acting systemic agents for fertility regulation. *Advances in Contraception* 7(2–3): 257–270.

Benson M and R Rebar. 1986. Relationship of migraine headache and stroke to oral contraceptive use. *Journal of Reproductive Medicine* 31(12): 1082–1088.

Bracken MB. 1990. Oral contraceptive and congenital malformations in offspring: A review and meta-analysis of the prospective studies. *Obstetrics and Gynecology* 76: 552–557.

Deceulaer K et al. 1982. Medroxyprogesterone acetate and homozygous sickle-cell disease. *Lancet* 1: 229–231.

Faundes A et al. 1987. Subjective perception of bleeding and serum ferritin concentration in long-term users of Norplant. *Contraception* 35(2): 189–196.

Fotherby K. 1989. The progestin-only pill and thrombosis. *British Journal of Family Planning* 15: 83–85.

Fraser I and E Weisberg. 1981. A Comprehensive review of injectable contraception with special emphasis on depot medroxyprogesterone acetate. *The Medical Journal of Australia* Special Suppl: 1–20.

БИБЛИОГРАФИЯ ВОЗ

Ladipo DA et al. 1993. Norplant use by women with sickle cell disease. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 41: 85–87.

Mattson R and R Rebar. 1993. Contraceptive methods for women with neurologic disorders. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 168: 2027–2032.

McCann M and L Potter. 1994. Progestin-only oral contraception. *Contraception* 50(6 Suppl): S9–S195.

Mishell DR. 1991. Long-acting contraceptive steroids, in *Infertility, Contraception and Reproductive Endocrinology*, Mitchell DR, Davajan V and Lobo RA (eds). Blackwell Scientific Publications: Boston, Massachusetts.

Norplant®. 1990. Levonorgestrel Implants: A summary of scientific data. The Population Council: New York.

Pardthaison G et al. 1992. The long-term growth and development of children exposed to Depo-Provera during pregnancy and lactation. *Contraception* 45: 313–324.

Schepps B et al. 1994. Benign circumscribed breast masses, mammographic and sonographic appearance. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 21(s): 519–537.

Simpson J and O Phillips. 1990. Spermicides, hormonal contraception and congenital malformations. *Advances in Contraception* 6: 141–147.

Speroff L and P Darney. 1992. *A Clinical Guide for Contraception*. Williams & Wilkins: Baltimore, Maryland.

Speroff J et al. 1989. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, 4th edition. Williams & Wilkins: Baltimore, Maryland.

Thomas DB. 1991. Oral contraceptives and breast cancer: review of the epidemiological literature. *Contraception* 43(6): 597–642.

World Health Organization (WHO). Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Task Force on Long-Acting Systematic Agents for Fertility Regulation. 1993. A multicentre comparative study of serum lipids and apolipoproteins in long-term users of DMPA and a control group of IUD users. *Contraception* 47(2): 177–191.

World Health Organization (WHO). Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Task Force on Oral Contraceptives. 1988. Effects of hormonal contraceptives on breast milk composition and infant growth. *Studies in Family Planning* 19(6): 361–369.

World Health Organization. 1983. Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Task Force on Long-acting Agents for the Regulation of Fertility. Multinational comparative clinical trial of long-acting injectable contraceptives: Norethisterone enanthate given in two dosage regimens and depotmedroxyprogesterone acetate. Final report. *Contraception* 28(1): 1–20.

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СПИРАЛИ (ВМС)

Allonen H. 1994. The Levonorgestrel IUD in *Proceedings from the Fourth International Conference on IUDs*, Bardin CW and DR Mishell (eds). Butterworth Heinemann. 284–292.

Anderson K and G Rybo. 1987. Levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of menorrhagia. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 97: 690–694.

Andrade A and E Pizarro. 1987. Quantitative studies on menstrual blood loss in IUD users. *Contraception* 36(1): 129–144.

Farley T et al. 1992. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: An international perspective. *Lancet* 339: 785–788.

Heikkila M et al. 1982. Levonorgestrel in milk and plasma of breastfeeding women with a levonorgestrel-releasing IUD. *Contraception* 25: 41–49.

Heikkila M et al. 1982. Immediate postabortal insertion of Levonorgestrel-releasing IUD. *Contraception* 25: 245–259.

Heikkila M and T Luukkainen. 1982. Duration of breast-feeding and development of children after insertion of a Levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive device. *Contraception* 25: 279–292.

Indian Council of Medical Research Task Force on IUD. 1989. Randomized clinical trial with intrauterine devices (Levonorgestrel intrauterine device (LNG), CuT 380 Ag, CuT 220C and CuT 200B). A 36-month study. *Contraception* 39: 37–52.

Petersen K et al. 1991. Intrauterine devices in nulliparous women. *Advances in Contraception* 7(4): 333–338.

БИБЛИОГРАФИЯ ВОЗ

Scarselli G et al. 1988. Levonorgestrel-Nova-T and precancerous lesions of the endometrium. *European Journal of Gynaecologic Oncology* 9: 284–286.

Shikary Z et al. 1987. Transfer of levonorgestrel (LNG) administered through different drug delivery systems from the maternal circulation into the newborn infant's circulation via breast milk. *Contraception* 35: 477–486.

Sivin I et al. 1991. Prolonged intrauterine contraception: a seven-year randomized study of the levonorgestrel 20mcg/day (LNG 20) and the copper T380 Ag IUDs. *Contraception* 44: 473–480.

Toivonen J et al. 1991. Protective effect of intrauterine release of lenonorgestrel on pelvic infection. Three years comparative experience of levonorgestrel- and copper-releasing intrauterine devices. *Obstetrics and Gynecology* 77: 261–264.

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ

Centers for Disease Control. 1988. Condoms for the prevention of sexually transmitted diseases. *MMWR* 37: 133–137.

Centers for Disease Control and Prevention. 1993. Update: barrier protection against HIV infection and other sexually transmitted diseases. *MMWR* 42: 589–597.

Hooten T et al. 1991. Escherichia coli bacteriaria and contraceptive method. *JAMA* 265: 64–69.

Roody R et al. 1993. A dosing study of nonoxynol-9 and genital irritation. *International Journal of STDs/AIDS* 4: 165–170.

Schwartz B et al. 1989. Toxic Shock Study Group. *Reviews of Infectious Diseases* 11S1: S42–S48.

Stone K et al. 1986. Primary prevention of sexually transmitted diseases. *JAMA* 255(13): 1763–1766.

Trussel et al. 1993. Contraceptive efficacy of the diaphragm, the sponge and the cervical cap. *Family Planning Perspectives* 25: 100–105, 135.

Turjanmas K and T Keunala. 1989. Condoms as a source of latex allergen and cause of contact urticaria. *Contact Dermatitis* 20: 360–364.

ЕСТЕСТВЕННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ И МЕТОД ПРЕРЫВАНИЯ (COITUS INTERRUPTUS)

Rogow D and S Horowitz. 1993. Withdrawal is a choice: a review of the literature and an agenda for research on coitus interruptus. *IWHC Monograph*.

Santow G. 1991. Coitus interruptus in the twentieth century. *Population and Development Review* 19: 767–792.

Shoupe D et al. 1991. *Infertility, Contraception and Reproductive Endocrinology*, 3rd ed. Boston, Mass.

World Health Organization. 1988. *Natural family planning: A guide to provision of services*. WHO: Geneva.

ДОБРОВОЛЬНАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ

Carlton C and P Scardino. 1986. Initial evaluation, including history, physical examination, and urinalysis in *Campbell's Urology*, 5th ed, Walsh PC et al (eds), 276–285. W.B. Saunders Co.: Philadelphia, Pennsylvania.

Carson J et al. 1988. Severity of anemia and operative mortality and morbidity. *Lancet* 1: 727–729.

Chi I et al. 1985. Interval tubal sterilization in obese women—an assessment of risks. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 152: 292–297.

Chi I et al. 1983. Previous abdominal surgery as a risk factor in interval laparoscopic sterilization. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 145: 841–846.

Cohn I and G Bornside. 1989. Infections, in *Principles of Surgery*, 5th ed. Schwartz SI, GT Shires and FC Spencer (eds.), McGraw-Hill Book Co.: New York. 181–215.

Dietrich N et al. 1991. A growing spectrum of surgical disease in patients with human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. *Archives of Surgery* 126(7) 860–865.

Estafanous FG. 1989. Hypertension in the surgical patient: management of blood pressure and anesthesia. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 56: 385–393.

Howards SS. 1986. Surgery of the scrotum and its contents. In Walsh PC, Gittes RF, Perlmutter AD and Stamey TA (eds). *Campbell's Urology*, 5th ed, 663–664. W.B. Saunders Co.: Philadelphia, Pennsylvania.

БИБЛИОГРАФИЯ ВОЗ

Jonsson K et al. Tissue oxygenation, anemia, and perfusion in relation to wound healing in surgical patients. *Annals of Surgery* 214: 605–613.

Murphy AA. 1992. Diagnostic and operative laparoscopy, in Thompson JD and A Rockfj (eds). *Te Linde's Operative Gynecology*, 7th ed. JB Lippincott Co.: Philadelphia, Pennsylvania.

Pastorek J and C White. 1988. Surgical sterilization at the time of cesarean delivery. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 15: 771–781.

Roizen MF. 1990. Anesthetic complications of concurrent disease. In *Anesthesia*, 3rd ed, Miller RD (ed). 793–893. Churchill Livingstone: New York.

Schwartz SI. 1989. Complications. In *Principles of Surgery*, 5th ed, Schwartz SI, GT Shires and FC Spencer (eds). McGraw-Hill Book Company: New York. 470.

Schwartz SI. 1989. Hemostasis, surgical bleeding, and transfusion. In *Principles of Surgery*, 5th ed, Schwartz SI, GT Shires and FC Spencer (eds). McGraw-Hill Book Company: New York. 121–122.

УЧЕБНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ЖНРИЕГО

ЖНРИЕГО издает разнообразные учебные материалы для использования на учебных курсах по репродуктивному здоровью. Чтобы сделать заказ или получить дополнительную информацию, обращайтесь в ЖНРИЕГО по указанному ниже адресу. Наличие литературы на иностранных языках обозначено буквой **Е** для английского языка, **F** для французского, **S** для испанского, **P** для португальского, **R** для русского.

Advanced Training Skills for Reproductive Health Professionals. Available in English 1996.

Advanced Training Skills Course Handbook and Notebook. Available in English 1996.

Clinical Training Skills for Reproductive Health Professionals. (1995) E, F; (1994 draft) R, S, P

Clinical Training Skills Course Handbook and Notebook (1995) E; (1994 draft) F, P, S

IUD Guidelines for Family Planning Service Programs. (2nd edition, 1993) E, F, S, P, R; (2nd edition, 1995) S, P

IUD Course Handbook and Notebook (1995) E, F; (1994) R, S, P

IUD Training Slide Set (Copper T 380A IUD Insertion and Removal). (1993) E, F, S, P

IUD Training Video (Insertion and Removal of the Copper T 380A IUD). (1990) E, F, S

Norplant® Implants Guidelines for Family Planning Service Programs. (2nd edition, 1995) E, R; (1st edition, 1994) F, S; Supplement (1995) F

Norplant® Implants Course Handbook and Notebook. (1995) E; (1994) F

Norplant® Implants Training Slide Set (Norplant® Insertion and Removal). (1993) E, F, S

Managing Genital Tract Infections (GTIs) in Family Planning Service Programs. (1993) E

Genital Tract Infection (GTI) Guidelines for Family Planning Service Programs. (1991) E, F

GTI Training Slide Set (Managing Sexually Transmitted Genital Tract Infections). (1991) E, F

Infection Prevention for Family Planning Service Programs. (1st edition, 1992) E, F, S, P, R. (Manual currently in revision)

Infection Prevention Course Handbook and Notebook. (1995) E; (1994) F; (1994) R (Handbook only)

Infection Prevention Training Slide Set (Infection Prevention Overview). (1992) E, F, S, P

Infection Prevention Training Video and Trainers Notes (Infection Prevention for Family Planning Service Programs). (1994) E, F, R, S, P

PocketGuide for Family Planning Service Providers. (1996) E, R; (1995) F, S, P

Postabortion Care: A Reference Manual for Improving the Quality of Care. (Postabortion Care Consortium) (1995) E; (F, S, P due 1996)

Postabortion Care Course Handbook and Notebook. (1995) E

Postabortion Care Educational Kit. (1994) E, F

Postabortion Care Photo Set. (1996) E

Postabortion Care Video (Postabortion Care : A Global Health Issue). (Postabortion Care Consortium) (1994) E, F, R, S, P

Service Delivery Guidelines for Family Planning Programs. (1996) E

JHPIEGO Corporation
Materials Division
1615 Thames Street, Suite 200
Baltimore, MD 21231-3447
USA
phone (410) 614-3206; fax (410) 614-0586