

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Мусуралиев
МУСУРАЛИЕВ М.С., ЖОРОБЕКОВА А.О.



**КЛИНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ
ПО РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ
ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ КАЧЕСТВА
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Бишкек - 2006



Handwritten notes:
2009
28/11

Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
Кыргызская государственная медицинская академия
Институт последипломного медицинского образования

Мусуралиев М.С., Жоробекова А.О.

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ

ПО РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

(Руководство для врачей и клинических ординаторов)

Ишматия Э. Абдуллаевна

Сарте менен:
Dr. Жолдооб омур узурман,
Dr. Кардыб кызын таза рол,
Dr. Ирмен сурабон омур руу
Dr. Сурабон омур руу
Dr. Сурабон омур руу
Dr. Сурабон омур руу

Бишкек 2006

Handwritten signature and date:
28/11 09
Бишкек

УДК 615.256.3+615.477.87

ББК 53

М 91

Печатается по решению Ученого Совета Кыргызской государственной медицинской академии

Рецензенты:

Д.м.н. Белов Г.В.

К.м.н., доцент Рыскулова А.Р.

МУСУРАЛИЕВ М.С., ЖОРОБЕКОВА А.О.

М 91 Клиническое обучение по репродуктивному здоровью для расширения качества медицинских услуг / Мусуралиев М.С., Жоробекова А.О. - Бишкек: 2006 – 240 с.

ISBN 9967-425-79-2

Руководство предназначено для самостоятельной подготовки клинических ординаторов и врачей акушеров-гинекологов по теме «Инновационная технология контрацепции и вопросы охраны репродуктивного здоровья». Для повышения качества планирования семьи и охраны репродуктивного потенциала половых партнеров клинический ординатор и врач акушер-гинеколог должны изучить инновационную технологию контрацепции.

М 4108000000-05

ISBN 9967-425-79-2



УДК 615.256.3 + -615.477.87

ББК 53

© МУСУРАЛИЕВ М.С.,
ЖОРОБЕКОВА А.О., 2005 г.

Оглавление

Предисловие	5
Раздел I	
Глава 1. Инновационные технологии контрацепции в Кыргызстане. Оценка влияния их на сексуальный и репродуктивный потенциал женщин (Жоробекова А.О., Мусуралиев М.С., Нарзуллаева Е.Н., Рыспаева Г.С.)	6
1.1. Клиническая характеристика пациенток для выбора метода контрацепции.....	6
1.2. Методы исследования репродуктивной функции женщин	6
1.3. Клиническая характеристика женщин репродуктивного возраста, получавших в течение года контрацепцию после родов и аборта.....	8
1.4. Характеристика использованных в исследовании современных контрацептивов	10
1.5. Анализ результатов исследования контрацептивных услуг после аборта.....	11
1.6. Приемлемость и эффективность гестагенных инъекционных контрацептивов в послеродовом периоде	15
1.7. Приемлемость и эффективность послеродовой минолапаротомии для женщин групп высокого риска.....	24
1.8. Приемлемость и эффективность гестагенных инъекционных контрацептивов после медицинского аборта.....	27
1.9. Оценка сексуального и репродуктивного здоровья у женщин, принимающих контрацептивы (Мусуралиев М.С., Рыспаева Г.С., Алжикеев С.Ж., Макенжан уулу Алмаз)	32
Глава 2. Бактериальный вагиноз и вопросы охраны репродуктивного здоровья женщин (Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А., Алжикеев С.Ж., Тен И.Б.)	37
2.1. Лабораторная диагностика бактериального вагиноза и оценка репродуктивного потенциала женщин	37
2.2. Лазерная галотерапия – способ лечения патологического спермолизиса с учетом гонадной функции мужчин на основе лабораторной диагностики	57
2.3. Клиническое обучение по лабораторной диагностике инфекций, передающихся половым путем у женщин детородного возраста с учетом репродуктивного здоровья половых партнеров (мультимедийная программа обучения, предназначена для врачей и клинических ординаторов).....	63
Глава 3. Клиническое обучение по охране репродуктивного здоровья и расширение качества медицинских услуг (Мусуралиев М.С.)	73
3.1 Введение в курс	73
3.2 Обзор подхода к обучению	77
3.3 Основные цели курса и тематических занятий.....	80
3.4 Учебная программа и план курса по репродуктивному здоровью	83
3.5 Содержание конспекта преподавателя курса: «Охрана репродуктивного здоровья и расширение качества медицинских услуг»	91
3.6 Предкурсовой вопросник	102
3.7 Заключительный вопросник по темам курса	106
3.8 Оценка курса	113
Раздел II	
Глава 1. Медицинские критерии допустимости применения методов контрацепции	115
1.1 Пояснительная записка	115
1.2 Цели	116
1.3 Предпосылки разработки нового руководства	116
1.4 Охрана репродуктивного и сексуального здоровья	116
1.5 Вопросы качества услуг и их доступности, которые влияют на применение метода	118
1.6 Эффективность методов контрацепции	118

1.7	Факторы повышенного риска при незапланированной беременности	121
1.8	Восстановление фертильности	121
1.9	ИИПП и контрацепция: двойная защита	122
1.10	Метод работы	122
1.11	Как пользоваться настоящим документом	124
1.12	Программные вопросы	127
1.13	Клиенты с особыми потребностями	127
1.14	Краткая сводка изменений, отраженных в третьей редакции документа (в сравнении со вторым изданием)	128
1.15	Методы и средства контрацепции	130
1.15.1	Низкодозированные оральные контрацептивы.....	130
1.15.2	Комбинированные инъекционные контрацептивы (КИК).....	141
1.15.3	Комбинированные контрацептивные пластыри (КП).....	142
1.15.4	Комбинированные влагалищные кольца (ВК).....	142
1.15.5	Контрацептивы прогестогенового ряда.....	152
1.15.6	Таблетки для неотложной контрацепции (ТНК).....	165
1.15.7	Внутриматочные средства (ВМС).....	166
1.15.8	Медьсодержащие ВМС для неотложной контрацепции (Э-ВМС).....	178
1.15.9	Барьерные методы.....	178
1.15.10	Методы отслеживания фертильности.....	185
1.15.11	Метод лактационной аменореи.....	188
1.15.12	Прерванный половой акт.....	189
1.15.13	Методы хирургической стерилизации	190
1.16	Сводные таблицы	201
1.17	КОК и антиретровирусная терапия.....	209

Глава 2. Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции	210
---	------------

Нормативным документом является программа репродуктивного здоровья и исследования ВОЗ «Материалы по медицинским критериям приемлемости для использования методов контрацепции ВОЗ». Использование их при подготовке медицинских кадров в условиях Кыргызстана при поддержке Фонда Народонаселения ООН (ЮНФПА) и ВОЗ не противоречит законодательству и не ущемляет авторские права.

Предисловие

Планирование семьи и охрана репродуктивного здоровья в нашей стране стала неотъемлемой функцией Кыргызского государства. В перечень обязанностей Министерства здравоохранения КР вошло обеспечение охраны репродуктивного здоровья населения путем развертывания различных типов лечебно-профилактических учреждений, а также осуществление медико-санитарного надзора. Генеральной линией Кыргызского здравоохранения признано профилактическое направление, особенно важное в области планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья. В связи с чем в руководстве излагаются медицинские критерии выбора контрацепции, доступной населению Кыргызстана, повышению качественных медицинских услуг в области планирования семьи. В ней изложены следующие инновационные методы планирования семьи: низкодозированные комбинированные оральные контрацептивы, комбинированные инъекционные контрацептивы, медьсодержащие внутриматочные средства и т.д., позволяющие сохранить сексуальный и репродуктивный потенциал половых партнеров. Программа ВОЗ по инновационной технологии контрацепции способна оказать помощь в поиске решений по тем вопросам в определении медицинских критериев выбора приемлемых средств контрацепции для снижения частоты незапланированной беременности и медицинских аборт, которые являются источником развития бесплодия у женщин.

Авторы благодарны профессору Сманнову К.Д. за оказанную юридическую консультацию.

РАЗДЕЛ I

Глава 1. Инновационные технологии контрацепции в Кыргызстане. Оценка влияния их на сексуальный и репродуктивный потенциал женщин

(Жоробекова А.О., Мусуралиев М.С., Нарзулаева Е.Н., Рыспаева Г.С.)

1.1 Клиническая характеристика пациенток для выбора метода контрацепции

Оценка влияния контрацептивных средств на состояние репродуктивного здоровья у 1500 женщин (беременные, родильницы, женщины после аборта) анкетным методом, включавшим 23 вопроса по проблемам репродуктивного здоровья в следующих учреждениях:

- в Городском перинатальном центре Кыргызской Республики (г. Бишкек);
- в Ошской областной объединенной клинической больнице (ОООКБ, г. Ош);
- в Центре репродуктивного здоровья человека (г. Жалалабат).

Применен метод фиксированного интервью для получения более надежной информации.

По специально разработанным анкетам проведена оценка послеабортного планирования семьи среди 182 пациенток после произведенного им медицинского аборта, 79 врачей, производящих аборт и 42 семейных врачей, предоставляющих консультирование по вопросам контрацепции.

Оценка приемлемости и эффективности рекомендуемых контрацептивных средств, структуры их нежелательных эффектов проведена путем клинических исследований среди 279 женщин репродуктивного возраста в послеродовом и послеабортном периодах: Нористерат использовали 103 пациентки, Депо-Провера-90, миналапаротомия произведена 86 пациенткам.

1.2. Методы исследования репродуктивной функции женщин

Клинико-лабораторные методы исследования включали общепринятые клинические и гинекологические обследования. С целью изучения влияния современных контрацептивов на состояние здоровья женщин проведены дополнительные методы исследования, представленные в таблице 1.2.1.

У 103 пациенток, использовавших Нористерат, определяли гемоглобин (цианметгемоглобиновым методом) и гематокрит. Показатели липидного обмена включали определение общего холестерина, липопротеинов низкой плотности, липопротеинов высокой плотности, триглицериды, при исследовании углеводного обмена определяли сахар крови. Всем пациенткам этой группы проведено изучение уровня репродуктивных гормонов

Таблица 1.2.1.

Объем клинических методов исследования (n=279)

	Методы исследования	Абс.
1.	Определение гемоглобина и гематокрита	279
2.	Показатели липидного обмена	103
3.	Показатели углеводного обмена	103
4.	Гормональное исследование	96
5.	Ультразвуковое исследование	279

иммуноферментным методом с использованием лабораторной системы «Amerlate» и диагностических тест-наборов фирмы «Amersham» (Великобритания). Содержание гормонов в сыворотке крови у женщин определяли в динамике: через 6 месяцев после родов и через 12 месяцев. В качестве контрольных величин служили уровни гормонов в плазме периферической крови, приведенные в инструкциях фирмы «Amersham».

Ультразвуковое исследование производили в динамике: сразу после родов, через 6 недель, 3 месяца, 6 и 12 месяцев. Измеряли все основные размеры матки и яичников. Длину и переднезадний размер матки определяли при продольном, ширину - при поперечном сканировании. Контроль за состоянием эндометрия проводился по измерению толщины эндометрия на уровне срединного маточного эха по общепринятой методике. Коэффициент изменения толщины эндометрия определялся по формуле:

$$K = \frac{T_1}{T_2}$$

где T_1 - толщина эндометрия до назначения препаратов, T_2 - толщина эндометрия в конце назначения препаратов.

Мониторинг за пациентками, использующими контрацепцию, проводился в течение 12 месяцев по специально разработанной карте, где фиксировались все данные пациентов. Из общего числа анкетированных большая часть была позднего репродуктивного возраста.

Таблица 1.2.2.

Возрастной состав участников опроса

Возрастные группы	Количество участников		Беременные Родильницы		После аборта	
	п	%	п	%	п	%
15-19	23	1,5	13	2,6	10	1,0
20-24	271	18	117	23,4	154	15,4
25-29	433	28,9	102	20,4	272	27,2
30-34	361	24	107	21,4	254	25,4
35 и старше	412	27,6	161	32,2	310	31,0
Всего	1500	100,0	500	100,0	1000	100,0

Таблица 1.2.3.

Социальное положение участников опроса (n=1500)

Социальные группы	Общее количество		Беременные Родильницы		После аборта	
	п	%	п	%	п	%
Рабочие	273	18,2	138	27,6	135	13,5
Служащие	301	20,1	112	22,4	189	18,9
Учащиеся	212	14,13	108	21,6	104	10,4
Домохозяйки	714	17,6	142	28,4	572	57,2
Всего	1500	100,0	500	100,0	1000	100,0

Уровень образования опрошенных участников (n=1500)

Образование	Общее количество		Беременные Родильницы		После аборта	
	п	%	п	%	п	%
Неполное среднее	52	3,47	7	1,4	45	4,5
Среднее общее	623	41,55	220	44	403	40,3
Среднее специальное	315	21	90	18	225	22,5
Незаконченное высшее	210	14	104	21,8	106	10,6
Высшее	300	20	179	15,8	221	22,1
Всего	1500	100,0	500	100,0	1000	100,0

Данные их социального происхождения и образования представлены в нижеследующих таблицах 1.2.3 и 1.2.4.

Как видно из представленных данных, среди женщин преобладали служащие (20,1%) и домохозяйки (17,6%). Большая часть женщин (41,55%) имели среднее общее образование, а 20% - высшее. Учащиеся вузов составляли 14%. Подростки были учащимися средних школ (72%) и профтехучилищ (28%).

Среди опрошенных женщин многодетными (4 и более детей) были 33,4% женщин, 45,6% - имели 3-4 детей; 16,2% - 1-2 детей, 4,6% - были первобеременными. В неудовлетворительных жилищных условиях проживали 27,05% человек, из них 33,03% составляли подростки.

Таким образом, при проведении анкетного опроса мы старались охватить различные возрастные группы беременных и родильниц, женщин после аборта, позволяющие выявить все возможные медико-социальные факторы, способные оказать неблагоприятное влияние на репродуктивное поведение населения.

1.3. Клиническая характеристика женщин репродуктивного возраста, получавших в течение года контрацепцию после родов и аборта

Под нашим наблюдением в клинических условиях находилось 279 пациенток репродуктивного возраста, которые после соответствующего консультирования добровольно выбрали и использовали в течение года современные методы контрацепции после родов и аборта. Соответственно поставленным задачам исследования все пациентки были распределены на следующие группы:

1. Женщины, использовавшие гестагенный инъекционный контрацептив Нористерат – 103 человека (60 – после родов, 43- после аборта). Контрольную группу составили 90 женщин, использовавших Депо-Провера (50- после родов, 40 – после аборта).
2. Пациентки, использовавшие послеродовую минилапаротомию – 57 человек, интервальную – 29. Всего прооперировано - 86 человек.

Таблица 1.3.1

**Возрастной состав пациенток, использовавших
контрацептивы после родов**

Возрастные группы (лет)	Всего		Нористерат		ДМПА		Минилапаротомия	
	п	%	п	%	п	%	п	%
30-34	44	13,5	27	45,0	3	6,0	14	17,4
35-39	41	25,6	21	35,0	4	8,0	16	19,6
40-44	79	39,7	10	16,6	18	36,0	51	63,0
45-49	27	21,2	2	3,3	25	50,0	-	-
Итого	191	100,0	60	100,0	50	100	81	100,0

Из числа обследованных здоровых было 36,26%, остальные 63,73% имели различные соматические и гинекологические заболевания. Среди обследованных экстрагенитальной патологией страдали 51,86% человек: 52%, пациенток, использовавших Нористерат, 46,66% – минилапаротомию, 62% – Депо-Провера. Среди гинекологических заболеваний хронические ВЗОТ имели 68,7% пациенток, миому матки – 5,3% женщин, использовавших гестагенные контрацептивы.

Таблица 1.3.2

**Возрастной состав пациенток, использовавших контрацептивы
после искусственного аборта**

Возрастные группы (лет)	Всего		Нористерат		ДМПА		Минилапаротомия	
	п	%	п	%	п	%	п	%
25-29	2	2,3	2	4,7	-	-	-	-
30-34	23	26,1	17	39,5	6	15,0	-	-
35-39	31	35,2	20	46,5	9	22,5	2	40,0
40-44	29	33,0	4	9,3	23	57,5	2	40,0
45-49	3	3,4	-	-	2	5,0	1	20,0
Итого	88	100,0	43	100,0	40	100	5	100,0

Таблица 1.3.3

**Использование методов контрацепции женщинами групп высокого риска в послеродовом
периоде**

Паритет	Нористерат		ДМПА		ДХС		Всего	
	п	%	п	%	п	%	п	%
После I-х родов	8	13,33	5	10	-	-	13	8,33
После II-III родов	31	51,67	26	52	12	15,23	69	41,03
После IV и более родов	21	35	19	38	69	84,77	109	50,64
Всего	60	100,0	50	100,0	81	100,0	191	100,0

1.4. Характеристика использованных в исследовании современных контрацептивов

НОРИСТЕРАТ (НЭТ-ЭН). Инъекционный контрацептив Нористерат – это масляная суспензия норэтистерон энантата для внутримышечных инъекций. Препарат является производным прогестерона; в одной ампуле норэстерона содержится 200 мг вещества.

Депо-Провера 150. Инъекционный контрацептив Депо-Провера – это водная суспензия медроксипрогестерона ацетата для внутримышечных инъекций. Препарат является производным прогестерона; каждый миллилитр его (150 мг/л) содержит: медроксипрогестерона ацетат – 150 мг, полиэтиленгликоль – 4000 мг, полсорбат – 80 мг, натрия хлорид, метилпарабен, вода для инъекций.

НЭТ-ЭН и ДМПА вызывают торможение секреции гонадотропных гормонов (особенно лютеинизирующего гормона) и, таким образом, предотвращают овуляцию; кроме того под воздействием этих препаратов происходит торможение секреторных изменений, необходимых для подготовки эндометрия к имплантации оплодотворенной яйцеклетки, а также повышается вязкость слизи цервикального канала, препятствующей проникновению сперматозоидов.

НЭТ-ЭН предварительно гидролизует в печени, превращаясь в биологически активный стероид – норэтистерон, что оказывает влияние на всасываемость и биодоступность, выводится из организма быстрее, чем ДМПА, и соответственно, подавляет овуляцию на более короткое время.

НЭТ-ЭН назначали через 6 недель после родов, не использовавшим метод лактационной аменореи (МЛА) каждые 2 месяца, а в последующем – через 3 месяца (5 инъекций в год); препарат назначали непосредственно после аборта по такой же схеме.

Первую инъекцию Депо-Провера 150 назначали через 6 недель после родов, не использовавшим МЛА, затем каждые три месяца (4 инъекции в год), препарат назначали непосредственно после аборта по такой же схеме.

Кормящим матерям, использовавшим метод лактационной аменореи, ДМПА и НЭТ-ЭН применялся после 6 месяцев.

Все респонденты были кормящими.

ДХС путем минилапаротомии. Это один из способов добровольной хирургической стерилизации, который является адаптированным вариантом традиционной лапаротомии. При этом вытягиваются фаллопиевы трубы и производится их окклюзия через абдоминальный разрез, равный 3-4 см.

Для стерилизации производили минилапаротомию:

- для интервальной – над лобком;
- для послеродовой – в области дна матки, первые 48 часов после родов (на 2 см ниже пупка).

Предоперационная подготовка включала назначение очистительной клизмы за 8 часов до операции и перед ней, а также обязательное опорожнение мочевого пузыря. Операция производилась:

1. Под местной анестезией - инфильтрировали кожу по линии разреза, используя в общем 10 мл 2% лидокаина из расчета 5 мг/кг веса (20 мл на 40 кг), промедол - 2 мл внутривенно, седуксен - 2 мл.
2. Под внутривенным обезболиванием – 2-4 мг на 1 кг массы тела кетамина, реланиум 20-30 мг/кг.

Техника минилапаротомии. Производили на коже горизонтальный разрез длиной приблизительно 3 см. Осторожно разъединяли подкожные ткани и вводили расширители в разрез. Контроль гемостаза. Производили разрез на фасции. Захватывали края с помощью зажимов. Расширяли фасциальный разрез в вертикальном направлении в обе стороны (отверстие в фасции должно быть больше, чем кожный разрез). Осторожно разъединяли прямые мышцы по белой линии живота. Отводился внебрюшинный жир, чтобы обнажить

брюшину. Захватив брюшину зажимами, приподнимали брюшину, для проверки ее прозрачности. Сделав маленькое отверстие в брюшной полости ножницами или скальпелем, проверяли нижележащие ткани, чтобы убедиться, что кишечник и мочевой пузырь не повреждены. Расширив разрез по мере надобности, перемещали ретракторы внутрь брюшной полости. При необходимости переводили пациентку в положение Тренделенбурга. Визуально удостоверившись в том, что дно матки находится в области разреза, подводили поочередно фаллопиевы трубы к операционному разрезу, пользуясь зажимам Келли и Бабкока. Осторожно захватывали маточную трубу и бережно вытягивали ее через рану. Во время операции поддерживали непрерывный контакт с пациенткой (словесная анестезия). Создав петлю маточной трубы длиной 1-2 см, накладывали свободную петлю (из кетгута) вокруг петли маточной трубы и захватывали лигатуру. Рассекали купол трубы. Производили осмотр культи и контроль на гемостаз. Перерезали лигатуру на 1см от культи и опускали маточную трубу в брюшную полость (метод Помероя). Повторяли ту же процедуру на второй трубе. Закрывали брюшину кисетным швом. Закрепляли углы фасциального разреза двумя швами в виде восьмерки. При необходимости накладывали узловые кетгутовые швы на подкожный шов. На кожу – косметический шов. Противопоказанием к операции являлись тяжелые роды, гестоз тяжелой степени, массивные кровопотери у рожениц, воспаление придатков – при интервальной миолапаротомии.

1.5. Анализ результатов исследования контрацептивных услуг после аборта

Нами проведен анкетный опрос 111 пациенток, прибегших к медицинскому аборту в Кыргызстане.

Разработанная нами анкета, состоящая из 58 вопросов, характеризовала следующие параметры: 1) возрастные параметры; 2) репродуктивное поведение; 3) контрацептивное поведение; 4) мотивация к аборту и его медицинские аспекты; 5) оценка службы, предоставляющая контрацептивные услуги.

Результаты исследований показали, что среди изучаемой группы женщин каждая вторая была киргизкой (53.6%), каждая третья – узбечкой (34.5%); русские составляли 5.4%, остальные 6.5% были другой национальности (казашки, турчанки, татарки, грузинки).

Несмотря на то, что участники опроса имели достаточный уровень образованности, медицинский аборт был произведен 72.7% женщинам со средним образованием, 25.4% - высшим, а 1.8% - начальным.

Обратились в медицинское учреждение для производства аборта в основном женщины активного репродуктивного возраста (68%), среди которых в возрасте 20-24 лет было 15.4% пациенток, 25-29 лет - 27.2%, 30-34 лет - 25.4%. Остальные 31% относились к позднему репродуктивному возрасту (35-39 лет), 1% - подростковому (15-19 лет). Среди опрошенных 93.6% участников состояли в браке, 6.4% не имели семью.

К сожалению, 41% женщин пришли на прерывание беременности без сопровождения кого-либо, остальные 59% были с мужьями (29%), сестрами (27.6%) и другими лицами (2.4%).

Изучение репродуктивного анамнеза показало, что до настоящего аборта 7.3% женщин не имели детей, у 15.4% в семье рос 1 ребенок, 67.2% пациенток имели 2-4 детей, 10% - от 5 до 10.

Установлено, что почти у каждой второй пациентки (45.5%) настоящий аборт был первым, остальные 54.5% женщин произвели в прошлом от 1 до 5 аборт.

Изучение контрацептивного анамнеза респонденток показало, что до этой беременности (которую она прервала) они использовали современные методы контрацепции лишь 63.3%, среди которых 30% - ВМС, 30% - презервативы, 15.9% - ОК, 5.7% - Депо-Провера, 8.7% - прерванный половой акт, 4.3% - МЛА, 5.4% - естественные методы планирования семьи.

Установлены причины неиспользования методов контрацепции до этой беременности: 51% женщин были уверены, что не забеременеют, 15% - боязнь побочных эффектов контрацептивов, 8.3% - не одобряют контрацепцию, 6.6% - не знают ничего о контрацептивах, 1.6% - члены семьи не одобряют использование контрацепции, 10% желали рождение ребенка.

Анкетирование показало, что большинство пациенток (77.2%) предпочли обслуживание в тот же день, и только 22.7% - записались на аборт заранее. Участие жены в принятии решения прервать беременность путем медицинского аборта было в 46% случаев, мужа - 37.6%, свекрови- 9.7%, мамы-5.1%, сестры -1%, партнера -0.5%.

Ответы 57.2% участников анкетирования свидетельствовали, что они получили в учреждении, где был произведен медицинский аборт, информацию о методах предохранения от последующей беременности, 29% респондентов ответили отрицательно. В основном информация была предоставлена врачом, выполнявшим процедуру (62.7%). В остальных случаях другим врачом (3.6%), акушеркой (5.4%), медицинской сестрой (3.6%).

Из общего числа участников каждая вторая женщина получила информацию о методах предохранения от последующей беременности до начала аборта (46.3%), каждая десятая - во время аборта (10.9%), остальные (42.8%) были информированы до прихода в учреждение, где произведен медицинский аборт. При этом 36.3% женщин не знают, когда могут забеременеть снова после аборта. Из числа положительных ответов (62.7%) правильных было 48.7%.

Использовать контрацепцию сразу после аборта решили 82.8% женщин, при этом предпочли ОК-33.6%, ВМС-32.6%, Депо-Провера -21.%, презервативы - 12.7%. Однако получили необходимый метод контрацепции в этом учреждении только 54.5% женщин. На вопрос «Почему вы не получили метод контрацепции сегодня» были получены следующие ответы: воздержались до следующего посещения (52.8%), не доступны в клинике сегодня (23%), не доступны, переправлены к другому источнику (24.2%). Каждая вторая пациентка уверена, что наиболее важным источником информации о послеабортной контрацепции является ее врач (52.7%), некоторые считают, что медицинская сестра или акушерка (7.2%), остальные продолжают надеяться на маму или свекровь (8.1%), мужа (5.4%), подругу (5.4%). Большинство участников опроса уверены, что информацию о методах предохранения от последующей беременности получают в Центрах репродуктивного здоровья (52.6%), каждая третья женщина обратилась бы в Центр семейной медицины (35.4%), в больницах хотят получить контрацептивные услуги 12 % пациенток. При этом 48.2% женщин ответили, что врач не сказал о том, куда пойти, чтобы получить нужный метод контрацепции после аборта.

Для регулирования рождаемости, планирования семьи используются следующие методы контрацепции:

1. Барьерные (или механические)
2. Спермициды (или механические)
3. Ритмические (биологические)
4. Прерванное половое сношение, метод грудного вскармливания
5. Внутриматочные средства (ВМС)
6. Гормональная контрацепция
7. Добровольная хирургическая стерилизация

1. Барьерные методы контрацепции (БМ):

- Диафрагма
- Шеечные колпачки
- Губки
- Презервативы

2. Спермициды:

Форма выпуска спермицидов: кремы, желе, свеча, таблетка, пена, пленка.

Спермициды	Состав
Крема, желе	
Делфин	Ноноксинол-9
Концептрол	Ноноксинол-9
Коромекс, орто, орто-гинол, рамзес, ренделл	оксоксинол
Алпагель, фарматекс	Хлористый бензалконий
Свечи, таблетки	
Нео-сампун	Менфенгол
Фарматекс	Хлористый бензалконий
Патентекс овал, семицид, серилин	Ноноксинол-9
Аген-53, син-а-ген	Ноноксинол-9+полисахаридный эфир
Пленка	
АБФ, ВКП (вагинальная контрацептивная пленка)	Ноноксинол-9
Пена	
Делфин, патентекс	Ноноксинол-9

3. Ритмический метод (биологический):

- 1) Календарный (метод Ogino- Knaus);
- 2) Температурный;
- 3) Цервикальный (метод Билинга);
- 4) Симптомотермальный (мультикомпонентный).

4. Естественное планирование семьи:

ритмический, метод грудного вскармливания первые 6 месяцев, прерванное половое сношение.

5. Внутриматочная контрацепция:

- 1) Инертные (петля Липпса);
- 2) Медикаментозные: медьсодержащие (TCu-380A, TCu-380S Slimline, TCu-220B, TCu-380Ag, Multiload Cu 375) и прогестагенсодержащие (Мирена).

6. Гормональная контрацепция:

а) Комбинированные эстроген-гестагенные препараты:

- **КОК** (комбинированные оральные контрацептивы): монофазные, многофазные (двух- и трехфазные); см. таблица 1.1.
Чистопрогестиновые таблетки Циклофем: 5 мг эстрадиол сипионат, 25 мг ДМПА
Месигина: 5 мг эстрадиол валерат, 25 мг НЭТ-ЭН рекомендуются 1 раз в месяц.
- **Влагалищное кольцо:** Новаринг (Organon, Нидерланды)- контрацептивное кольцо диаметром 54 мм, выделяет в сутки 120 мкг этинилэстрадиол и 15 мкг этонолгестрел (метаболит дезогестрела)- применяется 1 раз в месяц на 3 нед.;
- **Подкожные имплантанты**
-Норплант - гибкие силиконовые капсулы длиной 3,4см и 2,5 мм, каждая из которых содержит 35 мг левоноргестрела –на 5 лет.
- OrthoEvra - 20 мкг ЭЭ и 150 мкг норелгестромина (метаболит норгестимата), наклеивается на одну из 4 зон (ягодицы, грудь за исключением молочных желез, внутренняя поверхность плеча, нижняя часть живота, используется 1 раз в неделю в течение 3-х последовательных недель, четвертая неделя - перерыв). Таблица 1 КОК

Таблица 1.1.

Монофазные КОК

Препарат	Состав		Страна – изготовитель
	Эстроген этинилэстрадиол, мг (ЭЭ)	Гестаген	
Овидон	0,05мгЭЭ	0,25 мг левоноргестрела	Венгрия
Ригевидон	0,03	0,15 мг левоноргестрела	Венгрия
Микрогинон	0,03	0,15 левоноргестрел	Германия
Марвелон	0,03	0,15 мг дезогестрел	Нидерланды
Фемоден	0,03	0,075 мг гестоден	Германия
Силест	0,035	0,25 мг норгестимата	Швейцария
Овисмен	0,035	0,50 мг норэтистерон	Швейцария
Регулон	0,03	0,15 мг дезострела	Венгрия
Новинет	0,02	0,15 мг дезострела	Венгрия
Логест	0,02	0,075 мг гестогена	Германия
Мерсилон	0,02	0,15 мг дезогестрел	Нидерланды
Рестовар	0,0375	0,75 мг линестренол	Нидерланды
Линдинет-20	0,02	0,075 мг гестадена	Венгрия
Белара	0,03	0,2 мг хлормадинона	Германия
Жанин	0,03	0,2 мг диеногеста	Германия
Диане 35	0,035	0,2мг ципротерон ацетат	Германия
Демулен	0,035	0,10этинилдиолдиацетат	США

Таблица 1.2.

Двух-, трехфазные КОК

Препарат	Состав		Страна – изготовитель
	Эстроген, мг ЭЭ	Гестаген, мг	
Антеовин	Этинилэстрадиол 0,05мг-11 дней 0,05-мг- 10 дней	Левоноргестрел 0,05мг-11 дней 0,125 мг-10 дней	Венгрия
Триквилар	0,03-6дн 0,04-5дн 0,03-10дн	0,05-6дн 0,075-5дн 0,125-10дн	Германия
Три-регол	0,03-6дн 0,04-5дн 0,03-10дн	0,05-6дн 0,075-5дн 0,125-10дн	Венгрия
Милване	0,03-6дн 0,04-5дн 0,03-10дн	Гестоден 0,05-6дн 0,07-5дн 0,1-10дн	Германия
Три-мерси	0,035-7дн 0,03-7дн 0,03-7дн	Дезогестрел 0,05-7дн 0,1-7дн 0,15-7дн	Нидерланды

КИК (комбинированные инъекционные контрацептивы):

Прогестиновые таблетки	Состав	Страна изготовитель
Микролют	300мкг левоноргестрел	Германия
Микронор	350мкг норэтиндрон	США, Швейцария
Овретте	75мкг норгестрел	США
Экслютон	50 мкг линестренол	Нидерланды
Чарозетта	75мкг дезогестрел	
Микровал	300мкг левоноргестрел	Германия

б) Чистые прогестагены:

- Мини-пили (оральные таблетки) см. таб.2
- Инъекционные чистопрогестиновые

ДМПА- «Депо-Провера»-содержит 150 мг медоксипрогестерон ацетат-1 раз в 3 месяца, норэтистерона энантат «НЭТ-ЭН» содержит 200 мг норэтистерона энантат -1 раз в 2 месяца.

7. Добровольная хирургическая стерилизация:

1. Мужская: вазэктомия;
2. Женская:
 - а) лапароскопия
 - б) минилапаротомия (интервальная и послеродовая).

Центры репродуктивного здоровья и Центры семейной медицины должны усилить обучение специалистов амбулаторной и госпитальной службы принципам послеабортной контрацептивной помощи, что значительно улучшит репродуктивное здоровье и расширит доступ к контрацептивным услугам.

1.6. Приемлемость и эффективность гестагенных инъекционных контрацептивов в послеродовом периоде

Цель исследования: для женщин группы высокого риска изучить влияние гестагенных контрацептивных средств пролонгированного действия с целью удлинения интергенетического интервала и минилапаротомии для прекращения деторождения.

Таблица 1.6.1

Возраст пациенток, использовавших гестагенные контрацептивы после родов

Возраст	НЭТ-ЭН		ДМПА	
	n=60		n=50	
	Абс.	%	Абс.	%
30-34	27	45,0*	3	6,0%
35-39	21	35,0*	4	8,0%
40-44	10	16,6	18	36,0%*
45-49	2	3,3	25	50,0%*

достоверность < 0.05

Результаты проведенных анализов показали, что ДМПА и НЭТ-ЭН являются приемлемыми и эффективными методами предохранения беременности для женщин групп высокого риска активного и позднего репродуктивного возраста после родов, как представлено в таблице.1.6.1.

В течение года ни у одной из них беременность не наступила (индекс Перля = 0).

Следует отметить, что ДМПА оказался достоверно приемлемым для более старшей возрастной группы, в отличие от НЭТ-ЭН.

Установлено, что женщины быстро привыкают к использованию метода и охотно применяют его в течение длительного времени.

Выявлена прямая корреляционная зависимость между возрастом и длительностью использования метода ($r=0,98$).

Таблица 1.6.2

**Использование гестагенных методов контрацепции женщинами групп
высокого риска в послеродовом периоде**

Паритет	Нористерат		ДМПА		Всего	
	п	%	п	%	п	%
После I-х родов	8	13,33	5	10	13	11,82
После II-III родов	31	51,67	26	52	57	51,82
После IV и более родов	21	35	19	38	40	36,36
Всего	60	100,0	50	100,0	110	100,0

Как видно из представленных данных, инъекционные контрацептивы использовали каждая вторая женщина после II-III родов и каждая третья - после IV родов.

Таблица 1.6.3

**Структура соматических заболеваний среди пациенток,
использовавших инъекционные контрацептивы после родов**

Название заболеваний	НЭТ-ЭН	ДМПА	ВСЕГО
	п=60	п=50	п=110
Анемия различной степени тяжести	43,3%	62,0%	51,82%
Заболевания сердечно-сосудистой системы	16,67%	6,0%	11,82%
Заболевания почек	13,33%	22,0%	17,27%
Заболевания печени	10,0%	6,0%	8,18%
Миопия высокой степени	6,67%	-	3,64%
Заболевания щитовидной железы	3,33%	6,0%	4,55%
Черепно-мозговая травма	3,33%	-	1,82%

Таблица 1.6.4

**Структура гинекологических заболеваний среди пациенток, использовавших
инъекционные контрацептивы после родов**

Название заболеваний	НЭТ-ЭН п=60	ДМПА п=50	Всего п=110
Метроэндометрит	43,3%	62,0%	51,82%
Заболевания придатков	16,67%	6,0%	11,82%
Заболевания шейки матки	13,33%	18,0%	15,45%
НМЦ	10,0%	6,0%	8,18%
Миома матки	16,6%	10,0%	13,64%

Представленные данные свидетельствуют, что нарушение менструального цикла одинаково имели пациентки с различным паритетом, метроэндометритом достоверно чаще страдали многорожавшие, патологию шейки матки имели в основном повторнородящие.

Результаты проведенных нами исследований показали, что Депо-Провера является высокоэффективным контрацептивным средством для женщин, желающих удлинить промежуток между родами (интергенетический интервал).

Установлено, что интергенетический интервал менее 2-х лет отмечался у 50,6% пациенток, причем у каждой третьей многорожавшей (33,33%). После первых родов короткий промежуток между родами отмечался у 2,9% женщин.

Обследованные женщины имели в прошлом 341 аборт, 82 вакуум-аспирации, 94 самопроизвольных выкидыша.

Изучение контрацептивного анамнеза показало, что Депо-Провера начали использовать впервые 30,9% женщин, которые не пользовались ранее никакими другими методами

контрацепции, в том числе многорожавших - 32,8%, повторнородящих - 54,6% , первородящих - 12,5%.

Установлено, что до начала исследования каждая третья женщина была не довольна предыдущими методами предохранения от беременности.

Следует отметить, что НЭТ-ЭН оказался приемлемым и безопасным методом контрацепции у женщин с осложненным течением первой беременности, после кесарева сечения (35%) и преждевременных родов (71,67%).

Таблица 1.6.5.

Частота осложнений во время беременности и родов у женщин, использовавших НЭТ-ЭН после родов

Наименование заболеваний	Количество родов		
	1 (n=8)	2-3 (n=31)	≥ 4 (n=21)
	%	%	%
Гестоз (гипертензионные нарушения беременности)	37,5	12,0	28,57
Угроза прерывания беременности	62,5	19,35	38,1
Урогенитальная инфекция в различных сроках	100,0	74,19	57,14
Слабость родовой деятельности	37,5	19,67	19,04
ПРПО	62,5	12,35	4,76

* $p < 0.05$

Установлено, что инъекционные контрацептивы оказались приемлемым контрацептивом для женщин различного биологического фенотипа: его использовали 42,6% эстрогенного типа, 32,4%, гестагенного и 25% – андрогенного.

Одним из основных направлений данного исследования явилось изучение нежелательных эффектов при длительном использовании НЭТ-ЭН и Депо-Провера. В отличие от большинства пероральных контрацептивов, эти препараты не содержат эстрогена и поэтому не вызывают побочных эффектов, обусловленных наличием последнего.

Результаты исследований показали, что квалифицированное консультирование перед выбором метода контрацепции о возможных нежелательных явлениях (изменение менструального цикла, включая нерегулярность или отсутствие менструальных кровотечений) помогло пациентам определиться с выбором гестагенной контрацепции и правильно пользоваться им, что увеличило длительность его использования. Исследованием выявлено, что при использовании НЭТ-ЭН в течение года из 60 пациенток отмечалось изменение менструации по типу олигоменореи у 6,67%, а к концу года (на 4-5 инъекции) у каждой третьей женщины чаще встречалась аменорея (23,3%). Тогда как при использовании Депо-Провера аменорея отмечается после каждой последующей инъекции: после первой - у 45 пациенток (90,0%), второй - 48 (96,0%), третьей – 48 (96,0%), четвертой – 48 (96,0%), как представлено в таблице 1.6.7.

Полученные результаты подтверждают способность гестагенов вызывать атрофические изменения эндометрия, способствующие развитию временной аменореи у большинства пациенток после приема последующих инъекций препарата.

Таблица 1.6.6.

Нежелательные эффекты НЭТ-ЭН у женщин, использовавших контрацепцию после родов

Нежелательные эффекты	Количество инъекций					
	1-2		3-4		5	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Кровомазание	13	21,6	-	-	-	-
Аменорея	-	-	4	6,6	14	23,3*
НМЦ (по типу олигоменореи)	4	6,67	7	11,6	11	18,33
Изменение либидо	3	5	2	3,3	4	6,6
Увеличение массы тела	1	1,67	1	1,67	3	5

* $p < 0.05$

Таблица 1.6.7.

**Нежелательные эффекты при использовании пациентками
Депо-Провера**

Нежелательные эффекты	Количество инъекций							
	1		2		3		4	
	n = 50		n = 50		n = 50		n = 50	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Аменорея	45	90,0	48	96,0	48	96,0	48	96,0
Кровомазание	17	34,0	15	30,0	17	34,0	19	38,7
Кровотечение	3	6,0	1	2,0	-	-	-	-
Увеличение веса	5	10,0	7	14,0	7	14,0	7	14,0
Изменение либидо	3	6,0	5	10,0	7	14,0	7	14,0

** - достоверно по сравнению с первой инъекцией ($p < 0.05$)

Исследования показали, что аменорея наблюдалась у повторнородящих и многорожавших в равной степени. Менструация отсутствовала у 45 (90,0%) после 1-ой инъекции и имела тенденцию к увеличению до конца года у 48 (96,0%).

Установлено, что межменструальные выделения продолжительностью до 10 дней наблюдались к концу года у каждой третьей пациентки (34,0%). Однако, этот факт не явился поводом для прекращения инъекций.

Из общего числа женщин, использовавших Депо-Провера, кровотечение отмечалось у 3 (6,0%) после 1-ой инъекции; в связи с этим, вторая инъекция произведена раньше намеченного срока с целью гемостаза, что способствовало прекращению кровотечения, и женщины продолжали пользоваться методом.

Кровотечений прорыва, требующих специальной терапии, не наблюдалось. Все остальные побочные эффекты (головная боль, тошнота, увеличение массы тела, снижение либидо) имели частоту менее 14,0% и не отразились на продолжительности применения препарата. Следует отметить, что увеличение массы тела у женщин при использовании НЭТ-ЭН (5%) было незначительным по сравнению с Депо-Провера (14%).

Таким образом, женщины, которые получили консультацию о возможности изменения менструального цикла при использовании НЭТ-ЭН и Депо-Провера, продолжали пользоваться препаратом в течение года, несмотря на побочные эффекты. Наблюдения в течение года показали, что данный метод контрацепции не отразился на общем самочувствии пациенток, о чем свидетельствовали отсутствие жалоб и желание длительного применения препарата.

Результаты проведенных лабораторных исследований подтвердили подлинную безопасность НЭТ-ЭН и Депо-Провера для клинического использования.

В ходе исследований нами установлено, что использование инъекционных препаратов как метода контрацепции оказывает терапевтический эффект у больных с анемией.

Таблица 1.6.8.

**Динамика изменения уровня гемоглобина и гематокрита у женщин,
страдающих анемией**

Показатели	Исходные M±m	Количество инъекций			
		1	2	3	4
		M±m	M±m	M±m	M±m
ДМПА					
Hb, г/л	105,1±2,4	105,8±0,8	115,1±4,4*	124,0±5,7*	126,1±6,0*
Ht, %	34,2±5,0	34,6±5,0	36,8±5,1*	37,4±5,1*	37,9±5,1*
НЭТ-ЭН					
Hb, г/л	104,4±1,3	104,4±1,7	107,1±0,8	111,2±1,2	113,3±1,4
Ht, %	34,1±4,3	34,4±5,0	35,7±4,0	35,9±4,7	36,9±5,0

* - достоверно по сравнению с исходными данными ($p < 0.05$)

Как видно из таблицы, в группе женщин с анемией отмечалось достоверное повышение уровня гемоглобина и гематокрита уже после второй инъекции при использовании ДМПА, после третьей инъекции при использовании НЭТ-ЭН.

Терапевтический эффект препарата отразился на состоянии здоровья пациентов при долгосрочном использовании инъекций. К концу года уменьшился удельный вес женщин с анемией, при этом уменьшилось количество пациентов с тяжелой и средней степенью анемии.

Исследования показали, что НЭТ-ЭН не изменяет липидный и углеводный обмен, имеется некоторое снижение липопротеидов высокой плотности через 6 месяцев после приема препарата (таблица 1.6.9).

Таблица 1.6.9.

Воздействие на метаболические изменения НЭТ-ЭН (в ммоль/л)

	НЭТ-ЭН после родов (n=50)			
	Исходные	Через 6 мес.	Через 12 мес.	В норме
Липидный обмен:				
Общий холестерин	6,5±0,5	5,5±1,0	3,5±1,1	3,9-6,1
ЛПНП	0,5±0,4	0,6±0,3	0,3±0,2	0,9
ЛПВП	3,3±0,4	3,27±0,3	3,1±0,3	4,9
Триглицериды	2,1±0,1	2,0±0,2	1,8±0,3	2,3
Углеводный обмен:				
Сахар в крови	5,3±0,1	4,7±0,1	3,5±0,1	3,3-5,5

Одной из главных задач настоящего исследования явилось изучение механизмов воздействия Депо-Провера на гормональный статус. Результаты проведенных исследований репродуктивных гормонов при использовании Депо-Провера в течение года представлены на рисунках 1.6.1 и 1.6.2.

Представленные данные свидетельствуют, что при применении пролонгированных прогестинов уровень пролактина остается стабильным и соответствует исходным значениям. Применение Депо-Провера и НЭТ-ЭН несколько снижает уровень ФСГ и ЛГ. Тем не менее базальный уровень гормонов репродуктивной системы сохраняется. Следовательно, под воздействием пролонгированных прогестинов подавление овуляции блокируется образованием эндогенных гормонов, но не подавляется полностью. Базальный уровень ФСГ поддерживает развитие фолликулов в яичниках, но отсутствие должной обратной связи «яичники-гипофиз» и монотонная секреция ЛГ, без характерного пика, препятствуют созреванию фолликула и наступлению овуляции, что проявляется появлением периода «стерильности» у женщин (рисунок 1.6.1 - 1.6.4).

Динамика изменений репродуктивных гормонов у женщин, использующих НЭТ-ЭН (n=60)

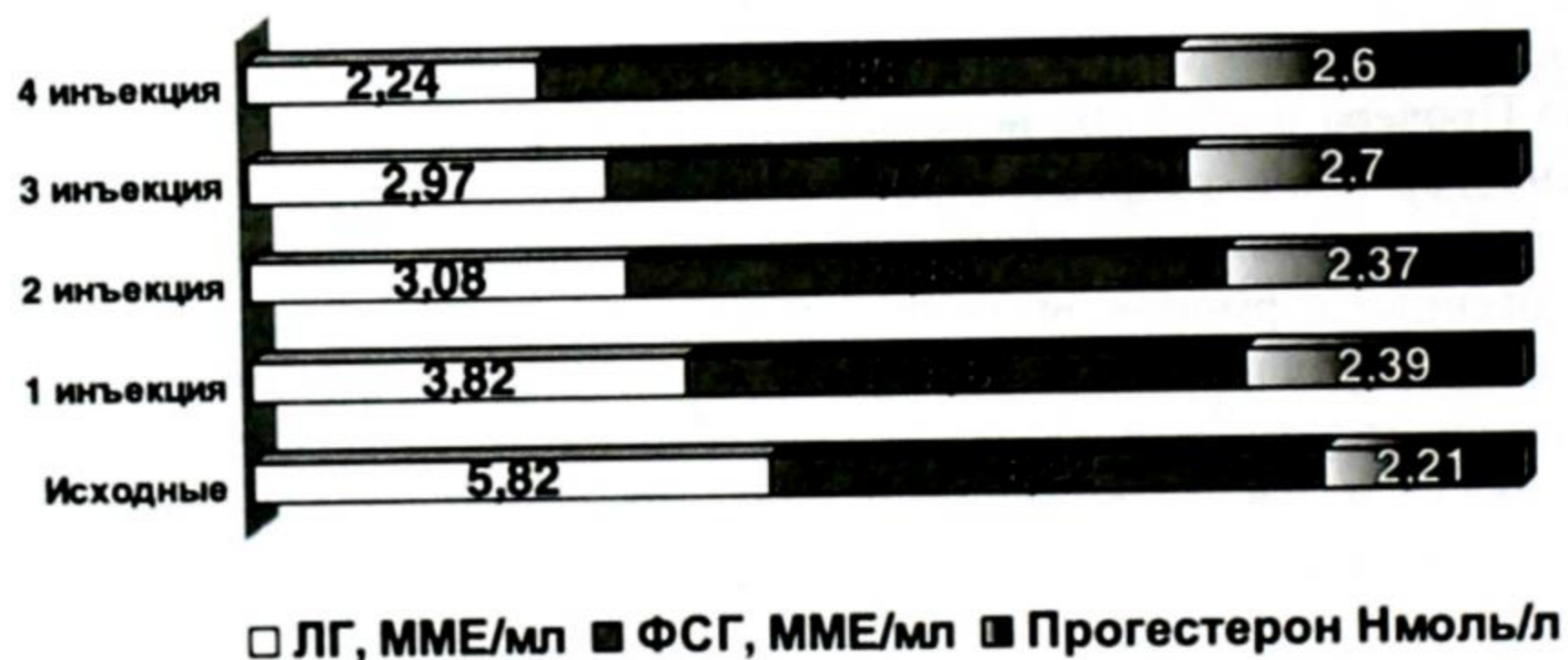
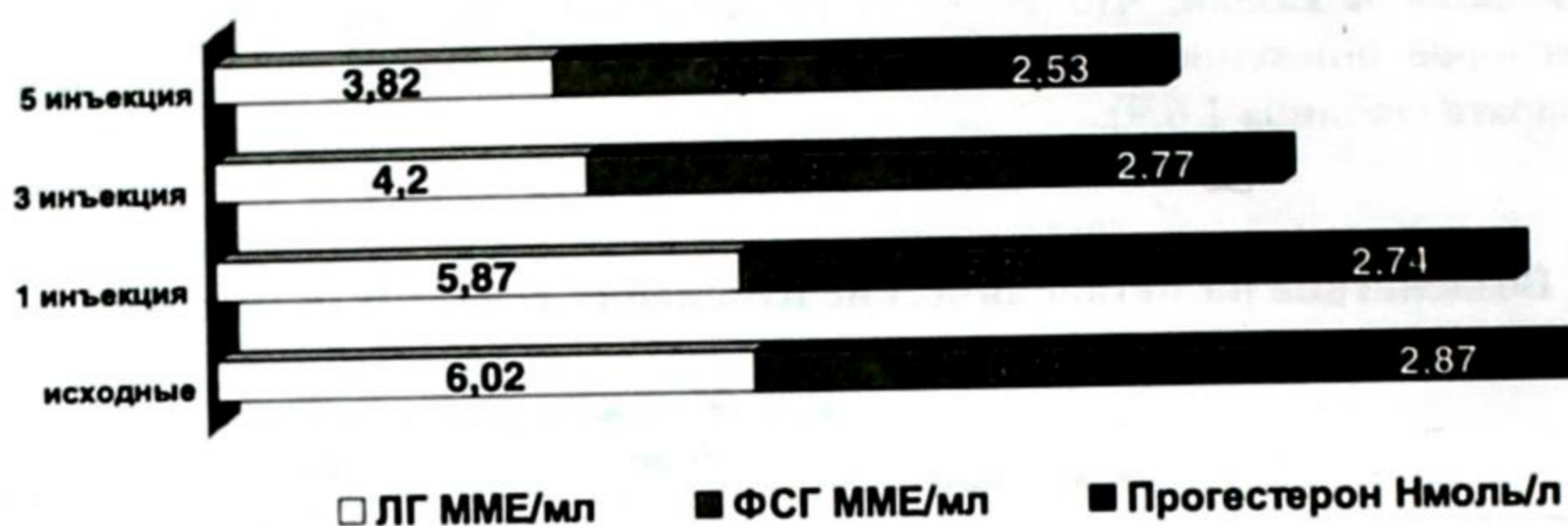


Рисунок 1.6.4.

**Динамика изменений репродуктивных гормонов у женщин,
использующих ДМПА (n=50)**



Проведенный мониторинг за пациентками, использовавшими НЭТ-ЭН и Депо-Провера, позволил изучить действие гестагенного контрацептива длительного действия на состояние эндометрия и яичников.

Нами определены размеры матки, яичников и срединного М-эха в зависимости от количества использованных инъекций (таблица 3.1.10).

Представленные в таблице данные указывают на отсутствие патологических изменений матки, ее размеров, независимо от исходного состояния эндометрия, что подтверждает безопасность препарата для клинического применения. Установлено достоверное изменение размеров матки и яичников после каждой последующей инъекции, что может предотвращать гиперпластические процессы в эндометрии и пролиферативные явления в яичниках.

Исследованиями не выявлено достоверных различий в средних размерах матки. Объем яичников до и после инъекции также достоверно не отличался (таблица 1.6.10).

Таблица 1.6.10

**Размеры матки, яичников и величины срединного М-эха у женщин,
использовавших Депо-Провера**

Данные	Количество инъекций				
	Исходные	1	2	3	4
	P±m	P±m	P±m	P±m	P±m
Длина матки (мм)	59±3,4	60,1±3,5*	56,9±3,5*	53,5±3,6*	50,3±3,6*
Ширина матки (мм)	49±3,5	48,9±3,6*	50,2±3,5*	46,4±3,6*	44,7±3,5*
Переднезадний размер	40±3,4	44,4±3,6*	45,0±3,5*	43,4±3,5*	40,8±3,5*
М-эхо (мм)	7,0±1,8	2,3±1,1*	2,8±1,2*	3,0±1,2*	3,4±1,2*
Объем левого яичника (см ³)	7,2±1,8	5,6±1,7*	6,4±1,7*	6,2±1,7*	6,4±1,7*
Объем правого яичника (см ³)	6,1±1,7	5,6±1,7*	5,2±1,6*	5,9±1,7*	6,1±1,7

*достоверно по сравнению с исходными данными (p<0.05).

Таблица 1.6.11

**Изменение толщины эндометрия при аменорее у женщин,
использовавших Депо-Провера (мм)**

Исходные	Количество инъекций			
	1	2	3	4
	n=50	n=50	n=50	n=50
M±m	M±m	M±m	M±m	M±m
	6,1±2,2 мм	2,4±1,9 мм*	2,7±1,6 мм*	1,7±1,2 мм*

* достоверно по сравнению с исходными данными (p<0.05)

Таблица 1.6.12

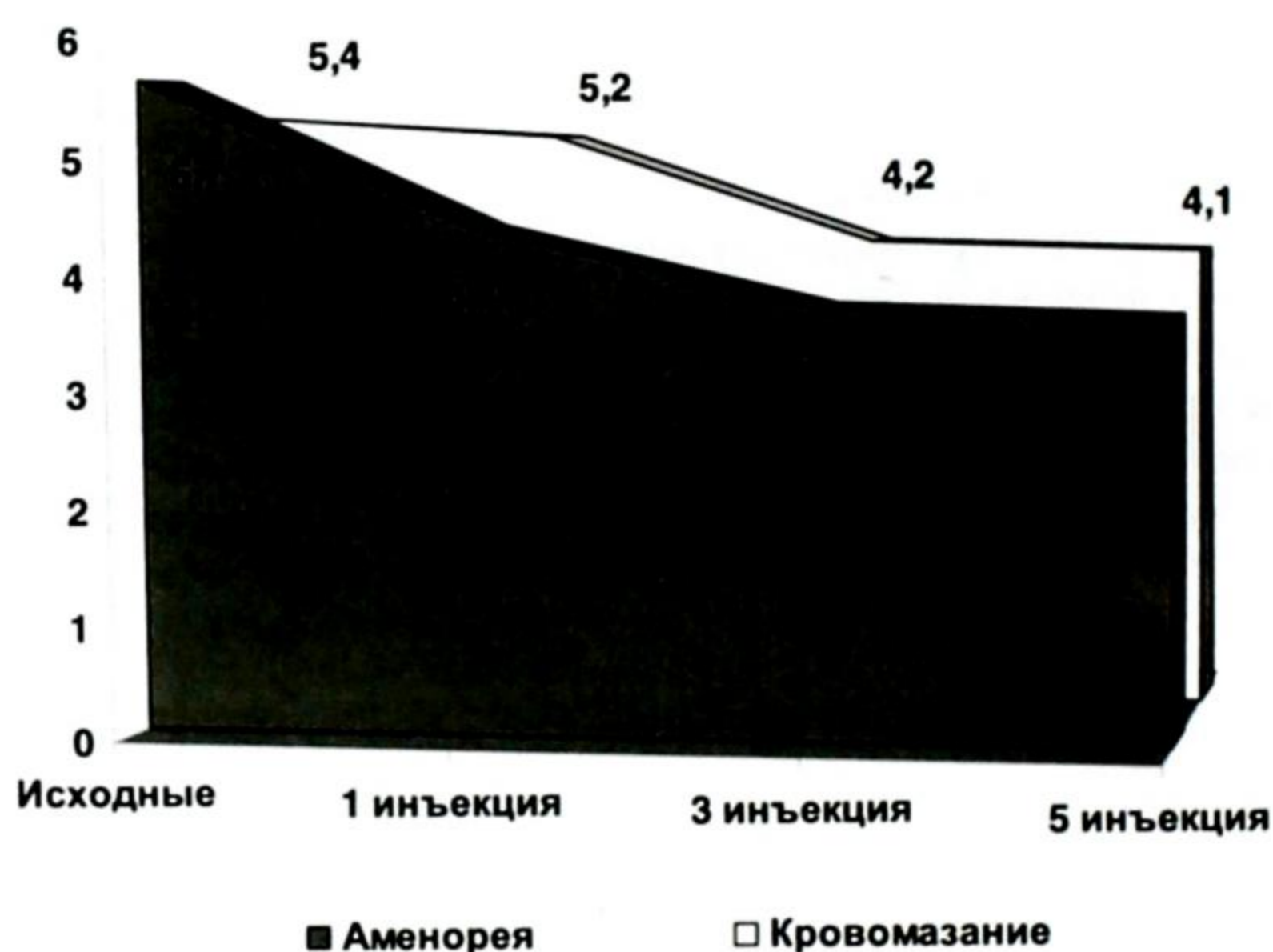
**Изменение толщины эндометрия при кровомазании у женщин,
использовавших Депо-Провера (мм)**

Количество инъекций				
Исходные	1	2	3	4
n =50	n =50	n =50	n =50	n =50
M±m	M±m	M±m	M±m	M±m
6,4±2,6 мм	3,9±2,0 мм*	4,8±2,3 мм*	4,1±2,2 мм*	4,9±2,5 мм*

* - достоверно по сравнению с исходными данными (p<0.05)

Рисунок 1.6.5.

**Изменение толщины эндометрия при использовании НЭТ-ЭН
в зависимости от нежелательных эффектов**



В исследовании представляло интерес изучение толщины эндометрия в зависимости от нежелательных эффектов. Результаты полученных данных представлены в таблице 1.6.11 и 1.6.12.

Представленные данные в таблицах 3.1.11 и 3.1.12 убедительно показывают, что при аменорее отмечалось достоверное снижение толщины эндометрия после каждой инъекции ДМПА, однако показатель М-эхо все же оставался в пределах нормы, что свидетельствует об отсутствии патологических изменений эндометрия и возможной обратимости фертильности после прекращения данного метода контрацепции. При кровомазании изменения эндометрия были выражены больше, однако оставались в пределах физиологической нормы, что также подтверждает безопасность использования Депо-Провера.

Изменение толщины эндометрия при использовании НЭТ-ЭН в зависимости от нежелательных эффектов показано на рисунке 3.1.3. Как видно из рисунка, при первых инъекциях НЭТ-ЭН, когда имеют место кровомазания, изменения эндометрия менее выражены, чем при использовании Депо-Провера. При последующих инъекциях, когда отмечается аменорея, происходит снижение толщины эндометрия к 3-5 инъекции, но она остается в пределах нормы, что также как и при Депо-Провера свидетельствует об отсутствии патологических изменений эндометрия и обратимости фертильности после прекращения приема препарата.

Зависимость толщины эндометрия от паритета (мм)

Паритет	Количество инъекций				Среднее значение (мм)
	1	2	3	4	
	$P \pm m$	$P \pm m$	$P \pm m$	$P \pm m$	
Первородящие n = 17	2,0±3,1*	3,5±4,1*	1,7±2,9*	1,7±2,9 *	2,2±3,2*
Повторнородящие n = 15	3,1±2,1*	2,7±1,9*	2,4±1,8*	4,9±2,6*	3,3±2,1*
Многорожавшие n=18	2,3±1,7	2,8±1,9	3,0±2,0	3,4±2,1	2,9±2,0
P	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	

* - достоверно по сравнению с исходными данными ($p < 0.05$)

Результаты исследований показали, что под действием Депо-Провера не происходит существенных изменений внутренних гениталий, что подтверждает безопасность использования препарата для всех возрастных групп, независимо от паритета (таблица 1.6.13).

Учитывая выраженное блокирование овуляции контрацептивами длительного действия, важным являлось изучение восстановления фертильности и обратимости изменений, вызванных препаратом.

В ходе исследования, оценивавшего возможность восстановления фертильности после отмены Депо-Провера, установлено, что средняя продолжительность периода от последней инъекции до восстановления овуляции составляет 6,3 месяца, а для НЭТ-ЭН – 5,5 месяцев. Отмечено, что в группе женщин, возраст которых в среднем составлял $32 \pm 0,9$ лет фертильность восстанавливалась быстрее, чем в группе женщин, возраст которых составлял $37 \pm 0,7$ лет ($p < 0,05$). Кроме того, установлено, что общая продолжительность применения Депо-Провера не влияет на время восстановления фертильности ($p > 0,05$). Не выявлено достоверных различий в скорости восстановления фертильности между первородящими, повторно – и многорожавшими ($p > 0,05$).

Из 50 пациенток, применявших Депо-Провера в течение года, 96,1% были удовлетворены методом и продолжали инъекции.

Таким образом, проведенные исследования позволяют подтвердить высокую эффективность инъекционных контрацептивов НЭТ-ЭН и Депо-Провера – в течение года контрацептивный эффект составил 100%, что позволяет рекомендовать его женщинам группы высокого риска. Препараты приемлемы для всех возрастных групп, независимо от паритета. При этом консультирование пациентов перед выбором инъекционных контрацептивов о нежелательных эффектах является основным принципом оказания контрацептивной помощи, обеспечивающим эффективность и долгосрочность применения НЭТ-ЭН и Депо-Провера.

Исследование эндокринного статуса у обследованных женщин не выявило достоверных изменений.

У пациенток, применявших Депо-Провера и НЭТ-ЭН, снижается менструальная кровопотеря, в связи с чем повышается уровень гемоглобина и продолжительность жизни эритроцитов, вследствие чего концентрация препаратом Депо-Провера особенно показана при анемии.

Гестагенный контрацептив длительного действия уменьшает толщину эндометрия, поэтому показан как препарат для профилактики раковых заболеваний эндометрия.

1.7. Приемлемость и эффективность послеродовой минилапаротомии для женщин групп высокого риска

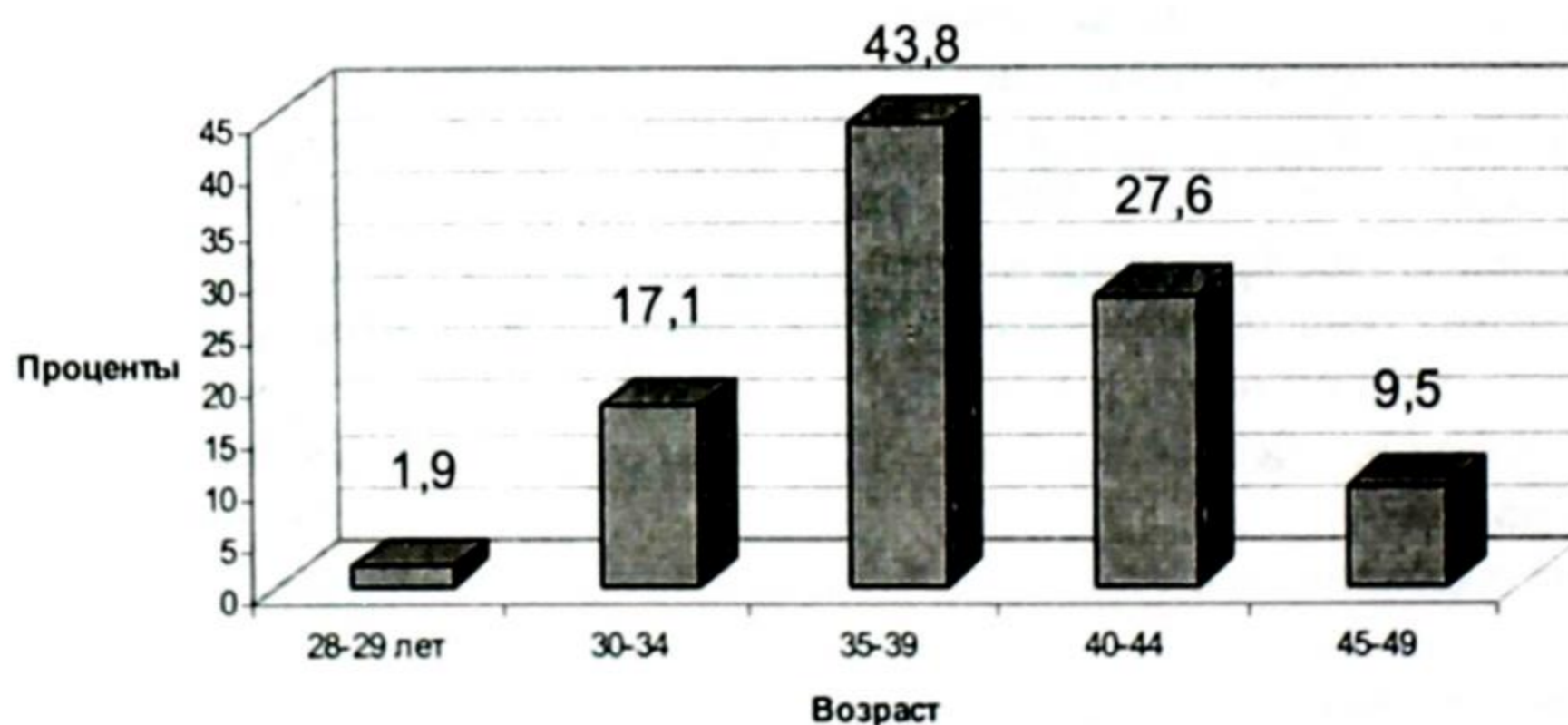
Как показали результаты наших исследований, к 25-35-летнему возрасту 48,4% семей имеют желаемое количество детей, и в течение оставшихся лет им необходимо эффективное предохранение от беременности. При этом возрастает процент незапланированных беременностей и прерывание их абортom у женщин позднего репродуктивного возраста. Высокий процент женщин с экстрагенитальной патологией, а также рост воспалительных заболеваний гениталий представляет трудности при выборе современных методов контрацепции у данного контингента больных.

При проведении настоящего исследования проводилось консультирование о необратимости метода, так как решение о проведении стерилизации основывалось на полном информировании, тщательном обдумывании и желании супружеской пары прекратить деторождение, а также особенностях хирургического доступа. Письменная форма согласия документально подтверждала его наличие. Из 147 проконсультированных женщин, решивших произвести ДХС, произвели ее 74% пациенток, соответствовавших критериям, установленным юридически или указанным в инструкциях, имеющих отношение к возрасту, количеству детей, семейному положению и согласию супруга, и осознанно выбравших данный метод контрацепции.

Нами установлена приемлемость метода для женщин активного и позднего репродуктивного возраста. Как видно из представленных данных (рисунок 4.2.1.), возраст пациенток колебался от 27 до 38 лет, в среднем составляя $36,3 \pm 4,7$ года. Этот метод контрацепции добровольно выбрали и использовали 81% пациенток позднего репродуктивного возраста.

Рисунок 1.7.1

Возрастная структура пациенток, использовавших минилапаротомию (n=86)



Исследованиями установлено, что добровольную хирургическую стерилизацию произвели в основном жительницы села, что составляет 73,3%, остальные 26,7% пациенток были жительницами города Бишкек.

Оценка пациенток перед производством минилапаротомии показала, что экстрагенитальные заболевания имели 86,6% пациенток, в структуре которой сопутствовала анемия легкой и средней степени тяжести – 61,2%, заболевания почек имели 20,4% пациенток, 18,3% имели сердечно-сосудистые заболевания.

Акушерско-гинекологический анамнез был отягощен у 69,5% женщин, при этом сочетание гинекологических заболеваний с высокой частотой искусственного прерывания беременности отмечалось у каждой четвертой женщины. У 37 (43%) последние роды осложнились преэклампсией тяжелой степени, массивное кровотечение с гемотрансфузией у 13 женщин (15%).

Изучение репродуктивного анамнеза показало, что большая часть пациенток были многорожавшими (имели 4 и более детей) – 84,7%, а у 15,2% было 2–3 детей.

Добровольную хирургическую стерилизацию предпочли 84,7% пациенток, неудовлетворенные предыдущими методами контрацепции: из них 52,8% - использованием в прошлом ВМС, 36% - Депо-Провера, остальные 11,2% использовали традиционные методы контрацепции.

Проведенные исследования показали, что основным фактором в минимизации опасности осложнений как технического, так и инфекционного характера, является отбор и оценка пациенток.

При объективном обследовании пациенток основным критерием отбора являлась оценка общего состояния (отсутствие текущих системных заболеваний сердца, легких или почек), масса тела не более 75 кг. Средний вес обследованных пациенток составлял $64,6 \pm 4,6$ кг, среднее систолическое артериальное давление составляло $126,4 \pm 5,6$ мм.рт.ст, диастолическое – $87,6 \pm 3,2$ мм.рт.ст.

Интервальную минилапаротомию произвели 29 (33,7%) пациенткам, в первые двое суток после родов – 57 (66,27%). Результаты исследований показали, что послеродовая минилапаротомия обладает более эффективным и щадящим способом проникновения в брюшную полость, так тщательное консультирование перед родами о существовании данного метода контрацепции позволило произвести эту операцию более широкому кругу пациенток. При этом не требовалось использование маточного подъемника.

Установлено, что использование 10 мг диазепама (орально, с глотком воды) за 30-35 минут до операции позволило уменьшить тревогу и чувство страха у 87,6% женщин. Введение атропина в количестве 0,4-0,6 мг внутримышечно предупреждало брадикардию и вазомоторные рефлексы при манипуляции маточным подъемником у 87,1% пациенток.

Исследованиями установлено, что при проведении операции стандартизированным методом средняя продолжительность операции составляла в среднем $15,1 \pm 4,0$ минуты, при этом более длительное течение ($28,8 \pm 5,1$) отмечалось при использовании местного обезболивания ($p < 0,05$).

Результаты наших исследований показали, что при производстве минилапаротомии у 51 пациентки продолжительность операции составляла $15,7 \pm 4,8$ минут, у 15 женщин, страдавших соматическими заболеваниями и спаечным процессом в малом тазу, – $21,1 \pm 5,8$ минут ($p < 0,05$).

Нами установлено, что использование щадящей техники операции и соблюдение принципов профилактики инфекции снижает уровень травматизации тканей. Средняя кровопотеря при производстве минилапаротомии составила $55,4 \pm 5,3$ мл.

Метод окклюзии маточных труб по Померою оказался безопасным и простым в техническом плане.

Средняя продолжительность перевязки одной трубы занимала $2,3 \pm 1,4$ минуты. При проведении исследований ни в одном случае осложнений при перевязке труб не наблюдалось.

Материалы исследований свидетельствуют о достоверной разнице в течение послеоперационного периода в зависимости от использованных методов обезболивания. У пациенток, которым производилось местное обезболивание 1% раствора лидокаина, продолжительность боли в области послеоперационной раны составляла $6,1 \pm 2,7$ часов, у женщин, использовавших 2–4 мг/кг кетамина, – $5,4 \pm 2,5$ часа.

Из общего количества обследованных 82% пациенток в течение суток испытывали чувство тяжести внизу живота и дискомфорт.

Операцию под общим обезболиванием 97,3% обследованных оценили вполне удовлетворительной и комфортной, под местным обезболиванием такую оценку дали 84,2% пациенток.

Результаты исследований показали, антибиотики в послеоперационном периоде назначались в 6,5%, и при благоприятном течении послеоперационного периода уменьшается длительность антибактериальной терапии, а также время пребывания в стационаре, чем достигается и значительный экономический эффект. На выписку после родов проведение минолапаротомии не влияло.

Послеоперационных осложнений ни у одной женщины не отмечалось.

Состояние послеоперационного косметического шва на 5 сутки у всех пациенток расценивалось как удовлетворительное.

Наблюдение в течение года показало, что нормальный менструальный цикл, отсутствие воспалительных процессов в малом тазу к концу года имели 90% пациенток, опсоменорея отмечалась у 8%, гиперполименорея – у 2%.

Динамическое наблюдение за женщинами не выявило существенных изменений состояния гениталий (таблица 1.7.2).

Как видно из представленных данных, не выявлено достоверных изменений размеров внутренних половых органов у женщин после ДХС.

Наблюдение в течение года показало, что ни у одной женщины не возникло чувство сожаления о произведенной операции.

Таблица 1.7.2.

Динамика ультразвукового скрининга гениталий у женщин, использовавших минолапаротомию (n = 86)

Данные	Исходные (мм)	Через 12 месяцев (мм)
	P ± m	P ± m
Длина матки	59 ± 4,7	58 ± 4,8
Ширина матки	49 ± 4,9	51 ± 4,9
Передне-задний размер	40 ± 4,7	42 ± 4,8
М-эхо	11 ± 3	11 ± 3
Объем левого яичника (см ³)	7,2 ± 2,5	7,9 ± 2,6
Объем правого яичника (см ³)	6,1 ± 2,3	6,4 ± 2,3

Таким образом, клиничко-лабораторными исследованиями подтверждено, что послеродовая минолапаротомия является безопасным и приемлемым методом контрацепции для женщин, желающих прекратить деторождение.

Установлено, что консультирование о необратимости метода является основным принципом при оказании услуг, так как решение о проведении стерилизации основывается на полном информировании, тщательном обдумывании и желании супругов прекратить деторождение.

Таким образом, проведенное исследование показало, что послеродовая минолапаротомия является безопасным и высокоэффективным, доступным методом хирургической стерилизации при правильной оценке пациенток и стандартизированном проведении операции. Послеродовая минолапаротомия может использоваться в любом акушерском стационаре, так как не требует дополнительного обследования и специального оборудования. ДХС не оказывает отрицательного влияния на течение послеродового периода, лактацию, менструальную функцию, сексуальное поведение и соматическое здоровье. Кроме того, этот метод контрацепции имеет экономический эффект для супружеских пар, поскольку нет необходимости покупать другие средства контрацепции.

1.8. Приемлемость и эффективность гестагенных инъекционных контрацептивов после медицинского аборта

Цель исследования: изучить контрацептивный эффект гестагенных средств предохранения от нежелательной беременности для женщин групп высокого риска с учетом лечебного их действия.

Результаты проведенных исследований показали, что при квалифицированном консультировании и правильном использовании гестагенных контрацептивов непосредственно после медицинского аборта, таких как ДМПА и НЭТ-ЭН, являются приемлемыми и эффективными методами предохранения от нежелательной беременности для женщин активного и позднего репродуктивного возраста, как представлено в таблице 1.8.1.

Таблица 1.8.1

Возраст пациенток, использовавших гестагенные контрацептивы после медицинского аборта

Возраст/лет	НЭТ-ЭН		ДМПА	
	n=43		n=40	
	Абс.	%	Абс.	%
20-24	2	4,6	-	-
25-29	7	16,3	2	5
30-34	7	16,3	13	32,5
35-39	14	32,5	11	27,5
40-44	13	30,2	14	35,0

Как представлено в таблице 1.8.1 инъекционные контрацептивы больше использовали пациентки позднего репродуктивного возраста.

Сравнительный анализ полученных данных показал, что используемые в исследовании контрацептивные средства были методом выбора как для первородящих, так повторно- и многорожавших, как представлено в таблице 1.8.2

Таблица 1.8.2

Использование гестагенных методов контрацепции после аборта у пациенток с различным паритетом

Паритет	Нористерат		ДМПА		Всего	
	n	%	n	%	n	%
После I-х родов	12	27,9	7	17,5*	19	22,9
После II-III родов	16	37,2	13	37,5	31	37,3
После IV и более родов	15	34,8	18	45,0	33	39,7
Всего	43	100,0	40	100,0	83	100,0

* $p < 0.05$

Из представленных данных видно, что после произведенного медицинского аборта, в отличие от Депо-Провера, Нористерат достоверно больше использовали пациентки после первых родов.

Контрацепцию после аборта использовали в основном пациентки с экстрагенитальной и гинекологической патологией (таблица 3.3.3 и 3.3.4).

Как видно из представленных данных, пациентки с экстрагенитальной патологией применяли как НЭТ-ЭН, так и ДМПА, причем при гипертонической и варикозной болезни, заболеваниях почек и печени преимущественно использовали ДМПА ($P < 0,05$).

Из общего количества обследованных каждая третья пациентка в прошлом имела воспалительные заболевания органов малого таза, в структуре которых лидировали хронические заболевания матки и придатков.

Таблица 1.8.3.

Структура соматических заболеваний среди пациенток, использовавших инъекционные контрацептивы после аборта

Название заболеваний	Нористерат		ДМПА		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Анемия различной степени	9	21	11	27,5	20	24,1
Гипертоническая болезнь	7	16,2	13	32,5*	20	24,1
Заболевания почек	11	25,5	17	42,5*	28	33,7
Заболевания печени	3	7,0	5	12,5	8	9,6
Варикозная болезнь	2	4,6	5	12,5*	7	8,4

* $p < 0.05$

Как видно из представленных данных, незапланированную беременность имели 16,9% женщин с миомой матки и у каждой пятой были выявлены патологические процессы шейки матки.

Динамическое наблюдение в течение года показало, что ни у одной из обследованных беременность не наступила (индекс Перля равен нулю).

Таблица 1.8.4

Структура гинекологических заболеваний среди пациенток, использовавших инъекционные контрацептивы после аборта

Название заболеваний	Нористерат		ДМПА		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Хронический метроэндометрит	12	27,9	16	40,0	28	33,7
Хронический сальпингоофорит	13	30,2	10	25,0	23	27,7
Патологические процессы шейки матки	12	27,9	4	10,0	16	19,3
Миома матки	6	14,0	8	20,0	14	16,9

Таблица 1.8.5

Нежелательные эффекты НЭТ-ЭН у женщин, использовавших контрацепцию после аборта (n=43)

Нежелательные эффекты	Количество инъекций (%)				
	1	2	3	4	5
Кровомазание	9,3	14,0	-	-	-
Аменорея	-	-	-	62,7	62,7
Олигоменорея	-	39,5	41,8	39,5	48,8
Изменение либидо	-	-	14,0	16,2	16,2
Увеличение массы тела	-	7,0	11,6	11,6	4,6

Нежелательные эффекты Депо-Провера у женщин, использовавших контрацепцию после аборта (n=40)

Нежелательные эффекты	Количество инъекций (%)			
	1	2	3	4
Кровомазание	42,5	17,5	-	-
Аменорея	75,3	81,2	92,5	92,5
Кровотечение	2,5	-	-	-
Изменение либидо	-	-	-	12,5
Увеличение массы тела	-	15	17,5	15

Часто нежелательные эффекты гестагенных контрацептивов имели место более, чем в 90% случаев, как представлено в таблице 1.8.5.

В ходе проведенных исследований нами отмечено, что при использовании НЭТ-ЭН, содержащего 200 мг Нористерата и ДМПА, а также 150 мг медроксипрогестерон ацетата, практически у всех пациенток наблюдалось нарушение менструального цикла. Установлено, что в первые месяцы использования НЭТ-ЭН, имело место кровомазание (23,2%), тогда как после 4-5 инъекции - аменорея (62,7%).

Сравнительный анализ показал, что эти нарушения были более выражены при использовании ДМПА, причем с первых месяцев приема.

Консультирование на повторных приемах позволило пациенткам с кровомазанием не прерывать инъекции, так как назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (ибупрофен в дозировке 800 мг в сутки в течение 2-5 суток) уменьшало эти явления.

У каждой десятой пациентки отмечалось увеличение массы тела (не более 2-х кг), на снижение либидо в конце года указали от 12 до 16,2% женщин.

Наблюдение в течение года показало, что НЭТ-ЭН и Депо-Провера оказались безопасными контрацептивами для женщин с различной экстрагенитальной и гинекологической патологией, что подтвердилось результатами лабораторных исследований. Нами установлено, что при использовании гестагенных контрацептивов непосредственно после медицинского аборта в группе женщин с анемией препараты имели терапевтический эффект (таблица 1.8.7).

Нами установлено, что при использовании гестагенных контрацептивов непосредственно после медицинского аборта происходит подавление овуляции, однако, гормональный уровень (как видно из таблицы 1.8.9. и 1.8.10) остается в пределах нормы, что позволяет безопасно использовать их в различных периодах репродуктивного возраста.

Таблица 1.8.7

Динамика изменения уровня гемоглобина и гематокрита у женщин с анемией, использовавших НЭТ-НЭН

Нежелательные эффекты	Количество инъекций					
	Исходные	1	2	3	4	5
Hb, г/л	109,2±1,4	109,1±2,4	109,8±0,8	111,3±4,4*	115,0±3,7*	115,1±4,0*
Ht, %	33,1±3,0	33,1±3,0	33,4±4,0	34,5±5,1*	36,3±4,1*	36,5±3,1*

*p<0.05

Таблица 1.8.8

Динамика изменения уровня гемоглобина и гематокрита у женщин с анемией, использовавших Депо-Провера

Нежелательные эффекты	Количество инъекций				
	Исходные	1	2	3	4
Hb г/л	104,1±2,5	104,4±0,9	115,1±3,3*	124,0±5,7*	126,1±6,0*
Ht %	34,2±5,0	34,6±5,0	36,6±5,1*	36,3±4,1*	37,4±5,2*

*p<0.05

Таблица 1.8.9

Динамика изменений репродуктивных гормонов у женщин, использовавших НЭТ-ЭН (n=43)

Гормоны	Количество инъекций					
	Исходные	1	2	3	4	5
ЛГ, ММЕ/мл	5,71±0,35	5,82±0,35	3,82±0,32	3,08±0,38	2,97±0,44	2,24±0,43
ФСГ ММЕ/мл	6,11±0,31	6,22±0,31	4,87±0,44	4,83±0,42	4,77±0,43	4,86±0,44
Прогестерон Нмоль/л	2,31±0,12	2,21±0,12	2,39±0,14	2,37±0,17	2,7±0,17*	2,6±0,17
Эстрадиол Нмоль/л	285,5±24,4	285,5±24,4	262,4±30,2	256,4±27,4	245,0±25,5	261,1±27,7
Пролактин	230,1±20,31	230,1±20,3	229,9±19,9	234,11±21,1	228,19±20,2	229,1±21,2

Таблица 1.8.10

Динамика изменений репродуктивных гормонов у женщин, использовавших Депо-Провера (n=40)

Нежелательные эффекты	Количество инъекций				
	Исходные	1	2	3	4
ЛГ, ММЕ/мл	5,82±0,35	3,82±0,32	3,08±0,38	2,97±0,44	2,24±0,43
ФСГ ММЕ/мл	6,22±0,31	4,87±0,44	4,83±0,42	4,77±0,43	4,86±0,44
Прогестерон Нмоль/л	2,21±0,12	2,39±0,14	2,37±0,17	2,7±0,17*	2,6±0,17
Эстрадиол Нмоль/л	285,5±24,4	262,4±30,2	256,4±27,4	245,0±25,5	261,1±27,7
Пролактин	230,1±20,31	229,9±19,92	234,11±21,11	228,19±20,22	229,1±21,19

Проведенные нами исследования показали, что при использовании НЭТ-ЭН и Депо-Провера отсутствовали патологические изменения матки, ее размеров, независимо от исходного состояния эндометрия, что подтверждает безопасность гестагенных контрацептивов пролонгированного действия для применения непосредственно после медицинского аборта. Установлено достоверное изменение размеров матки и яичников после каждой последующей инъекции, что может предотвращать гиперпластические процессы в эндометрии и пролиферативные явления в яичниках (таблица 1.8.11 и 1.8.12).

Таблица 1.8.11

Размеры матки, яичников и величины срединного М-эха у женщин, использовавших НЭТ-ЭН

Данные	Количество инъекций				
	1	2	3	4	5
	P±m	P±m	P±m	P±m	P±m
Длина матки (мм)	59±3,4	60,1±3,5*	56,9±3,5*	53,5±3,6*	50,3±3,6*
Ширина матки (мм)	49±3,5	48,9±3,6*	50,2±3,5*	46,4±3,6*	44,7±3,5*
Переднезадний размер	40±3,4	44,4±3,6*	45,0±3,5*	43,4±3,5*	40,8±3,5*
М-эхо (мм)	7,0±1,8	2,3±1,1*	2,8±1,2*	3,0±1,2*	3,4±1,2*
Объем левого яичника (см ³)	7,2±1,8	5,6±1,7*	6,4±1,7*	6,2±1,7*	6,4±1,7*
Объем правого яичника (см ³)	6,1±1,7	5,6±1,7*	5,2±1,6*	5,9±1,7*	6,1±1,7

* достоверно по сравнению с исходными данными (p < 0.05).

Таблица 1.8.12

Размеры матки, яичников и величины срединного М-эха у женщин, использовавших Депо-Провера

Данные	Количество инъекций			
	1	2	3	4
	P±m	P±m	P±m	P±m
Длина матки (мм)	60,1±3,5*	56,9±3,5*	53,5±3,6*	50,3±3,6*
Ширина матки (мм)	48,9±3,6*	50,2±3,5*	46,4±3,6*	44,7±3,5*
Переднезадний размер	44,4±3,6*	45,0±3,5*	43,4±3,5*	40,8±3,5*
М-эхо (мм)	2,3±1,1*	2,8±1,2*	3,0±1,2*	3,4±1,2*
Объем левого яичника (см ³)	5,6±1,7*	6,4±1,7*	6,2±1,7*	6,4±1,7*
Объем правого яичника (см ³)	5,6±1,7*	5,2±1,6*	5,9±1,7*	6,1±1,7

* достоверно по сравнению с исходными данными (p < 0.05).

Таблица 1.8.13

Метаболические изменения при применении НЭТ-ЭН (в ммоль/л)

Липидный обмен	НЭТ-ЭН после аборта (n=43)			
	Исходные	Через 6 мес.	Через 12 мес.	В норме
Общий холестерин	3,1±0,1	3,1±0,2	3,0±0,3	3,9-6,1
ЛПНП	0,5±0,37	0,5±0,38	0,5±0,34	0,9
ЛПВП	3,3±0,7	3,2±0,5	3,17±0,7	4,9
Триглицериды	0,87±0,07	0,85±0,1	1,48±1,0	2,3
Углеводный обмен				
Сахар в крови	3,3±0,1	3,3±0,1	3,3±0,1	3,3-5,5

Исследования показали, что использование НЭТ-ЭН после аборта не приводит к изменениям в липидном и углеводном обменах (таблица 1.8.13).

1.9. Оценка сексуального и репродуктивного здоровья у женщин, принимающих контрацептивы

(Мусуралиев М.С., Рыспаева Г. С., Алжикеев С.Ж., Макенжан уулу Алмаз)

Нарушение фертильности сперматозоидов в половых путях - источник развития вторичного бесплодия у супружеских пар. Нарушение сперматогенеза в данном случае возникает вследствие воздействия метаболитов препаратов контрацепции.

По подвижности спермиев в цервикальной слизи можно судить о функциональной и морфологической полноценности сперматозоидов, поскольку для наступления процесса оплодотворения, спермии должны совершать активно-поступательное движение, что является объективным диагностическим критерием для оценки функции желез репродуктивной системы. Анализировано состояние фертильной функции у 25 женщин, принимавших контрацептивы. Возраст составил от 20 до 40 лет.

Мужчин направляли в урологический кабинет для исследования спермы и исключения пороков развития репродуктивных желез.

С учетом показателей фертильности сперматозоидов, предложенных ВОЗ (1995), стандартизированы показатели фертильности сперматозоидов до и после полового акта (таблица 1.9.1) и на этом основании оценена репродуктивная способность половых партнеров, что представлено в таблице (1.9.2).

Представленные показатели позволили оценить в зависимости от степени выраженности и характера фертильной дисфункции, на две группы: первая - фертильная дисфункция, связанная с реинфекцией гениталий у женщин (больные со стойкой фертильной дисфункцией), вторая - транзиторная фертильная дисфункция, вызванная воздействием метаболитов препаратов контрацепции. Среди причин infertility у женщин заслуживает внимания реинфекция гениталий, особенно вызванная половым актом с мужчиной, страдающим рецидивной формой ХП. В подобной ситуации женщина подвергается длительной медикаментозной терапии, не приводящей к успеху. Наличие у нее рецидивной инфекции гениталий нарушает динамику менструального цикла и дестабилизирует биохимические, физические и энергетические свойства цервикальной слизи. Это сопровождается губительным действием на сперму и часто приводит к бесплодию.

Проводили структурный анализ половых расстройств у 25 женщин, принимавших контрацептивы, рассматривая при этом динамику поражения генитосоставляющих копулятивного цикла, таких как нейрогуморальная, психическая.

Таблица 1.9.1

Стандартизированные показатели фертильности сперматозоидов до и после полового акта

Показатели эякулята	Показатели фертильности сперматозоидов	
	в биосреде, состоящей из простатилена, цервикальной слизи и пирозетама	в цервикальной слизи через 2 часа после полового акта
норма в 1 мл	норма в 1мл	норма в 1 мл
Объем эякулята 2-5 мл		
Цвет серовато-белый		
Вязкость 0,1-0,5мл		
РН 7-7,6		
Число сперматозоидов От 30млн до 150 млн	От 28 млн до 150 млн	От 26 млн до 150 млн

Олигозооспермия			
1-ая степень— от 29 до 20	от 27 до 19 млн;	от 26 до 17 млн;	
2-ая степень— от 19 до 10	от 18 до 9 млн	от 16 до 7 млн	
3-ая степень – ниже 9 млн.	ниже 9 млн.	ниже 6 млн.	
Виды движения сперматозоидов			
Нормокинезис 60-90%	50-80%	40-60%	
гипокинезис - 5-30%	12-35%	8-40%	
акинезис - 5-10%	8-15%	6-20%	
дискинезис - 0 %.	0%	0%	
Морфология спермограмм:			
Нормальные формы сперматозоидов % 80-90%	70-80%	60-70%	
юные и старые формы 0%	0%	0%	
дегенеративные формы 0-14%	0-20%	0-26%	
патология головки- 0-3%	0-5%	0-6%	
патология хвоста и тела 0,5%	0,6-1%	0,7-3%	
смешанная патология- клетки сперматогенеза 0,5-2%	0%	0%	
	0,5-4%	0,5-5%	
Виды спермолизиса через 2 часа после полового акта			
Истинный физиологический спермолизис -		5-7%	
Виды патологического спермолизиса			
Умеренный спермолизис		От 8- 35 %	
Высокий спермолизис		от 36-100%	
Оценка влияния спермиоцитотоксического лейкоцитарного эндотоксина на фертильность сперматозоидов в разведении 1: 32			
Показатели	Фертильность сперматозоидов	Виды дисфертильности сперматозоидов	
		Транзиторная	Стойкая
Спермолизис	От 5 до 7 %	От 8 –35 %	От 36-100%
Формы некроспермии		Ложная некроспермия	Истинная некроспермия

Таблица 1.9.2

Показатели фертильности сперматозоидов для оценки репродуктивной способности половых партнеров

Виды фертильности сперматозоидов	Число сперматозоидов (млн) в 1 мл эякуляте	Количество сперматозоидов, %			Репродуктивная способность мужчин
		Активно подвижных	нормальных	юных	
Фертильность сперматозоидов до полового акта					
Высокая фертильная способность сперматозоидов	30-120	60-65	80-90	1-2	Высокая
Умеренная фертильная способность сперматозоидов	20-29	30-59	40-79	1-2	Умеренная
Минимальная фертильная способность сперматозоидов	19-10.	15-29	12-39	2	Минимальная
Фертильность сперматозоидов после полового акта					
<i>(Число сперматозоидов (млн) в 1 мл цервикальной слизи через 2 часа после полового акта)</i>					
Высокая фертильная способность сперматозоидов	20-120	30-65	40-90	1	Репродуктивная способность женщин Высокая
Умеренная фертильная способность сперматозоидов	19-10	15-29	12-39		Умеренная
Минимальная фертильная способность сперматозоидов	9 и ниже	14 и ниже	11 и ниже		Минимальная

Нарушение нейрогуморальной составляющей копулятивного цикла (8,7%) характеризуется слабостью полового влечения, вялостью или отсутствием адекватной реакции перед половым актом и слабостью разрядки. При данной форме снижаются показатели шкал СФЖ (сексуальная форма) нейрогуморальной составляющей: I (2,0 балла), II (2,3 балла), VIII (2,1 балла), особенно I и VIII шкал.

Нарушение психической составляющей копулятивного цикла (48,3%) проявляется угнетенным состоянием перед половым актом, слабостью разрядки полового напряжения (оргазма) и психострессовой реакцией полового партнера на половой акт. У 35 больных отмечено снижение психических показателей СФЖ: II шкалы (2,4 баллов), III (2,7 баллов), VI (2,6 баллов), VIII (2,7 баллов), особенно II и VIII шкал.

Следовательно, необходима охрана репродуктивного и сексуального здоровья женщин путем дифференцированного приема контрацепции и психотерапии.

Заключение

Таким образом, как свидетельствуют результаты проведенного исследования, применение гестагенных контрацептивов в послеабортном и послеродовом периодах не только приемлемы, но и эффективны.

Контрацептивная эффективность НЭТ-ЭН во многом зависит от используемых схем введения и соблюдения методики введения. Ввиду прогестагенной природы НЭТ-ЭН лишен многих побочных метаболических эффектов, вызываемых КОК, и потому может использоваться непосредственно после аборта для женщин с экстрагенитальной и гинекологической патологией. Кроме того, при первых инъекциях менструальная функция сохраняется, что делает его предпочтительным по сравнению с ДМПА непосредственно после аборта. Восстановление репродуктивной функции имеет временный характер и не ведет к последующему бесплодию. Таким образом, НЭТ-ЭН сочетает в себе высокую контрацептивную эффективность с надежной обратимостью. ДМПА широко используется в 100 странах, в том числе и в странах Центральной Азии, его контрацептивный эффект составляет 0-1,2 на 100 женщин в течение одного года использования, уменьшает объем менструальноподобного кровотечения, снижает риск воспалительных и онкологических заболеваний половых органов, может использоваться женщинами с экстрагенитальной патологией (что особенно важно при его применении пациентками с анемией - одним из самых распространенных заболеваний в Кыргызстане), предпочтителен в послеродовом периоде для женщин групп высокого риска.

Библиография ВОЗ

1. Brinton LA. 1991. Oral contraceptives and cervical neoplasia. *Contraception* 43(6): 581-595.
2. Collaborative Group for the Study of Stroke in Young Women. 1975. Oral contraceptives and stroke in young women. *JAMA* 231: 718-722.
3. Curry S et al 1989. Hormonal, contraception and trophoblastic sequelae after hydatidiform Tole. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 160(4): 805-811
4. Daewood M.Y. 1993. Considerations in selecting appropriate medical therapy for endometriosis. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 40 Suppl: 529-542
5. Dahlman T et al. 1985. Changes in blood coagulation and fibrinolysis in the normal, puerperium. *Gynecologic and Obstetric investigation* 20(1): 37-44.
6. Diana JN. 1990. Tobacco smoking and atherosclerosis in *Tobacco Smoking and Atherosclerosis*, Diana JN (ed), 1-7. Plenum Press: New York
7. Diccas R et al 1991. The role of contraception in the development of postmolar gestational trophoblastic tumor. *Obstetrics and Gynecology* 78(2): 221-226.
8. Dyken M and 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
9. Fisch Land J Frank. 1977. Oral contraceptives and blood pressure. *JAMA* 237: 2499-2503.
10. Godsland I and YC Wynh. 1990. Low dose oral contraceptive and carbohydrate metabolism. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 163: 348-353.
11. Huggins Gand P. Zucker. 1987. Oral contraceptives and neoplasia: 1987 update. *Fertility and Sterility* 47:733-761.
12. Kaplowitz N et al 1986. Drug-induced hepatotoxicity. *Annals of Internal Medicine* 104: 826-839.
13. Orre M.L.E et al. 1993. Drug interactions with oral contraceptive steroids. 19-26.
14. 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.

Глава 2. Бактериальный вагиноз и вопросы охраны репродуктивного здоровья женщин

(Мусуралиев М.С., Макенжсан уулу Алмаз, Алжикеев С.Ж., Тен И.Б.)

2.1. Лабораторная диагностика бактериального вагиноза и оценка репродуктивного потенциала женщин

Бактериальный вагиноз (БВ) развивается в ответ на воздействие различных повреждающих агентов, наиболее частыми из которых является микрофлора, их эндо- и экзотоксины, другие факторы агрессии, компоненты патологического микробиоценоза влагалищной среды. (10,17). Все это сопровождается нарушением иммунного гомеостаза со снижением иммунной резистентности (6,13,14). Дефицит грампозитивных бактерий во влагалищной среде не бывает изолированным, а всегда характеризуется патологическим микробиоценозом и проявляется существенным нарушением видов обмена во влагалищной среде (минерального, жирового, углеводного и белкового) с соответствующими морфологическими проявлениями. Наряду с этим выражены морфологические изменения ряда половых желез (матка, придатки матки и т.д.), характеризуется снижением их репродуктивной функции (5,15). Хронический патологический микробиоценоз влагалищной среды вызывает два типа изменений: с одной стороны, это метаболические нарушения различных видов во влагалищной среде, с другой – выраженные иммунные нарушения, сопровождающиеся снижением иммунной резистентности организма. Исходом тех и других процессов являются гормональные нарушения, воспалительные процессы во влагалищной среде. (1,2,3,16). Вследствие этих изменений наступает некроспермия (7,8).

При тотальной некроспермии наступает полное отсутствие фибриллярных элементов и митохондриального тела (4,11,12), при частичной некроспермии сперматозоиды имели нормальную морфологическую ультраструктуру хвостика и тела.

Диагностируют некроспермию во влагалищной среде показателем двух критериев:

а) акинезис сперматозоидов и б) по состоянию сорбционных свойств спермы.

При цитоокраске сперматозоиды неподвижные, стойко окрашиваются, а активно подвижные спермы не окрашиваются из-за высокой ассимиляционной способности сперматозоидов. Но известны случаи, когда сперматозоиды неподвижные, неповрежденные не окрашиваются из-за отсутствия у них сорбционной способности (9).

Сложность их ранней диагностики и лечения и делает эту проблему не только актуальной, но и социально значимой.

Последипломная подготовка квалифицированных специалистов лабораторной диагностики бактериального вагиноза является непростой задачей во многих клиничко-диагностических лечебно-профилактических учреждениях СНГ, в том числе и в Кыргызстане, где наряду с врачами работают биологи, химики и другие специалисты с высшим образованием.

В утвержденной Главным управлением учебных заведений единой программе для институтов усовершенствования врачей по лабораторной диагностике бактериального вагиноза не учитывается отсутствие у врачей лаборантов с биологическим образованием знаний в области клиники целого ряда гинекологических заболеваний, патологии и патохимии обменных процессов. В связи с этим многие результаты анализов интерпретируются неправильно с точки зрения патофизиологии. Поэтому при обучении этих врачей следует подходить дифференцированно, для них нужны особенные учебно-методические программы.

Микрофотографирование и метод окраски бактерий, патогенных грибов мазков влагалищной среды

Для диагностики бактериального вагиноза у женщин молодого детородного возраста необходимы микроскопы и реактивы для цитологической окраски мазков влагалищной среды.

Существующие отечественные биологические микроскопы (МБ) представлены целым рядом, из них МБ-9,10, микроскоп биологический исследовательский (МБИ)-3, МБ рабочий «Биолам -15».

Микрофотографические препараты являются важной частью цитологических исследований. Весь процесс микрофотографирования может быть условно разбит на следующие основные этапы: а) подготовка к фотографированию и б) компьютерная съемка препарата цифровой фотокамерой.

Подготовка к микрофотографированию

Микрофотографические установки. Для проецирования получающихся изображений на фотопленку используется цифровая камера или фотокамера «Зенит» с размером кадра пленки 24x36 мм. Наиболее удобны для микрофотографии специальные микрофотонасадки: МФН-7,8, 12 и т.д.

Указанные фотонасадки универсальные и приспособлены ко всем штативам микроскопов, имеющих стандартное гнездо для окулярных тубусов. К каждой насадке прикладывается вертикальный тубус, который вставляется в гнездо наклонного окулярного тубуса.

Приблизительный расчет увеличения может быть по следующей формуле:

$$N_1 = N \times L : 250,$$

где N_1 - полное увеличение при фотографировании;

N - собственное увеличение микроскопа;

L - растяжение фотокамеры в миллиметрах.

Например, при растяжении камеры, равном 500 мм и собственном увеличении микроскопа 100 х получаемое изображение фотоснимка будет соответствовать 200 х.

Микрофотографические снимки проведены на универсальном исследовательском микроскопе МКИ-6.

Фотографические окуляры (посадочный диаметр 23,2 мм)

Увеличение	шифр окуляра						
	AM-32	AT-18	AM-33	AM-34	AM-36	AM-37	
	6,5 х	7 х	10 х	15 х	15 х	15 х	20 х

Микрофотографические данные регистрируются на мониторе цифровой фотокамеры или мониторе компьютера.

Методика окраски препарата. Технология приготовления цитокраски

Для этого предметное стекло с мазком влагалищной среды погружают в краску, предложенную нами, в течение 25-30 минут. Хорошо споласкивают в воде и высушивают.

Приведем некоторые преимущества предлагаемой окраски: при окрашивании клетки эпителия приобретают розовый цвет. Четко окрашиваются ядра эпителия. Бактерии – в темно-синий цвет. Трихомонады окрашиваются в сине-фиолетовый цвет с ярко выраженной цитоплазмой и четким контуром удлиненного ядра. У лейкоцитов хорошо видна структура ядра и т.д.

Методика оценки фертильности сперматозоидов во влагалищной среде

Производили забор влагалищной слизи со сперматозоидами в середине овуляции через 1-1,5 часа после полового акта.

Подсчет количества сперматозоидов во влагалищной среде производился с использованием счетной оптической камеры. Площадь оптической камеры— $a+b+c=S$. Число сперматозоидов подсчитывают в оптической камере в трех полях зрения. Число сперматозоидов в поле зрения - n ; Объем влагалищной среды со сперматозоидами 10 мкл; Объем сперматозоидов (V) в 1мл влагалищной среды составляет $10 \times 100 \text{ мкл} = 1000 \text{ мкл}$ в одном поле зрения. Число сперматозоидов (ЧС) рассчитывается по формуле:

$$\text{ЧС} = n \times S \times V;$$

Пример: пусть $a=97+ b=100+c=103= n= 300$ сперматозоидов в поле зрения; $S=40 \times 40= 160\text{мм}$;
 $V_{\text{сперматозоидов}} = 1000 \text{ мкл}$ влагалищной среды; тогда
 $300 \times 160 \times 1000 = 48000000$ (число сперматозоидов)

Показатели репродуктивного потенциала сперматозоидов во влагалищной слизи оценивали по стандартам фертильности сперматозоидов, предложенным Усупбаевым А.Ч. и соавт. (2003), которая составлена с учетом показателей фертильности спермы ВОЗ (1995)

Кинезиограмма после 60 минут: нормокинезис - 60-90%; гипокинезис - 10-15%, акинезис - 8-10%, дискинезис - 0%.

Морфология спермограммы: нормальные формы сперматозоидов - 60-80%; юные и старые формы - 0%, дегенеративные формы - 0-15%; патология головки - 0-5%; патология хвоста и тела - 0,5%; смешанная патология - 0-5%; клетки сперматогенеза - 0,5-2%.

Нормоспермия - число сперматозоидов в 1 мл эякулята от 30 млн сперматозоидов и выше, при нормокинезисе - от 60-90% и более; олигозооспермия I степени - число сперматозоидов от 20 до 29 млн., при нормокинезисе - от 50 до 59%; олигозооспермия II степени - от 10 до 19 млн., при нормокинезисе от 30 до 49 %; олигозооспермия III степени - менее 10 млн., при нормокинезисе от 10 до 20%.

К патологическим состояниям относятся: отсутствие спермы - аспермия, отсутствие сперматозоидов в эякуляте - азооспермия, концентрация сперматозоидов менее $30-10^6 / \text{мл}$ - олигозооспермия, количество сперматозоидов с прогрессивным поступательным движением менее 40% - астенозооспермия, количество аномальных сперматозоидов более 40% - тератозооспермия.

Показатели биохимии эякулята в влагалищной слизи

Количество фруктозы во влагалищной среде определяли по калибровочной кривой, составленной на основании кристаллизации фруктозы, в норме 200-400 мг/%.

Лимонная кислота во влагалищной среде, она необходима для нормальной жизнедеятельности сперматозоидов, в норме 445-600 мг/%. Определение лимонной кислоты производили по методике Р. Кулька (1956).

Данные цитологического исследования являются основными, и потому план лечения строится, исходя из заключения врача лаборанта. Последнее же может быть достаточно полным и точным при соблюдении принципов цитологической диагностики.

Методы исследования

Данная работа посвящена принципам лабораторной диагностики заболевания половых органов женщин детородного возраста, не преследует цель полностью изложить материалы при различных патологических изменениях влагалища, шейки и тела матки.

Известно, что одним из основных принципов цитологической диагностики заболевания является тщательный учет сведений о больной. К числу последних относится возраст, клинический диагноз, гинекологический статус, с обращением особого внимания на данные, в каком возрасте появилась первая менструация, продолжительность менструального цикла,

сколько дней длится менструация и каково количество теряемой крови; изменился ли характер менструального цикла после начала половой жизни, абортов, родов; когда была последняя нормальная менструация; изменился ли менструальный цикл в связи с данным гинекологическим заболеванием.

У большинства женщин менструальный цикл продолжается 28-30 дней. В некоторых случаях он бывает укороченным (21-24 дня) или удлиненным (свыше 30 дней). Важное значение имеет оценка продолжительности менструации и количества теряемой крови. Обычно менструации длятся от 2 до 7 дней, количество теряемой крови - до 200-250 мл.

Необходимо выяснить средства и методы контрацепции, которыми пользуется больная. Нерациональное их применение может принести вред организму женщины.

Наступление первой беременности через 2 и более лет после замужества при отсутствии применения противозачаточных средств может указывать на недоразвитие половых органов или другие нарушения половой функции.

Цитологические и функциональные исследования

Цитологические методы исследования применяют для диагностики гормональной функции яичников, новообразований гениталий и других патологических процессов. Материал для этого исследования берут различными способами: аспирацией выделений из заднего свода влагалища, канала шейки и полости матки, брюшной полости при пункции через задний свод; получением препаратов-отпечатков; взятием тупой ложечкой поверхностных соскобов с подозрительных участков тканей; смывом с поверхности шейки матки и слизистой влагалища. Из полученного для цитологического исследования материала делают мазки с последующим микроскопическим исследованием.

В диагностике злокачественных новообразований цитологический метод имеет вспомогательное значение. Подозрительными на рак в мазке являются полиморфизм клеток и ядер, большое число митозов. В этих случаях после цитологического исследования производится биопсия. Мазки исследуются в нативном или окрашенном виде. В последние годы применяют специальные методы цитологического исследования - фазово-контрастную и люминесцентную микроскопию. С помощью фазово-контрастной микроскопии изучают нативные мазки. При люминесцентной (флюоресцентной) микроскопии мазки обрабатывают флюорохромными красителями и рассматривают с помощью люминесцентного микроскопа. Распознавание атипических клеток основано на морфологических особенностях и характере их свечения.

Цитологическое исследование в комплексе тестов функциональной диагностики широко используется в гинекологической практике для определения состояния репродуктивной системы. Исследование влагалищных мазков (кольпоцитогамма) основано на выявлении в них отдельных видов клеток эпителия, который изменяется в зависимости от фаз менструального цикла. Мазки для гормональной кольпоцитологии необходимо брать каждые 3-5 дней в течение 2-3 менструальных циклов. В амбулаторной практике можно на протяжении цикла взять 3 мазка (на 8, 14 и 22-й день цикла). При аменорее и опсоменорее мазки следует брать один раз в неделю. Влагалищное содержимое для кольпоцитологии берут из бокового свода, так как в заднем своде влагалища оно смешано с секретом шейечных желез. Кольпоцитологическое исследование нельзя проводить при воспалении влагалища, маточном кровотечении. Слизистая оболочка влагалища покрыта многослойным плоским эпителием и состоит из трех слоев: поверхностного, промежуточного и базального.

Принято различать следующие типы цитограмм влагалищных мазков с учетом их чистоты:

I тип цитограмм с физиологическим микробиоценозом (ФМБ).

Для нее характерно соотношение 7: 35 грамотрицательных бактерий к грампозитивным бактериям палочки во влагалищной и цервикальной среде, что обеспечивает защитную функцию репродуктивных органов женщин детородного возраста от воздействия патогенной микрофлоры (**1-ая степень чистоты влагалища**), а также небольшое количество

лейкоцитов до 5-7 в поле зрения (**2-ая степень чистоты влагалища**). Такая картина мазка наблюдается в норме.

II тип цитограмм - с патологической микробиоценозом (ПМБ). Для нее характерна соотношение 35:7 грамотрицательных бактерий к грампозитивным бактериям палочки во влагалищной и цервикальной среде, что является источником развития многих воспалительных заболеваний гинекологических половых желез у женщин детородного возраста (**3-ая степень чистоты влагалища**), а также большое количество лейкоцитов в поле зрения, гноеродная флора (**4-ая степень чистоты влагалища**).

Другие типы цитограмм, характерных для онкозаболевания, не рассматривались, это не входило в задачу исследований.

Характеристика клеток эпителий влагалища:

1. Клетки базального слоя округлой формы с большим пузырьчатым ядром, расположенным в центре клетки, диаметром 5-6 мк. Эти клетки встречаются в мазках у женщин в климактерическом периоде или у девочек перед половым созреванием, а также у молодых женщин только при отсутствии функции яичников.

2. Клетки промежуточного слоя. Цитоплазма их имеет продолговатую, как бы лодковидную форму, овальную или полигональную. Клетки промежуточного слоя лодковидной формы встречаются при беременности, а также на вершине овуляционной фазы. Овальные или полигональные клетки имеют место при слабой активности эстрогенов или у здоровых взрослых женщин в пред- или послеменструальном периоде.

3. Клетки поверхностного слоя имеют полигональную форму, они плоские, с большим количеством цитоплазмы и центрально расположенным полигональным ядром. Эффект эстрогенной функции обозначается при помощи эозинофильного индекса (6) или кариопикнотического индекса (7), то есть расчета процентного состава отдельных видов клеток.

Кариопикнотический индекс (КПИ) - это отношение числа поверхностных клеток с пикнотическим ядром к общему числу клеток, выраженное в процентах. В течение нормального менструального цикла КПИ изменяется во время фолликулиновой фазы - 25-30 %, овуляции - 60-80 %, в прогестероновой фазе - 25-30 %. *Эозинофильный (ацидофильный) индекс* - это отношение поверхностных ацидофильных клеток к поверхностным базофильным клеткам. В фолликулярной фазе менструального цикла он равен 20 %, во время овуляции доходит до 70 %, в прогестероновой фазе - до 25 %. *Индекс созревания* характеризует соотношение в мазках парабазальных, промежуточных и поверхностных клеток. Сдвиг формулы влево наблюдается при эстрогенной недостаточности, сдвиг вправо - при высокой эстрогенной насыщенности.

Оценку кольцитогамм не рассматривали, так как для этого используется оценочная схема вида.

В течение менструального цикла под влиянием эстрогенов и гестагенов происходит изменение шейной слизи, что используется с диагностической целью. Количество слизистого секрета в канале шейки матки (феномен зрачка) зависит от эстрогенной насыщенности организма. Наибольшее его количество наблюдается во время овуляции, наименьшее - перед месячными. Тест оценивается качественно и в баллах. Феномен зрачка основан на расширении наружного отверстия шейного канала и появлении в нем прозрачной стекловидной слизи. Это начинается в I фазе менструального цикла, максимально - во время овуляции. Определяется феномен зрачка при осмотре шейки матки в зеркалах. Наружный зев шейки матки расширяется, напоминая собой зрачок. Феномен зрачка в зависимости от степени его выраженности оценивается в баллах (1-3). Тест не характерен при патологических изменениях шейки матки.

Феномен папоротника (кристаллизации) основан на способности шейной слизи при выслушивании подвергаться кристаллизации, интенсивность которой максимальна во время овуляции, в прогестероновую фазу постепенно уменьшается, а перед месячными

отсутствует. Кристаллизация слизи, высушенной на воздухе, оценивается также по трехбалльной системе (+, ++, +++).

Натяжение шеечной слизи зависит от эстрогенной насыщенности, влияющей на уменьшение ее вязкости и появление текучести. Натяжение определяется при осторожном разведении браншей корнцанга после извлечения его из шеечного канала. Максимальная длина нити отмечается во время овуляции (до 12 см). Сложив сумму баллов при учете указанных выше тестов шеечной слизи, определяют шеечное (цервикальное) число, которое в начале и в конце менструального цикла составляет 4-6, в фазу овуляции – 10-12 баллов.

Тест базальной температуры основан на гипертермическом воздействии прогестерона на центр терморегуляции. Измерение базальной температуры тела (утренней ректальной) позволяет установить наличие, выраженность и продолжительность прогестероновой фазы. При нормальном менструальном цикле базальная температура повышается в прогестероновую фазу на 0,4-0,8 °С. Стойкий двухфазный цикл (измерение базальной температуры должно проводиться на протяжении 2-3 менструальных циклов) свидетельствует о произошедшей овуляции и наличии функционально активного желтого тела. Отсутствие подъема температуры во вторую половину цикла указывает на ановуляцию, запаздывание подъема и кратковременность его (повышение температуры 2-7 дней) - на укорочение лютеиновой фазы, недостаточный же подъем (на 0,2-0,3 °С) - на недостаточность функции желтого тела. Ложноположительный результат (повышение базальной температуры при отсутствии желтого тела) может быть при острых и хронических инфекциях, при некоторых изменениях ЦНС.

Функциональные гормональные исследования

Современные методы исследования позволяют определить наличие даже незначительного количества как полипептидных, так и стероидных гормонов. С этой целью широко используются методы радиоиммунологического анализа для определения в крови содержания гормонов гипоталамуса (люлиберин, фолиберин и др.), гипофиза (ФСГ, ЛГ, пролактин, АКТГ, ТТГ и др.), яичников (эстрогенные соединения - Э₁, Э₂, Э₃, прогестерон, андрогены), надпочечников (кортизол, тестостерон, альдостерон), щитовидной железы (Т₃, Т₄) и других эндокринных желез и тканей.

Метод радиоиммунологического анализа основан на определении меченых радионуклидами гормонов. Определяемый гормон конкурирует за место связывания антитела до химического равновесия со своим меченым аналогом (антигеном). Сравнивается степень уменьшения связывания меченого гормона с аналогичным действием известного количества гормона, взятого в качестве стандарта, определяется концентрация изучаемого гормона в плазме крови или другой жидкости. Для установления уровней гормонов существуют специальные наборы (в России — ИБОХ, НАН), укомплектованные меченым веществом, стандартом, связывающим и разделяющим компонентами с соответствующими инструкциями по определению каждого гормона.

Реже исследуется содержание гормонов и их метаболитов в суточной моче. В моче определяются *И-КС* — метаболиты андрогенов, которые в организме женщины образуются в яичниках, надпочечниках и внегонадно. В виде 17-КС выделяются дегидроэпиандростерон, его сульфат, андростендион и андростерон. Показатели 17-КС у женщин репродуктивного возраста колеблются от 20 до 41 мкмоль/л. Для исследования глюкокортикоидной функции надпочечников определяют содержание 17-ОКС в моче. Суточное количество 17-ОКС равно 11-28 мкмоль/л.

Содержание всех гормонов, особенно половых стероидной и белковой природы, имеет выраженные колебания как в течение менструального цикла, так и по другим циклическим вариантам. Наиболее выражена активность эндокринной системы, связанная с репродуктивной функцией женщины, в перiovуляторный период. Поэтому целесообразно исследование содержания гормонов проводить 1 или 3 раза в течение менструального цикла (на 8, 13, 15 и 20-й дни).

Для топической и дифференциальной диагностики эндокринных заболеваний как по горизонтали (яичники - надпочечники - щитовидная железа), так и по вертикали (матка - яичники - гипофиз - гипоталамус - нейротрансмиттерные механизмы) нередко необходимо проведение гормональных функциональных проб. Гормональные пробы, кроме того, позволяют уточнить функциональное состояние различных отделов гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Пробы с гормонами специфичны, часто проводятся в амбулаторных условиях. Наиболее распространены следующие из них. Проба с прогестероном применяется при аменорее любой этиологии, но в основном для исключения маточной формы. Проба считается положительной, если через 2-4 дня после 6-8-дневного внутримышечного введения *прогестерона* (Ю мг/сут) или через 8-10 дней после введения *оксипрогестерона капроната* (125-250 мг однократно) у больной появляется менструально-подобная реакция. Положительная проба исключает маточную форму аменореи и свидетельствует о дефиците прогестерона. Отрицательная проба может быть при маточной форме аменореи или при эстрогенной недостаточности. Проба с прогестероном может применяться для дифференциальной диагностики гиперандрогении яичникового и надпочечникового генеза. До и после пробы определяют 17-КС. Снижение 17-КС на 50% и более после проведения пробы указывает на яичниковый генез заболевания.

Проба с эстрогенами и прогестероном проводится для исключения (подтверждения) маточной или яичниковой формы аменореи. Больной в течение 10-14 дней вводят один из эстрогенных препаратов внутримышечно (*эстрадиола бензоат* по 1 мл 0,1 % раствора, *фолликулин* по 1 мл 0,1 % раствора) или внутрь *этинилэстрадиол* (*мтрофол-лин*) 0,1 мг (2 таблетки одномоментно по 0,05 мг), затем *прогестерон* в дозах, указанных для пробы с прогестероном. Наступление менструальноподобной реакции свидетельствует о выраженном дефиците эндогенных эстрогенов; отрицательный результат указывает на маточную форму аменореи.

Проба с комбинированными эстроген-гестагенными препаратами (*нон-овлон*, *микрогоинон* и др.) используется для определения функционального состояния гипоталамо-гипофизарной системы. Препараты этой группы назначают по 21-дневной схеме в течение 3 месяцев. Наличие овуляции после проведения этой пробы указывает на хорошее состояние гипоталамо-гипофизарной системы. Отсутствие ответной реакции свидетельствует о нарушениях в гипоталамо-гипофизарной системе.

Проба с хориальным гонадотропином (хориогонином) применяется для уточнения состояния яичников. После введения *хориального гонадотропина* при функционально полноценных яичниках повышается содержание прогестерона и базальная температура. Для проведения пробы *хориальный гонадотропин* вводят по 1500 ЕД внутримышечно в течение 5 дней с 12-го по 14-й день цикла при регулярном менструальном цикле, при аменорее - независимо от цикла. Если после проведения пробы при аменорее через несколько дней появляется менструальноподобная реакция — проба расценивается как положительная (недостаточность лютропина гипофиза и нормальная реакция яичников). При первичном поражении яичников проба будет отрицательной.

Таким образом, следует отметить, что цитологический метод исследования и играет ведущую роль в клиническом выявлении заболеваний влагалища, шейки и тела матки.

Клиническая характеристика больных. В настоящее время общепризнанно, что в большинстве случаев бактериальный вагиноз является источником рецидива воспалительных заболеваний половых желез и, как правило, ведет к развитию бесплодия (1). Многочисленными клиническими наблюдениями установлено, что приблизительно у половины больных бактериальным вагинозом выявляется воспалительная патология гениталий. Вместе с тем в литературе имеются лишь единичные сообщения подобного рода. Так, Назарова при обследовании 100 стационарных гинекологических больных у 57 из них выявляла бактериальный вагиноз.

Ставилась задача изучить вероятность развития бактериального вагиноза у женщин с учетом нозологических воспалительных патологических процессов в половой системе женщины.

Мы провели клиническое обследование 300 женщин репродуктивного возраста от 22 до 35 лет, состоящих в бесплодном браке в течение $2,5 \pm 0,5$ лет, лечившихся у гинеколога при ГПЦ МЗ КР г. Бишкек.

Изучив материалы наблюдений у 300 гинекологических больных репродуктивного возраста, прошедших лечение на базе клиники гинекологии при ГПЦ №1 г. Бишкек, оптимизированы цитологические методы исследования влагалищной среды для выявления причин бактериального вагиноза.

Выявляемость БВ у гинекологических больных в зависимости от возраста представлена в таблице 1.

Из таблицы видно, что $2/3$ обследованных были в возрасте до 40 лет, т.е. в возрасте функциональной активности половой системы.

Таблица 1

Выявляемость бактериального вагиноза у гинекологических больных в зависимости от возраста

Возраст больных, годы	Всего больных	Количество больных с бактериальным вагинозом	
		Абс.	%
До 20 лет	60	24	13,3
21-30	90	55	30,6
31-40	126	86	47,8
41-50	24	15	8,3
Всего	300	180	60

Средняя выявляемость БВ среди обследованных гинекологических больных равнялась 60%. При анализе выявляемости БВ в зависимости от возраста, видно, что до 40 лет происходит ее увеличение, достигающее своего пика в возрастной группе 31-40 лет, так как БВ протекает более бурно, чем другие, из-за частого рецидива хронических воспалительных заболеваний половых желез. В двух последующих возрастных группах выявляемость БВ низкая, что, возможно, объясняется развитием в этом возрасте в половых железах иволютивных изменений. Полученные нами результаты полностью согласуются с данными литературы (1,2,5), а некоторые авторы приводят еще большую частоту. Е.К. Назарова с соавт., (2003) при цитологическом обследовании 457 гинекологических больных, не предъявлявших жалоб, лишь у 13,7% обследованных не выявил БВ.

Не менее важен вопрос, при каких гинекологических заболеваниях БВ выявляется часто? Иначе говоря, какие патологические процессы в половой системе женщины с наибольшей вероятностью могут привести к развитию бактериального вагиноза. Это тем более важно, что знание этих закономерностей позволило бы установить диагностический критерий, по которому можно было бы выделить группу повышенного риска развития БВ. Наибольшая выявляемость бактериального вагиноза наблюдается почти у половины обследованных – у больных, перенесших одностороннюю тубоэктомию. Значительно ниже эти показатели у больных с кистозными изменениями яичников, эндоцервитом (таблица 2).

Как известно из литературы, эндометрит и эндоцервицит также являются заболеваниями, которые могут привести к развитию бактериального вагиноза. Вместе с тем в этой группе больных выявляемость БВ наименьшая. Из этого следует, что эффективное лечение гинекологических больных является в определенной степени и профилактикой развития бактериального вагиноза. Гинекологические больные любого возраста должны обследоваться для выявления у них бактериального вагиноза. Известно, что воспалительный процесс во влагалищной среде развивается в ответ на воздействие различных патогенных

агентов, наиболее частыми из них является микрофлора, их эндо- и экзотоксины, другие патогенные факторы, фрагменты распада бактериальных клеток: липополисахариды, пептидогликаны и т.д. В качестве вторичных повреждающих агентов может выступать также состояние ишемии, гипоксии и др. Указанное состояние может привести к образованию лейкоцитарных факторов (ЛФ), состоящих из эндогенных продуктов распада незавершенного фагоцитоза. К ним относят протеолитические ферменты, пироген, анионы кислорода, обладающие свойствами эндотоксина и внутриклеточный экзотоксин возбудителя.

Для оценки влияния лейкоцитарного эндотоксина на течение бактериального вагиноза произвели забор в пробирку влагалищной слизи в объеме 3-4 мл, содержащий не завершенный фагоцитоз у женщин, страдающих бактериальным вагинозом. К нему дополнительно нанесли 4-6 капель лейкоцитарного эндотоксина в разведении 1:32, полученного по методике Усупбаева А.Ч., с соавт., (2003). Затем его инкубировали в термостате при температуре плюс 38-38,5° С в течение 55-60 минут.

Таблица 2

Выявляемость бактериального вагиноза у гинекологических больных в зависимости от возраста и гинекологического заболевания

Возраст больных, годы	Гинекологические нозологии								
	Сальпингоофорит			Эндометриит			Эндоцервицит		
	Всего больных	Абс.	%	Всего больных	Абс.	%	Всего больных	Абс.	%
До 20 лет	14	8	11,1	5	2	8	12	3	6,3
21-30	45	25	34,7	10	6	24	27	12	25
31-40	76	33	45,8	35	17	68	47	32	66,7
41-50	15	6	8,3				14	1	2,1
Итого	150	72	48	50	25	50	100	48	48

Лейкоцитарный фактор - продукт незавершенного фагоцитоза - источник бактериального вагиноза.

Микроскопически установлены в мазке влагалищной среды смешанная коккобацилла и незавершенный фагоцитоз в нейтрофилах, что характерно для бактериального вагиноза.

Под их влиянием возникает дисбиоз во влагалищной среде, характеризующийся высокой концентрацией облигатно и факультативно анаэробных условно патогенной микрофлоры, и резким снижением молочнокислых бактерий во влагалищной среде, что создает условия для воспроизведения патофизиологии бактериального вагиноза (Алгоритм 1).

Таким образом, при изучении микробиоценоза с позиции клинической лаборатории уставлена информативность некоторых показателей влагалищной среды, включающих определение содержания и соотношения грампозитивных бактерий в них.

Влияния некоторых патогенетических аспектов бактериального вагиноза на фертильный потенциал сперматозоидов во влагалищной среде

Воспалительный процесс во влагалищной среде при бактериальном вагинозе развивается в ответ на воздействие различных патогенных агентов, наиболее частыми из них являются микрофлора, их эндо- и экзотоксины и т.д. (3). Указанное состояние может привести к образованию лейкоцитарных эндотоксинов (ЛЭ) - продукт распада незавершенного фагоцитоза (1). К ним относят протеолитические ферменты, пироген, анионы кислорода, обладающие свойствами эндотоксина и внутриклеточный экзотоксин возбудителя(2).

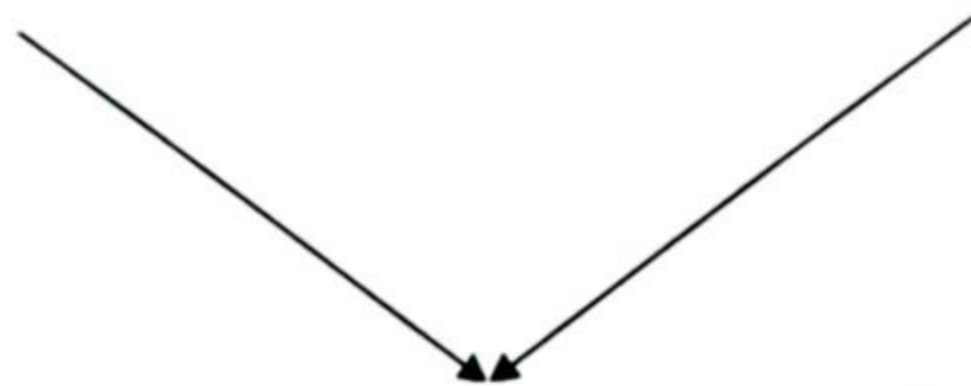
АЛГОРИТМ 1

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

(ишемия, гипоксия)



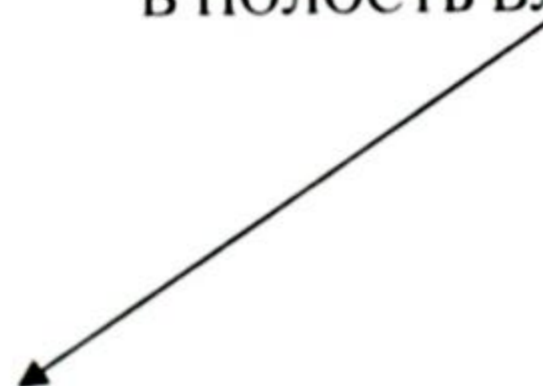
ПОТЕНЦИРУЮТ ДЕЙСТВИЕ
НЕЙРОМЕДИАТОРОВ И ЛИПИДОМЕДИАТОРОВ



*ПРОДУКТЫ РАСПАДА НЕЗАВЕРШЕННОГО ФАГОЦИТОЗА -
ЛЕЙКОЦИТАРНЫЙ ЭНДОТОКСИН (протеолитические ферменты, пироген,
анионы кислорода, обладающие свойствами эндотоксина и внутриклеточный,
возбудитель обладает свойством экзотоксина)*



ПОТЕНЦИРУЮТ ПАТОГЕННОСТЬ МИКРООРГАНИЗМОВ, ИХ
ТРАНСЛОКАЦИЮ ВО ВНУТРЕННИЕ ОРГАНЫ, В ЧАСТНОСТИ
В ПОЛОСТЬ ВЛАГАЛИЩА



ПАТАЛОГИЧЕСКИЙ МИКРОБИОЦЕНОЗ



БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ

Для оценки некоторых патогенетических аспектов бактериального вагиноза обследованы 60 репродуктивно здоровых женщин в возрасте от 22 до 35 лет, состоящих в бесплодном браке в течение $3 \pm 1,5$ лет.

Для оценки влияния лейкоцитарного эндотоксина на течение бактериального вагиноза произвели забор у этих женщин в пробирку влагалищной слизи в объеме 3-4 мл и внесли эякулят в объеме 0,3-0,4 мл со следующими показателями: объем эякулята – $3,0 \pm 0,3$ мл, pH – $7,3 \pm 0,2$, вязкость – $0,4 \pm 0,1$ см, количество сперматозоидов – 40 ± 10 млн., нормокинезис – $70 \pm 10\%$ с прямолинейно- поступательным движением, нормальные формы сперматозоидов – $68 \pm 7\%$, фруктоза – 300 ± 50 мг/%, что соответствует норме, согласно классификации фертильности сперматозоидов. ВОЗ (1995). К ним дополнительно добавили 4-6 капель лейкоцитарного эндотоксина в разведении 1:32, полученного по методике Усупбаева А.Ч. с соавт. (2002). Затем его инкубировали в термостате при температуре плюс $38-38,5^\circ$ С в течение 55-60 минут.

Микроскопически установлено в мазке влагалищной среды смешанная коккобацилла и незавершенный фагоцитоз в нейтрофилах, что характерно для бактериального вагиноза. Под их влиянием возникает дисбиоз во влагалищной среде, характеризующийся высокой концентрацией облигатно и факультативно анаэробной, условно патогенной микрофлоры и резким снижением молочнокислых бактерий во влагалищной среде, что создает условия для воспроизведения патофизиологии бактериального вагиноза.

Таким образом, при изучении микробиоценоза с позиции клинической лаборатории уставлена информативность некоторых показателей влагалищной среды, включающих определение содержания и соотношения грампозитивных бактерий в них. В качестве диагностических и прогностических признаков – фертильного потенциала сперматозоидов во влагалищной среде, обуславливающих характер реабилитационного воздействия.

Физиологический микробиоценоз – защитник влагалищной среды от патогенной микрофлоры

Известно, что физиологический микробиоценоз (ФМБ) влагалищной среды – это единая микробиологическая среда, обеспечивающая защитную функцию репродуктивных органов женщин детородного возраста от воздействия патогенной микрофлоры.

Установлено, у здоровых женщин (92,1 %) ФМБ влагалищной среды состоит из шести видов грампозитивных бактерий: палочки Додерлейна: *L. acidophilus*, *L. plantarum*, *L. casei*, *L. fermentus*, *L. salivarius*, *L. brevis*, *L. cellobiosus* и др., что согласуется с данными Назаровой Е.К., с соавт. (2003). Выявлено, что у женщин, страдающих экстрагенитальной патологией (85,3 %), наряду с грампозитивными бактериями во влагалищной среде встречаются следующие виды условно патогенной микрофлоры: (УПМ) лактобактерии, бифидобактерии, пептококки, пептострептококки, бактероиды, эпидермальные стафилококки, дифтероиды и др., но преобладают лактобациллы, а также обнаружены гарднереллы, мобилинкус, микоплазмы.

Лактобациллы микробиоценоза обладают высокой адгезивной активностью к поверхности эпителиальных клеток и тем самым препятствуют развитию патогенной флоры. Эти механизмы проявления физиологической флоры можно разделить на прямые и не прямые. К прямым следует отнести продукцию бактерий-ингибиторов, нарушающих метаболизм патогенных микроорганизмов, прямую деградацию токсинов. К непрямым эффектам относятся активация иммунной системы, стимуляция ретикулоэндотелиальной системы и мононуклеаров, интерферогенная функция и др.

Таким образом, указанная среда обеспечивает репродуктивную функцию органов малого таза у женщин детородного возраста.

Патологический микробиоценоз влагалищной среды – источник бактериального вагиноза

Клиническое течение бактериального вагиноза делили по тяжести на: легкую - воспалительный процесс локализован в придатках, протекающий со слабо выраженной клинической семиотикой; среднетяжелую – воспалительный процесс влагалищной среды с выраженными общими и локальными признаками патологического процесса, склонных к прогрессированию; и тяжелую - распространенное гнойное поражение придатков матки, сопровождающееся высокой температурой тела, причиной их развития является патологический микробиоценоз (ПМБ).

ПМБ влагалищной среды вызываются следствием различных патологических процессов в организме или внешних воздействий, а именно нарушением гормональной регуляции, инфекционных процессов (особенно инфекций, передающихся половым путем), вторичных иммунодефицитов, медикаментозной терапии (особенно гормоно- и антибиотикотерапия), применения гормональных и внутриматочных контрацептивов, частотой смены половых партнеров подавляется физиологическая функция нормальной микрофлоры влагалища, и в ней общее количество микроорганизмов может возрасти более чем в 1000 раз, составляя 10^8 – 10^{11} КОЕ/ на 1 мл влагалищного секрета с преобладанием факультативных и облигатных анаэробов.

ПМБ снижают естественную защитную функцию влагалища, а после различных внутриматочных манипуляций и операций создают реальную угрозу возникновения острых воспалительных заболеваний матки и придатков.

Назарова Е.К. с соавт. (2003) получила доказательства того, что в зависимости от ультраструктуры возбудителя (*P. Staphylococcus S.*, *Aureus S. epidermidis*, *S. Saprophyticus*, *P. Streptococcus*, *S. anginosus* (зеленящие стрептококки — разнородная группа, состоящая из представителей групп А, С, F, G) *Streptococcus*, *B P. Enterococcus*, *P. Clostridium*, *P. Actinomyces*, *P. Peptostreptococcus* Род *Neisseria* (*N. sicca*, *N. flavescens*, *N. mucosa*, *S. lactamica*) могут существенно меняться его биологические свойства — вирулентность, антибиотикорезистентность, внехромосомная передача генетической информации, способность ингибировать некоторые антибиотики.

Клеточная стенка указанной патогенной флоры вместе с формирующей их микрокапсулой обеспечивает устойчивость микроорганизма во внешней среде, защищает его от фагоцитоза и антител организма-хозяина. С ними связывают внехромосомную передачу генетической информации, вирулентность, устойчивость во внешней среде, антибиотикорезистентность, прикрепление к клеткам организма-хозяина, в частности к эпителию маточных труб и др., что является источником бесплодия женщин.

Для повышения защитной функции грампозитивных бактерий (палочек Додерлейна) в влагалищной среде необходимо использовать озонотерапию. Для оценки влияния концентрации озона на состояние микрофлоры влагалищной среды необходимо разработать тест. С этой целью использовались озono-кислородные инфузионные растворы, полученные с помощью озонатора ОМЛ-80 (фото 1), разработанного в лаборатории плазменных технологий КРСУ под руководством к.ф.м.н, доцента Токарева А.В. Озонатор ОМЛ-80 работает на поверхностном разряде от высоковольтного высокочастотного источника питания.

Фото 1. Общий вид озонатора ОМЛ-80



Кислород, проходя между обкладками высоковольтного конденсатора, попадает в переменное высокочастотное электрическое поле, под действием которого зажигается барьерный разряд и из кислорода вырабатывается озон. Озон, проходя по магистрали, направляется в необходимое место. Изменение расхода озono-кислородной смеси и ее концентрации производится с помощью крана, расположенного на ротаметре или ступенчатого регулятора концентрации. На передней части озонатора расположены штуцера входа и выхода кислорода, входа деструктора, ступенчатый регулятор концентрации озона, кнопка включения озонатора и индикаторы работы прибора.

Для выбора необходимой лечебной концентрации озона инфузионных растворов до процедуры при БВ применяется рабочая классификация бактериального вагиноза, предложенная Мусуралиевым М.С., Тен И.Б. и др. (2005).

Рабочая классификация бактериального вагиноза у женщин

А. ПО ЭТИОЛОГИИ

а) Инфекционные факторы, способные вызвать бактериальный вагиноз у женщин;

1) **инфекции, передающиеся половым путем** (хронический простатит и орхоэпидидимит, гонорея и т.д.);

2) **хронический сальпингоофорит** и т.д.;

3) **инфицированные сперматозоиды** (на которых адсорбируются микоплазмы, хламидии, вирусы и лейкоцитарный эндотоксин (внутриклеточный возбудитель – продукт распада незавершенного фагоцитоза));

4) **хроническое носительство инфекции в крови у половых партнеров:**

– **вирусы:** краснухи IgG (25 МЕ/мл - норма), **простого герпеса** 1+2 типа Ig C и Ig M (1:10 норма), **цитомегаловируса** IgG и Ig M (1:10 норма);

– **микоплазмы** (M. Homimis) 1:10 норма;

– **хламидии** IgG и Ig M – (1:10 норма).

б) Неинфекционные факторы, способные вызвать бактериальный вагиноз у женщин:

1) **нерациональная фармакологическая терапия** (антибиотики, гормоны и т.д.);

2) **нарушения гормональной регуляции** (аменорея вследствие нарушения функции гонад: дисгенезия гонад, тестикулярная феминизация, первичная гипофункция яичников и т.д.);

3) **хирургическая агрессия** (урологические операции на органах малого таза и гинекологические).

Б. РАЗНОВИДНОСТИ ВАГИНОЗА:

а) **бактериальный вагиноз;**

б) **урогенитальный кандидоз и микоплазмоз;**

в) **смешанная форма.**

В. ВИДЫ ИНФЕРТИЛЬНОСТИ У ЖЕНЩИН:

а) **вагинальный патологический спермолизис** (составляет от 17-35% у женщин после полового акта от исходного уровня показателей фертильности сперматозоидов);

б) **обтурационная инфертильность маточных труб**

Г. ПО ХАРАКТЕРУ ТЕЧЕНИЯ:

а) **непрерывно рецидивирующий;**

б) **латентный.**

Для уточнения клинических форм бактериального вагиноза производится забор влагалищной среды в три пробирки в объеме 3-5 мл. Затем дополнительно к 1-й пробирке добавляется 4-5 капель 1% раствора пироцетама, повышая патогенность *Leptotrichia buckles*, *Mobiluncus* и т.д. Во 2-ю пробирку добавляют 2-3 капли лейкоцитарного эндотоксин-продукта распада лейкоцитов незавершенного фагоцитоза (пироген, внутриклеточный возбудитель (кокки и т.д.), что повышает патогенность уrogenитального микоплазмоза, и в 3-ю добавляют 0,2-0,3 мл 1 мг бактосубтила для повышения функциональной активности лактобацилл. Затем их инкубируют в термостате при температуре плюс 38-38,5°C в течение 55-60 минут.

Наличие показателя активности адгезии лактобацилл (ПАЛ) 30-35%, индекс завершенной адгезии лактобацилл (ИЗАЛ) 35-40% и число отношения грамотрицательных бактерий к грампозитивным бактериям палочки Додерлейна составляет 35:7, и наличие палочек *Mobiluncus* в виде полумесяца 3-5% , что характерно для бактериального вагиноза.

Наличие активности адгезии лактобацилл (ПАЛ) 20-29 %, индекс завершенной адгезии лактобацилл от 34 до 25% и число фрагментированных грампозитивных бактерий палочки Додерлейна от 35 до 20-%, и наличие бластоспоры псевдомицелий дрожжеподобных грибов рода *Candida* 5-7%, что характерно для урогенитального кандидоза.

Наличие показателя активности адгезии лактобацилл (ПАЛ) от 25 до 10 % и ниже, индекс завершенной адгезии лактобацилл от 22 до 10 % и ниже, число фрагментированных грампозитивных бактерий палочки Додерлейна - 45% и более, наличие микоплазмы из семейства *Mycoplasmatacea* 3-7% и более, что характерно для урогенитального микоплазмоза.

Для изучения влияния озона на состояние биоциноза влагалищной среды изучены показатели концентрации озона инфузионных растворов, благодаря консультативной помощи доцента НИИ химии и химических технологий КР кан. хим. наук Жумаева А.И., к.м.н Малтабарова М.К. (Таблица 3).

Из представленного материала видно, что озон (O_3) является более сильным окислителем, чем кислород.

Тест оценки выявления озонированных инфузионных растворов на состояние микрофлоры влагалища при бактериальном вагинозе проводится следующим образом: к патогенной флоре дополнительно добавляют к первой и второй пробирке 4-5 капель дистиллированной воды с концентрацией озона 6,23 мг/л и в третью пробирку – 5% раствора глюкозы с концентрацией озона 1,7 мг/л. Затем их инкубируют в термостате при температуре плюс 38-38,5° С в течение 55-60 минут.

Таблица 3.

Показатели концентрации озона инфузионных растворов

Скорость подачи озон-воздушной смеси	Концентрация озона, мг/мл				
	инфузионные растворы				
	Дист. вода	Физ. раствор	5% глюкоза	реополиглюкин	гемодез
	max	max	max	max	max
5	1,93	0,96	0,46	0,48	0,46
15	3,8	2,6	1,3	1,1	1,4
30	6,3	3,9	1,7	1,5	2,1

Микроскопически установлено, что высокая концентрация озона в 1-ой пробирке Озон, потенцируя токсическое действие *Mobiluncus*, вызывает адгезию лактобацилл на эпителиальных клетках.

Во 2-ой пробирке низкая концентрация озона потенцирует продукцию H_2O_2 , что повышает защитную функцию слизистой оболочки влагалища и восстанавливает соотношение грампозитивных бактерий (палочки Додерлейна) во влагалищной среде, и, тем самым, препятствует развитию патогенной флоры влагалищной среды.

Таким образом, успех в лечении бактериального вагиноза прежде всего зависит от дифференцировано выбранной концентрации озона и своевременной диагностики.

Цитологическая оценка реструктуризации сперматозоидов во влагалищной среде

По данным литературы одной из причин бесплодия у женщин является патологическая реструктуризация сперматозоидов во влагалищной среде при бактериальном вагинозе (БВ), что вызывает высокую степень патологического спермолизиса после полового акта (1,3). Наличие инфекции во влагалищной среде у женщин снижает концентрацию в них различных ионов, аминокислот, лимонной кислоты, фруктозы, что снижает подвижность, жизнеспособность и метаболизм сперматозоидов во влагалищной среде (4).

Ставилась задача изучить влияние видов реструктуризации сперматозоидов во влагалищной среде на фертильную способность сперматозоидов с учетом их биохимических показателей.

Для оценки некоторых патогенетических аспектов бактериального вагиноза обследованы 60 репродуктивно здоровых женщин в возрасте от 22 до 35 лет, состоящих в бесплодном браке в течение $2,5 \pm 0,5$ лет.

Биохимия эякулята во влагалищной среде. Для определения фруктозы использовали методику Р. Кулька (1956). Она заключается в следующем: готовятся два раствора А и Б. Раствор А - 0,05% резорцина в 96% этиловом спирте. Раствор Б - в 1000 мл химически чистой соляной кислоты растворяют 216 мг железоаммонийных квасцов. Растворы сохраняются в темной посуде в холодильнике. Полученный эякулят во влагалищной среде освобождали от белков. С этой целью использовали 10% раствор трихлоруксусной кислоты: к 1 мл эякулята добавляли 4 мл указанного раствора и центрифугировали 10 минут (7-10 тыс. об/мин). Количество фруктозы определяли по калибровочной кривой, составленной на основании кристаллизации фруктозы, в норме 200-400 мг/%.

Лимонная кислота образуется в предстательной железе, она необходима для нормальной жизнедеятельности сперматозоидов. Определение лимонной кислоты производили по методике Р. Кулька (1956), в норме 445-600 мг/%.

Для моделирования реструктуризации сперматозоидов во влагалищной среде проведен эксперимент - произвели забор влагалищной слизи у женщин с бактериальным вагинозом в объеме 1,5-2 мл в пробирку и внесли эякулят в объеме 0,3-0,4 мл со следующими показателями: РН - $7,3 \pm 0,2$, вязкость - $0,4 \pm 0,1$ см, количество сперматозоидов - 40 ± 10 млн., нормокинезис - $70 \pm 10\%$ с прямолинейно- поступательным движением, нормальные формы сперматозоидов - $68 \pm 7\%$, фруктоза - 300 ± 50 мг/%, что соответствует норме, согласно классификации фертильности сперматозоидов. ВОЗ (1995). К ним дополнительно нанесли 4-6 капель лейкоцитарного эндотоксина в разведении 1:32, полученного по методике Усупбаева А.Ч. с соавт. (2002). Затем его инкубировали в термостате при температуре плюс $38-38,5^\circ \text{C}$ в течение 55-60 минут.

Влияние лейкоцитарного эндотоксина на состояние реструктуризации сперматозоидов во влагалищной среде с учетом биохимических показателей сперматозоидов, представлены в таблице 4.

Таблица 4.

Виды реструктуризации сперматозоидов во влагалищной среде с учетом их биохимических показателей

Группы	Цинк		Лимонная кислота	
	Эякулят, мкмоль	Влагалищная слизь, мкмоль	Эякулят, Мкмоль	влагалищная слизь, мкмоль
1-ая контрольная (n-20)	Физиологическая реструктуризация сперматозоидов во влагалищной среде			
	$3,3 \pm 0,5$	$2,8 \pm 0,2$	$70,2 \pm 7$	$62,1 \pm 5$
2-ая (n-20)	Компенсаторная реструктуризация сперматозоидов во влагалищной среде			
	3	$1,9 \pm 0,2$	$64,2 \pm 4$	$55,1 \pm 6$
3-ая (n-30)	Патологическая реструктуризация сперматозоидов во влагалищной среде			
	$2,2 \pm 0,3$	$1,2 \pm 0,4$	$47,1 \pm 6$	$39,1 \pm 3$

Из таблицы видно, что содержание цинка, лимонной кислоты во влагалищной слизи находится в обратно пропорциональной зависимости от вида реструктуризации сперматозоидов во влагалищной среде.

Для выявления состояния фертильной функции сперматозоидов во влагалищной среде, на графиках наглядно представлены данные регрессионного анализа между показателями концентрации цинка и лимонной кислоты.

График.1

цинк нмоль /мл



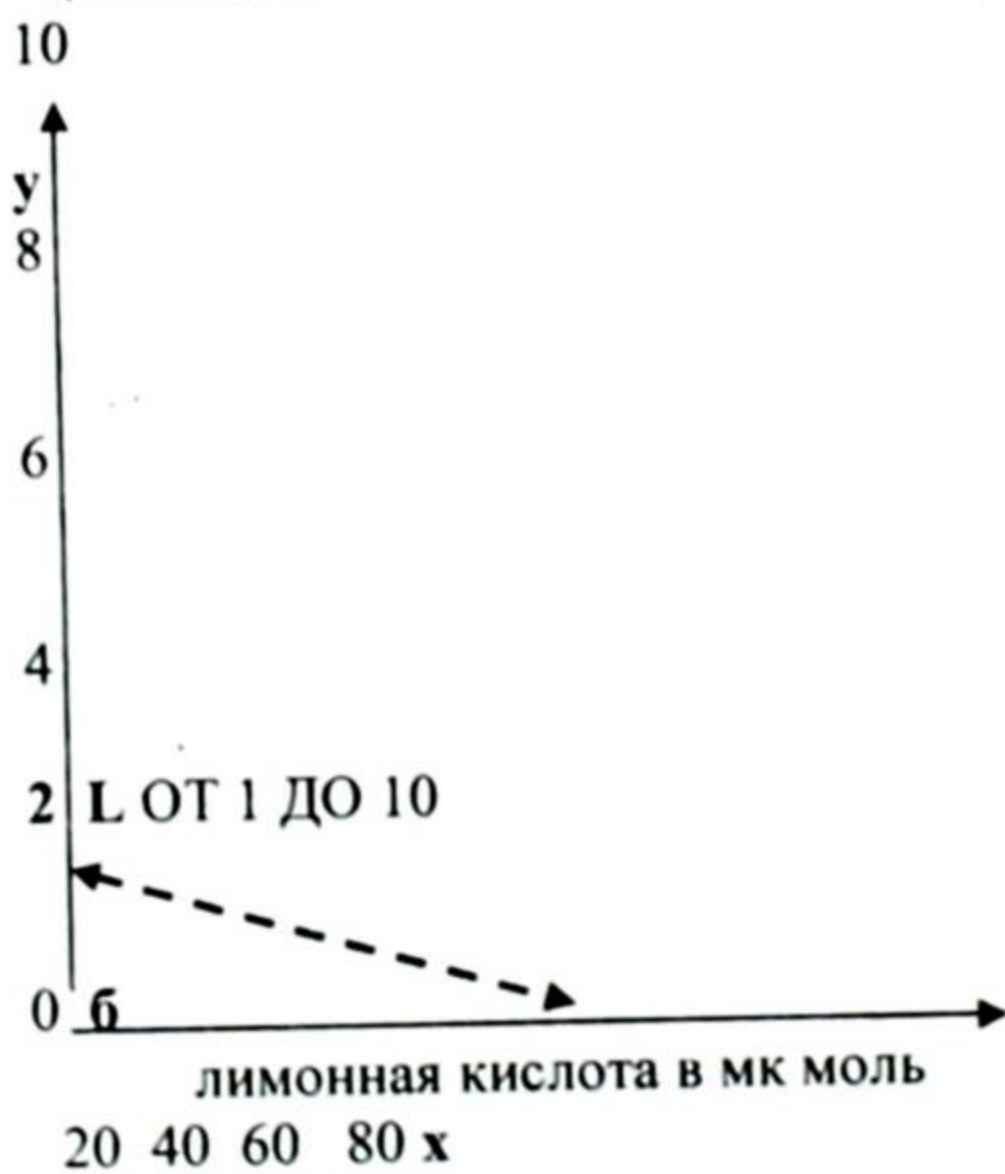
Примечание:

а- 1-я контрольная группа

L - показатели лейкоцитов 0

График.2

цинк нмоль /мл

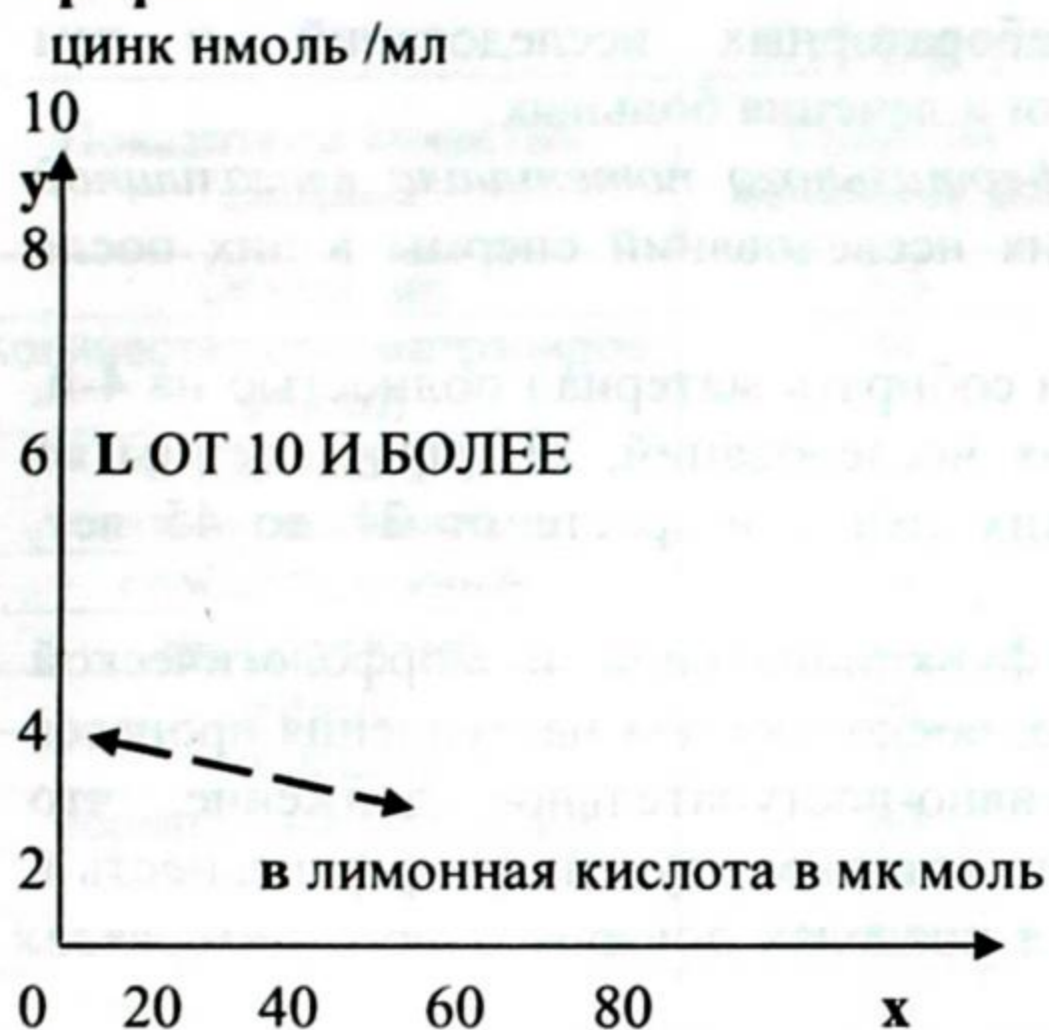


Примечание:

а- 2-я группа

L показатели лейкоцитов от 1 до 10

График.3



Примечание:

а- 3-я группа

L - показатели лейкоцитов от 10 и более

Из представленного материала видно, что бактериальный вагиноз является источником инфекции во влагалищной среде у женщин, что приводит к инфертильности сперматозоидов во влагалищной среде.

На основании полученных результатов пришли к предварительному выводу, что виды реструктуризации сперматозоидов во влагалищной среде с учетом их биохимических показателей позволит оценить фертильный потенциал влагалищной среды и прогнозировать развитие плода во время беременности. Данное исследование планируется провести на базе кафедры акушерства и гинекологии КГМА.

Стандартизация цитологических показателей фертильной способности сперматозоидов во влагалищной среде у женщин, страдающих бактериальным вагинозом и состоящих в бесплодном браке.

Современная номенклатура клинико-лабораторного исследования (КЛИ) репродуктивной функции женщин насчитывает несколько тысяч лабораторных тестов, позволяющих при условии их оправданного назначения, правильного выполнения и обоснованной интерпретации результатов получить в приемлемые сроки аналитически надежные и клинически высокоинформативные ответы на стоящие перед врачом вопросы о диагностике фертильной способности сперматозоидов во влагалищной среде у женщин, страдающих бактериальным вагинозом и состоящих в бесплодном браке. При неточности лабораторных данных о репродуктивной функции женщин риск клинических затруднений достигает 26—30%, а риск неоправданных действий врача колеблется от 7 до 12%. Мера соответствия результатов лабораторных исследований к истинному содержанию исследуемых анализов в организме пациентов, и, соответственно, ожидаемая клиническая информативность лабораторных результатов находятся в зависимости от влияния ряда как внутрिलाбораторных, так и внелабораторных факторов на преаналитическом, аналитическом и постаналитическом этапах исследования. Сочетание, вызванное действием этих факторов, различных видов вариации — биологической, ятрогенной, преаналитической, аналитической, наряду с собственно патологической — обуславливает некоторую степень неопределенности результатов лабораторных исследований и возможность получения ошибочных результатов. Ограничение действия этих факторов путем принятия на разных уровнях управления здравоохранением — от уровня КР до учреждения здравоохранения и клинико-диагностической лаборатории (КДЛ) — комплекса мер, направленных на создание

оптимальных условий для аналитической и диагностической работы КДЛ, способно существенно повысить точность результатов лабораторных исследований, и тем содействовать повышению эффективности диагностики и лечения больных.

Целью разработки является *стандартизация фертильного потенциала влагалищной среды* на основе микроскопических и биохимических исследований спермы в них после полового акта.

Больные были предупреждены о необходимости собирать материал полностью на 4-й, 6-й день после эякуляции. Проведено 337 различных исследований, 215 проб спермы во влагалищной среде при обследовании 55 супружеских пар в возрасте от 21 до 45 лет, состоявших в бесплодном браке в течение 1—5 лет.

По подвижности спермиев можно судить о функциональной и морфологической полноценности сперматозоидов во влагалищной среде, поскольку для наступления процесса оплодотворения спермии должны совершать активно-поступательное движение, что является объективным диагностическим критерием, по которым изучена их фертильность в норме и при некоторых патологиях половых желез, в пределах доверительного интервала, представленных в таблицах 5-8.

Таблица 5.

Стандартные показатели сперматозоидов во влагалищной среде в норме

Показатели качества спермы	Средняя величина (M)	Средняя стандартная ошибка ($\pm t$)	Доверительный интервал (M \pm J/n)
Объем, мл	4,2	0,5	3,2—5,6
Количество спермиев, млн/мл	73	12,6	35—127
В том числе, %			
активноподвижные	74	2,1	68—80
слабоподвижные	9	1,1	5—14
неподвижные	15	0,4	15—19
живые	80	0,8	79—82
неживые	14	0,3	12—14
Нормальные по форме	86	2,0	80—90
деформированные	10	2,0	4—16
Клетки сперматогенеза, %	3	0,5	1,5—4,5
Резистентность (к 1% раствору метиленового синего), мин.	8,4	0,47	7,11—10,0
Метаболическая активность, мин.	17	2,0	10,5—23,2
Количество фруктозы, мг%	286	16	234—336

Таблица 6.

Субфертильная сперма I степени

Показатели качества спермы	Средняя величина (M)	Средняя стандартная ошибка ($\pm m$)	Доверительный интервал (M $\pm 3m$)
Объем, мл	3,3	0,5	1,9—4,8
Количество сперматозоидов, млн/мл	34	4,6	20—29
В том числе, %			
активноподвижные	60	3,0	53—72
слабоподвижные	16	0,7	13—18
неподвижные	20	1,0	18—23
живые	80	1,1	78—84
погибшие	16	0,9	15—19
нормальные по форме	80	1,7	78—85
деформированные	17	1,3	13—20
Клетки сперматогенеза, %	4,5	0,5	3—6
Резистентность, мин.	6,7	0,32	5,71—7,5
Метаболическая активность, мин.	31	3,1	21,2—40,1
Количество фруктозы, мг%	200	19	144—256

Таблица 7.

Субфертильное состояние сперматозоидов II степени

Показатели качества спермы	Средняя величина (M)	Средняя стандартная ошибка ($\pm m$)	Доверительный интервал (M $\pm 3m$)
Объем, мл	3,0	0,4	1,3—4,2
Количество спермиев, млн/мл	48	2,3	10—29
В том числе, %:			
активноподвижные	40	2,0	36—48
слабоподвижные	20	0,6	13—22
неподвижные	30	1,1	27—32
живые	50	1,3	40—73
погибшие	27	0,7	24—30
нормальные по форме	70	2,0	62—74
деформированные	20	1,7	18—26
Клетки сперматогенеза %	10	1,5	3—15
Резистентность, мин.	4,5	0,22	3,8—48
Метаболическая активность, мин.	49	4,6	38,1—57,6
Количество фруктозы, мг%	160	13	115—179

Таблица 8.

Субфертильная сперма III степени

Показатели качества спермы	Средняя величина (M)	Средняя стандартная ошибка ($\pm m$)	Доверительный интервал (M $\pm 3m$)
Объем, мл	2,4	0,3	1,5—3,3
Количество спермиев, млн/мл	7	1,2	3—9
В том числе, %			
активноподвижные	21	1,4	18—30
слабоподвижные	26	2,0	18—31
неподвижные	32	2,2	23—36
живые	40	1,6	28—48

мертвые	36	1,3	32—40
нормальные по форме	54	2,1	48—60
деформированные	44	1,7	40—48
Клетки сперматогенеза, %	6	1,5	2,2—9
Резистентность, мин.	2,2	0,17	2,1—3,2
Метаболическая активность, мин.	117	7,3	96,1—138,9
Количество фруктозы, мг%	170	13	130—210

Для стандартизации результатов лабораторных исследований репродуктивных женщин составлена рабочая цитологическая классификация фертильности сперматозоидов во влагалищной среде, которая представлена ниже.

Цитологическая классификация фертильности Сперматозоидов во влагалищной среде

А. Виды фертильности спермы во влагалищной среде:

- а)** Фертильная сперма во влагалищной среде в середине овуляции характеризуется: при нормоспермии - число сперматозоидов в 1 мл эякулята от 30 млн. сперматозоидов и выше, при нормокинезисе от 60-90% и более, что указывает на их высокую оплодотворяющую способность.
- б)** Субфертильная сперма I степени во влагалищной среде в середине овуляции (характеризуется олигозооспермия I степени - число сперматозоидов от 20 до 29 млн., при нормокинезисе - от 50 до 59%, указывает на их умеренную оплодотворяющую способность).
- в)** Субфертильная сперма II степени во влагалищной среде в середине овуляции (характеризуется олигозооспермия II степени - от 10 до 19 млн., при нормокинезисе от 30 до 49 %, указывает на их низкую оплодотворяющую способность).
- г)** Субфертильное состояние спермы III степени во влагалищной среде в середине овуляции характеризуется: при олигозоосперии III степени - менее 9 млн., при нормокинезисе - от 20 до 29 %; указывает на их низкую оплодотворяющую способность.

В. Виды инфертильности спермы во влагалищной среде

Относительная инфертильность спермы во влагалищной среде. К ним были отнесены концентрации спермиев во влагалищной среде менее 9 млн. в 1 мл влагалищной среды при нормокинезисе до 20 %, что указывает на их низкую оплодотворяющую способность.

Абсолютная инфертильность спермы во влагалищной среде. К ним отнесены патологические эякуляты, в которых отмечается полное отсутствие как спермиев, так и клеток сперматогенеза. Эта патология обозначается как аспермия.

Д. Виды вагинального спермолизиса:

- а)** физиологический спермолизис во влагалищной среде (составляет от 3 до 15 % у женщин после полового акта от исходного нормального уровня показателей фертильности сперматозоидов);
- б)** патологический спермолизис во влагалищной среде (составляет от 16 до 35% и более у женщин после полового акта от исходного нормального уровня показателей фертильности сперматозоидов).

Внедрение предлагаемой рабочей цитологической классификации фертильности сперматозоидов во влагалищной среде в широкую практику будет способствовать улучшению качества диагностики и лечения этой группы больных.

Выводы

В рабочей классификации фертильности спермы во влагалищной среде клинический диагноз базируется на комплексной оценке основных лабораторных показателей с учетом наиболее важных биохимических данных.

Лабораторные показатели представлены в пределах доверительного интервала ($M \pm 3m$), что наиболее полно характеризует как величину каждого отдельно взятого показателя фертильного потенциала во влагалищной среде.

Исходные лабораторные показатели получены с помощью более точных новых и усовершенствованных методик исследования спермы во влагалищной среде, а поэтому конечные результаты являются более достоверными.

2.2. Лазерная галотерапия - способ лечения патологического спермолизиса с учетом гонадной функции мужчин на основе лабораторной диагностики

Источником патологического вагинального спермолизиса является бактериальный вагиноз (БВ), который представляет реальную опасность ранней хронизации процесса и развития осложнений: бесплодия, нарушений менструального цикла, риска возникновения внематочной беременности и т.д. Этиологическая структура БВ характеризуется чрезмерно высокой концентрацией облигатно- и факультативно-анаэробных условно-патогенных микроорганизмов и резким снижением концентрации молочнокислых бактерий во влагалищной среде, что является причиной бесплодия женщин.

Физиологический микробиоценоз влагалищной среды содержит единую физиологическую биологическую экосистему микрофлоры и гликоген, ей присущи ферментативная, витаминообразующая, иммуномодулирующая и другие функции, что обеспечивает фертильный потенциал влагалищной среды. Низкая эффективность антибактериальной терапии способствует развитию патологического микробиоценоза влагалищной среды и повышению концентрации эндогенных цитотоксинов в этой среде, что является причиной патологического спермолизиса. Физические лечебные факторы способны восстановить физиологический биоценоз среды влагалища и тем самым обеспечивают фертильный потенциал сперматозоидов во влагалищной среде.

Методом, который отвечает современным требованиям лечения патологического бактериального вагиноза, является галотерапия (ГТ) (1).

Цель исследования - повышение эффективности восстановления фертильности сперматозоидов в половых путях после полового акта у женщин с БВ путем применения технологии озono-лазерной галотерапии.

Обследовано 25 женщин, страдающих хроническим сальпингоофоритом и состоящих в бесплодном браке от 2 до 3 лет. Средний возраст женщин от $25 \pm 2,5$ лет. Мужья у всех были репродуктивно здоровы.

Оценивали характер влагалищных выделений, данные цитоскопии и pH влагалищного содержимого.

Изучив опыт, материалы наблюдений у 15 женщин с БВ, прошедших лечение на базе клиники кафедры акушерства и гинекологии КГМА г. Бишкек, оптимизированы этапы галотерапии.

Задача первого этапа озono-лазеро-галотерапии - очищение слизистой оболочки влагалища от скоплений слизи, инородных примесей, клеточного детрита с восстановлением функции эпителия влагалища и устранение нарушений дренажной функции. Такое влияние на секретолит во влагалище достигалось введением аэрозоли озонированной природной соли кочкорского месторождения (Нарынская область).

Задача второго этапа озono-лазеро-галотерапии - создание определенной концентрации лекарственных препаратов в вагинальном кровотоке с воздействием их на воспалительный очаг для улучшения процессов регенерации слизистой влагалища. С этой

целью использовали аэрозоль лекарственной композиции, состоящей из мегасефа, кочкорской соли, метрида, пропосола.

Мелкодисперсный ионизированный аэрозоль кочкорской соли (основной компонент - натрия хлорид) оказывает влияние на состояние слизистой влагища, функциональную активность клеток, обладает иммуномодулирующим и бактериостатическим эффектом (1,2). Галотерапия проводится с помощью ингалятора фирмы «Аэромед».

Для озонирования указанной композиции к ингалятору во время процедуры подсоединяли озонатор ОМЛ-80 (фото 1.), разработанный в лаборатории плазменных технологий КРСУ под руководством к.ф.м.н, доцента Токарева А.В.

Задача решается тем, что трубка, изготовленная из полихлорвинилового микроиригатора (1), один конец которой подсоединяется к первому каналу катетера ФОЛЯ (2), другой конец проводится во втором канале Т-образного переходника (3) и фиксируется. В первый канал, предназначенный для подачи лазерной энергии (5) с мощностью 5-7 мВт/см², фиксируется микроиригатор. Через второй канал (6) указанного проводника проводится озонотерапия. Третий канал (7) катетера Фоля выполняет функцию газоотвода (представлено рисунок 1 и рисунок 2 устройство для озono-лазеро-галотерапии).

Рис. 1. Общий вид трубки и Т-образного фиксатора - переходник предназначенного для озono-лазеро-галотерапии

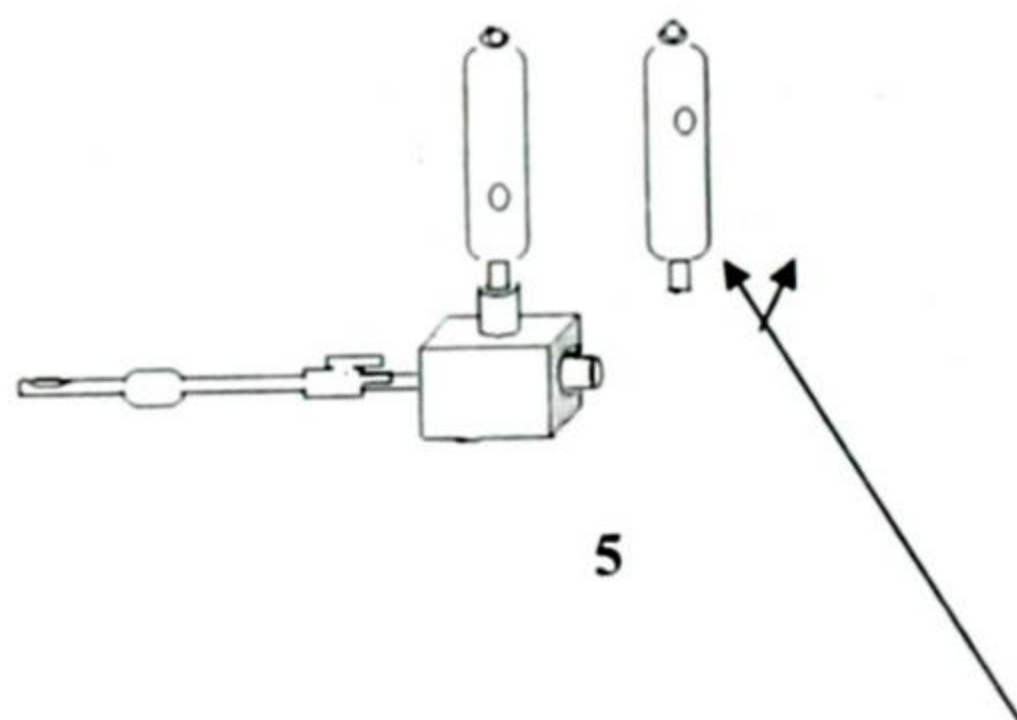
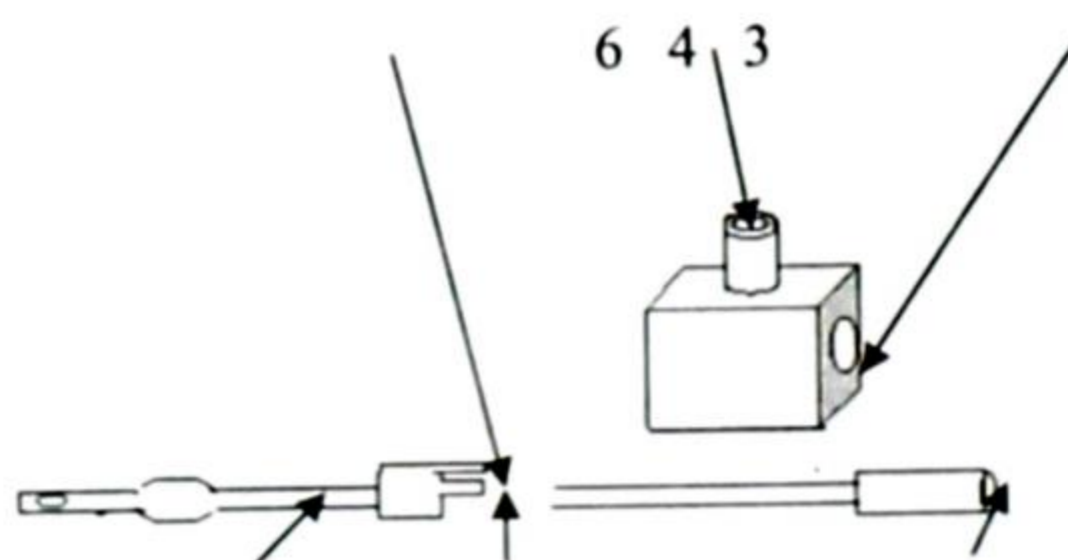


Рис. 2. Структура трубки и Т-образного фиксатора – переходник, предназначенный для озono-лазеро-галотерапии



2 7 1

Параметры лазерной аэрозольтерапии: полярная плотность электрического заряда аэрозоли 10^8 Е/см³, радиус частиц не более 10 мкм, давление сжатого воздуха не менее 0,3 атм., расход жидкости 0,4 см³/мин. в сочетании с лазером мощностью 5-10 мВт /см² течение 10-12 минут, на курс 6-7 процедур.

Влияние озono-лазерной галотерапии на жизнеспособность сперматозоидов во влагалищной среде представлена в таблице 8.

Из материала видно: после лечения количество сперматозоидов составило 50 ± 7 млн., репродуктивная способность сперматозоидов на цитокраску – 72%, что указывает на восстановление их фертильной способности после полового акта. Об этом свидетельствуют следующие средние арифметические показатели шкал сексуальной формулы женщин (СФЖ): (n-20) - I-II-3,2-2,4 | III-IV -1,9-2,1 | V-VI- 1,5-1,7 / VII-VIII- 2,4-2,2 /+ IX-1,0----5,6 | II-4 / III- 3,2/IV- 4,2/ +IX - 1/--- 20,5 баллов, где показатели генеративной функции по шкале СФЖ: I –3,2|IV-1,5|VIII-2,2 баллов.

Показатели шкал КФМ (копулятивная функция мужчин) = I-II III – 3-4-3 / -IV V-VI -4-4-3 / VII-VIII IX - 3-4-3 / X - 3-4-4 /= ТРИАДЫ = / 1-ая – 11 баллов / 2-ая – 12 баллов

Таблица 9.

Влияние лазерной галотерапии на жизнеспособность сперматозоидов во влагалищной среде

Показатель	Исходные данные	До лечения		После лечения	
		Абс.	%	Абс.	%
Количество лейкоцитов во влагалищной среде	До 5	18±2,1		5±0,5	
Количество сперматозоидов во влагалищной среде	От 30 до 150 млн.	30±0,7 млн		50±0,6 млн	
Время переживания спермиев, мин.	297,7±9,6	27,1±4,8		293,7±0,5	
Подвижные спермии, %	66,3±3,2	6,9±5,3		62,4±0,7	
Живые сперматозоиды %	77,8±1,7	12,3±1,4		71,6±0,4	
Виды редуцированной способности сперматозоидов во влагалищной среде на цитокраску					
Высокая	От 60 до 90 %	1	4	18	72
Умеренная	От 10 до 40 %	9	36	5	20
Низкая	До 9 %	15	60	2	8

3-ая – 11 баллов / + X шкала - 12 баллов / = 46 общая сумма баллов - Показатели генеративной функции по шкале КФМ =: I – 3 балла)-IV –4 балла, V 4 балла)-VIII 3 балла) = 14 сумма баллов.

Под влиянием ЛГТ изменились показатели гормонов ЛГ от $7,4 \pm 0,15$ до $8,2 \pm 0,6$ мкед/мл, ФСГ от $4,6 \pm 0,76$ мкед/мл до $6,3 \pm 0,41$ мкед/мл.

Таким образом, озono-лазеро-галотерапия корригирует патогенетические механизмы развития патологического вагинального спермолизиса при бактериальном вагинозе, что значительно улучшает результаты лечения.

Диагностическая тактика для восстановления полового воспроизводства при бесплодном браке

Качество медицинских лабораторных услуг характеризуется совокупностью свойств, подтверждающих ее соответствие потребностям пациента в точной оценке его состояния, установлении диагноза бесплодия и эффективном лечении.

Нарушение фертильности сперматозоидов во влагалищной среде у женщин, страдающих бактериальным вагинозом - источник развития вторичного бесплодия у супружеских пар.

Целью работы явилось повышение эффективности диагностики и методов реабилитации супругов с фертильной дисфункцией.

Анализировано состояние фертильной дисфункции у 115 больных с ХП и у 25 репродуктивно здоровых супружеских пар, состоящих в бесплодном браке. Возраст составил от 20 до 50 лет, с длительностью заболевания от 1 года до 5 лет. У супругов тщательно собирали анамнез, затем мужчин, страдающих ХП, направляли в урологический кабинет для исследования спермы и исключения пороков развития репродуктивных желез. Сопоставление данных анамнеза, результатов урологического осмотра и лабораторных исследований, проведенных на первом этапе, позволяет выявить больных, страдающих вторичным бесплодием и нуждающихся в стационарах, и больных, лечение которых возможно в условиях поликлиники, с помощью рабочей классификации мужской инфертильности (2, 4, 5, 7), которая представлена ниже.

Рабочая классификация инфертильности половых партнеров

I. Нозологии репродуктивных желез, способные вызвать репродуктивную дисфункцию у половых партнеров

- а) хронический простатит;
- б) хронический орхоэпидидимит;
- в) хронический везикулит;
- д) варикоцеле и т.д.;
- г) бактериальный вагиноз.

II. I. Секреторная инфертильность

По генезу фертильной дисфункции:

- а) центрального генеза, обусловлена тем, что гормональный дисбаланс функции в данной ситуации угнетается при поражении гипоталамо-гипофизарной системы;
- б) дискорреляционная дисфункция - нарушение их функциональной взаимосвязи между репродуктивными железами и гормональными органами.

2. Экскреторно- транзиторная инфертильность

Наличие воспалительных экссудатов придаточных половых желез и их метаболитов угнетают нормальную функцию репродуктивных желез.

3. Экскреторно-обтурационная инфертильность

Воспалительный экссудат придаточных половых желез наряду с угнетением функции репродуктивных желез могут вызывать обструкцию семявыводящих путей, в последующем развиваются деструктивно-спаечные процессы, ведущие к рубцовому сужению маточных труб или обструкции семявыводящих путей.

4. Ложный асперматизм во влагалищной среде

5. Иммунное бесплодие во влагалищной среде

6. Сочетанная инфертильность во влагалищной среде (секреторная, экскреторная, обструкционная и иммунологическая).

III По степени нарушения сперматогенеза различают:

Олигозооспермию I степени снижение концентрации сперматозоидов во влагалищной среде - от 18 до 27 млн. в 1мл во влагалищной среде, при активной подвижности 60 -95%.

Олигозооспермию II степени - от 10 до 19 -млн., активная подвижность 30-59% во влагалищной среде.

Олигозооспермию III степени - менее 10 млн., подвижность 10-29% во влагалищной среде.

Аспермию (отсутствие спермы) во влагалищной среде.

Азооспермию (отсутствие сперматозоидов в эякуляте).

IV. По характеру течения:

- а) непрерывно рецидивирующий,
- б) латентный.

С учетом показателей фертильности сперматозоидов, предложенных ВОЗ (1995), стандартизированы показатели фертильности сперматозоидов во влагалищной среде (таблица 1.9.1) и на этом основании оценена репродуктивная способность половых партнеров, что указано в таблице (1.9.2.). Представленные показатели этих больных можно подразделить, в зависимости от степени выраженности и характера фертильной дисфункции, на три группы: первая - больные со стойкой фертильной дисфункцией, обусловленной приобретенной экскреторно-обтурационной патологией, требующей хирургической коррекции; вторая - транзиторная фертильная дисфункция, вызванная воспалительными заболеваниями репродуктивных желез у мужчин; третья - фертильная дисфункция, связанная с реинфекцией гениталий у женщин с бактериальным вагинозом.

Среди причин бесплодного брака у женщин заслуживает внимания реинфекция гениталий, особенно вызванная половым актом с мужчиной, страдающим рецидивной формой ХП. В подобной ситуации женщина подвергается длительной медикаментозной терапии, не приводящей к успеху. Наличие у нее рецидивной инфекции гениталий нарушает динамику менструального цикла и дестабилизирует биохимические, физические и энергетические свойства цервикальной слизи. Это сопровождается губительным действием на сперму и часто приводит к бесплодию. Из 120 больных с ХП, прошедших на первом этапе, 80 были направлены на лечение в урологические кабинеты. У женщин, 8% мужей которых поставлен диагноз хронический простатит, после проведенной терапии в течение 6 месяцев наступила беременность. Второй этап специализированной помощи проводился 30 больным, страдающим стойкой фертильной дисфункцией, в условиях урологического стационара для выбора метода инсеминации, где для определения причин бесплодия у мужчин использовали генитографию, биопсию яичка, исследование спермограмм и гормонального фона.

Для дифференцированного проведения искусственного оплодотворения необходима оценка физиологии гипоталамо-гипофизарно-овариально-маточной системы и анатомической полноценности маточных труб. Их функциональная стабильность характеризуется наличием нормального менструального цикла и процесса созревания яйцеклетки и овуляции. На наступление дня овуляции указывает увеличение диаметра фолликула, при ультразвуковом исследовании, более 17 мм. Обязательным условием подготовки к искусственному оплодотворению, является проверка состояния репродуктивного здоровья супругов с учетом их желания.

Различают следующие методики инсеминации - влагалищная, цервикальная и внутриматочная, проводимые на гинекологическом кресле. Наиболее адекватна интрацервикальная методика инсеминации по Ю.С. Паращук, при которой устанавливается подключичный катетер в наружный зев и вводится сперма в объеме 1,5-1,0 мл, без стабилизатора. В этом случае не создается герметичность, не обеспечивается достаточный объем сперматозоидов, что значительно снижает эффективность методики. С учетом вышеизложенного факта эта методика нами модифицирована.

Интрацервикальная методика инсеминации. Шейка матки обнажается в зеркалах и протирается ватным тампоном. На катетер надевают шприц и набирают 2-2,5 мл спермы со стабилизатором, состоящим из фармоэнергепротекторов. Двухканальный детский катетер Фоллея вводится в наружный зев и фиксируется, в цервикальный канал вводится сперма, после этого на катетер надевают заглушку и оставляют в течение 16-18 часов. Целесообразно проведение 3-кратной инсеминации на протяжении 3-4 менструальных циклов: за 1 день до расчетного времени овуляции, в день овуляции и на следующий день.

Эта методика способствовала решению проблемы фертильной дисфункции у супругов в 84,7% случаев.

Из 50 больных, прошедших его, фертильная функция восстановилась у 9 пациентов. После лечения супругов беременность наступила в первые 6 месяцев у 28 женщин. У 6 беременность закончилась выкидышем, у 22 беременность протекала физиологично.

Рекомендуемая литература

1. Кулаков В.И., Овсяникова Т.В. Проблемы и перспективы бесплодия в браке // Акушерство и гинекология, № 1997, с.5-8.
2. Кудайбергенова Т.К. Хирургическое лечение и обоснование реабилитации у больных с бесплодием / Автореф. дис. д. м. Н. Алматы, 2002, с.45.
3. Макенжан уулу Алмаз, Заречнова Н.Н., Садырбеков Н.Ж., Алжикеев С.Ж. Компьютерная технология регистрации фертильности сперматозоидов для диагностики бесплодия. // Центральноазиатский медицинский журнал. Том IX , приложение 2, Бишкек.: – 2004, с. 252-253.
4. Мусуралиев М.С., Макенжан уулу Алмаз. Экспериментально-лабораторная диагностика репродуктивных нарушений после гинекологической операции, для прогнозирования детородной функции женщины.// Изобретения КР № 1436 от 25 09.03.
5. Назаренко Т.А. Женское бесплодие, нарушение процесса овуляции: (Клиника, диагностика, лечение) /. Назаренко Т.А.// Автореф. дис...д.м.н. М., 1998. - с.42
6. Избасаров А.И. Репродуктивные дисфункции у мужчин. Дис. на уч. степ. док. мед. наук, Алматы -1999, с.242.
7. Тиктинский О.Л. Руководство по андрологии. М.: Мед., 1990, с.327.
8. Пшеничникова Т.Я. Бесплодие в браке / Пшеничникова Т.Я. // М., Медицина 1991, с.320.
9. Раисова А.Т. Проблемы бесплодия в браке / Раисова А.Т. // Мед. жур. Казахстана - 1998 - №1, с.51-54.
10. Назарова Е. К. Микробиоценоз влагалищной среды (этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика) / Е. К. Назарова, Е. И. Гиммельфарб, Л. Г. Созаева // Клиническая лабораторная диагностика 2003 , № 2, с.25-37.
11. Шаршенов А.К., Макенжан уулу Алмаз, Алжикеев С.Ж. Патологический спермолизис после полового акта как источник бесплодия // Журнал Здравоохранение « Медицина» № 2004, с.39-40.
12. Овсяникова Т.М., Корнеева И.Е. Бесплодный брак. Акушерство и гинекология. – 1998, №1 - с.32-36.
13. Ухаль М.И. Роль лейкоцитарных факторов в патогенезе осложнений при оперативных вмешательствах на почках и предстательной железе // журнал Урология и нефрология - 1998, № 6, с 70-71.
14. Усупбаев А.Ч., Садырбеков Н.Ж., Заречнова Н.Н., Тухватшин Р.Р., Алжикеев С.Ж. Способ экспериментального патофизиологического моделирования сексуальных потерь при воспалительных заболеваниях репродуктивных желез у мужчин. // Патент на изобретение № 9993775 от 2002 г.
15. Усупбаев А.Ч., Абдыкалыков М.Б., Алжикеев С.Ж., Оскон уулу Айбек. Влияние лейкоцитарного эндотоксина на состояние репродуктивных клеток- сперматозоидов. // Центральноазиатский медицинский журнал Том IX 2003, с.187-189.
16. Юнда И.Ф. Бесплодие в супружестве. // В кн.- Киев: Здоровье, 1990.- с.452.

2.3. Клиническое обучение по лабораторной диагностике инфекций, передающихся половым путем, у женщин детородного возраста с учетом репродуктивного здоровья половых партнеров

(мультимедийная программа обучения, предназначена для врачей и клинических ординаторов)

Учебная программа разработана директором Института последипломного медицинского образования КГМА д.м.н., профессором М.С. Мусуралиевым с соавт.

Программа рецензирована зам. директором по науке Кыргызского научно-исследовательского института курортологии и восстановительного лечения д.м.н. Г.В. Беловым, доцентом кафедры акушерства и гинекологии КГМА, к.м.н., доцентом Б.А. Рыскуловой.

Пояснительная записка

В области повышения эффективности медицинской помощи, снижения бесплодия у женщин, страдающих инфекцией, передающейся половым путем, которые становятся источником бактериального вагиноза, накоплены глубокие контролируемые исследования, прошедшие клинические испытания, в которых уделено большое внимание лабораторной диагностике, значению исследования биоценоза микрофлоры влагалищной среды, а также его нарушениям при различных патологических состояниях, что легло в основу доказательной медицины и стандартных клинических протоколов на национальном уровне. В них обсуждается роль патологического микробиоценоза влагалищной среды в развитии и течении бактериального вагиноза, приведена краткая характеристика бактерии. Подробно изложены цитологические синдромы бактериального вагиноза с различными вариантами цитограмм, показана зависимость диагностики от использования лабораторной информации, полученной при исследовании мазков. Уделено внимание особенностям биоценоза влагалищной среды и цитограмм женщин репродуктивного возраста в норме и при патологии. Особую ценность для практического здравоохранения имеют различные варианты цитограмм как в норме, так и при различных видах бактериального вагиноза. Эта информация в комплексном обследовании больных значительно расширяет возможности практического врача в диагностике бактериального вагиноза. Это обстоятельство диктует необходимость внедрения принципа клинического обучения, представляющего сведения о видах микробиоценоза влагалищной среды у женщин репродуктивного возраста с последующей оценкой уровня фертильности.

В Кыргызской Республике на основе сотрудничества (1997г.) Министерства здравоохранения с корпорацией JHPIEGO, филиала Университета Джонса Хопкинса, при поддержке Фонда Народонаселения ООН (UNFPA) и международной федерации родительства (IPPF) в целях реализации государственной программы «Здоровая нация», разработана программа для внедрения адаптированных, стандартизированных учебных программ международного образования по РЗПС для до- и постдипломного среднего и высшего образования для врачей акушеров- гинекологов.

Однако остается много вопросов по лабораторной диагностике бактериальных вагинозов у женщин репродуктивного возраста и обоснованию рациональной тактики лечения в обеспечении безопасного материнства, основной целью которой является наименьший риск здоровья матери и ребенка.

Проведена дифференцированная оценка значимости лабораторных исследований в зависимости от клинических форм инфекций, передающихся половым путем, и бактериального вагиноза, и на этом основании разработан учебный план и программа, которые существенным образом влияют на состояние охраны репродуктивного здоровья женщин, в том числе на снижение частоты бесплодия у женщин, а также на повышение уровня квалификации врачей, которые пройдут курсы клинического обучения.

В учебном курсе использованы адаптированные материалы:

1. Пшеничникова Т.Я. Бесплодие в браке / М., Медицина 1991, с.320.
2. Назарова Е. К. Микробиоценоз влагалищной среды (этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика) / Е. К. Назарова, Е. И. Гиммельфарб, Л. Г. Созаева // Клиническая лабораторная диагностика 2003, № 2, с.25-37
3. Шаршенов А.К., Макенжан уулу Алмаз, Алжикеев С.Ж. Патологический спермолизис после полового акта как источник бесплодия // Журнал Здоровоохранения «Медицина» № 2004, с.39-40.
4. Мусуралиев М.С., Тен И.Б., Алжикеев С.Ж., Макенжан уулу Алмаз. Клиническое обучение по лабораторной диагностике бактериального вагиноза у женщин репродуктивного возраста. // Бишкек- 2005, с.80.

Клиническое обучение по клинико-лабораторной диагностике инфекций половых органов у женщин репродуктивного возраста

Современная экономическая ситуация, в которой находится персонал лаборатории лечебных учреждений, характеризуется повышением роли результатов работы лаборатории в диагностике, лечении и профилактике этой патологии, увеличением числа запросов на выполнение анализов и повышением требований к срокам их выполнения, расширением методической и технической базы лабораторной работы. Для обеспечения и создания оптимальных условий, для надежного лабораторного обеспечения лечебно-диагностической деятельности учреждений здравоохранения ниже представлена программа обучения.

Описание курса обучения

Настоящий курс повышения квалификации рассчитан на повышение ранней диагностики инфекций половых органов у женщин репродуктивного возраста.

Цели курса

Освоить стандарты клинического обучения по международному требованию и технологии лабораторной диагностики инфекций половых органов у женщин, а также для повышения качества эффективной гинекологической помощи.

Задачи

Ознакомить со стандартами международных требований по повышению качества лабораторной диагностики инфекций половых органов у женщин детородного возраста.

Обучить лабораторной технологии диагностики инфекций полового тракта у женщин молодого репродуктивного возраста для повышения качества полового воспроизводства.

Обеспечить участников знаниями и навыками, необходимыми для организации и проведения лабораторной диагностики по месту работы для снижения частоты бесплодного брака.

Методы обучения (виды занятий):

I этап:

- классные занятия;
- иллюстрированные лекции и групповые обсуждения;
- индивидуальные и групповые занятия;
- практические занятия для освоения навыков лабораторной технологии

II этап:

- набор учебных цитологических материалов;
- текстовые материалы по методике исследования;
- видеоматериалы по методике исследования цитологических материалов.

Учебные материалы

Набор учебных цитологических материалов

Компьютерные материалы (по методике исследования и цитологических материалов)

М.С. Мусуралиев /Основы клинического обучения по репродуктивному здоровью (учебное пособие), Бишкек- 1998.

Длительность курса 15 дней (8 час.)=120 час.

План курса

Количество консультаций для пациентов (40-50 чел).

Учебные показательные лабораторные исследования

Количество участников –5 врачей акушеров- гинекологов и врачей лаборантов

Программы и учебное пособие подготовили преподаватели: д.м.н., профессор Мусуралиев

М.С, врач лаборант высшей категории Тен И.Б., сопреподаватели: с.н.с., врач андролог

Алжикеев С.Ж. и врач акушер –гинеколог Макенжан уулу Алмаз.

Расписание курса

ДЕНЬ 1

Время		
8.00-12.00	Открытие курса Ожидание участников и преподавателей Предкурсовой вопросник	Приветствие. Знакомство с участниками Цель курса. Расписание и учебные материалы
ПЕРЕРЫВ		
13.00-17.00	Этапы клинического обучения Экскурсия в клинко-биохимическую лабораторию Лабораторная практика: Знакомство с лабораторной техникой	Обзор курса Введение в курс клинического обучения Демонстрация лабораторной техники (модели микроскопов, механические части микроскопов, оптическая часть) Общие правила работы, обращения с микроскопом и уход за ним. Демонстрация приготовления красок. Окраска цитологических материалов
Итоги дня		
	Домашнее задание	Стандартные цитологические показатели по системе СИ репродуктивной функции половых партнеров

ДЕНЬ 2

Лабораторная практика: основы цитологического исследования

Время		
8.00-12.00	Лекция \ дискуссия	Характеристика цитологической картины фазы менструального цикла. Характеристика типов цитологии влагалищных мазков и кольпоцитологии Основы онкоцитологии Основы их лабораторной диагностики. Основы лабораторной технологии исследования.
ПЕРЕРЫВ		
13.00-17.00	Демонстрация:	Интервальная компьютерная лабораторная диагностика: на наборе слайдов. Демонстрация технологии лабораторного исследования на учебном цитологическом мазке
Итоги дня		
	Домашнее задание	

ДЕНЬ 3
Лабораторная практика

Время		
8.00-17.00	Освоение лабораторной диагностики цитологической картины фазы менструального цикла, типов цитологии влагалищных мазков и кольпоцитологии. Основы онкоцитологии	Наставник оценивает работу участников по тестам лабораторной компьютерной диагностики.

ДЕНЬ 4
Лабораторная практика

Время		
8.00-12.00	Лекция \ дискуссия	Клинико-цитодиагностика урогенитальной инфекции
	ПЕРЕРЫВ	
17.00	Демонстрация цитодиагностики урогенитальной и вирусной инфекции у женщин репродуктивного возраста	Интервальная компьютерная лабораторная диагностика: на наборе слайдов урогенитальной инфекции (хламидий, гонококки, трихомонады, токсоплазмы, уроплазмы и т.д.), вирусной инфекции (цитомегаловирус, гениталий герпес, вирус простого герпеса и т.д.) у женщин репродуктивного возраста
	Практика работы в малых группах	Освоение навыков лабораторной диагностики указанной инфекции у женщин
Итоги дня		
	Домашнее задание	

ДЕНЬ 5
Лабораторная практика

Время		
8.00-17.00	Освоение цитодиагностики урогенитальной, вирусной инфекции у женщин репродуктивного возраста	Наставник оценивает работу участников по тестам лабораторной компьютерной диагностики.

ДЕНЬ 6
Лабораторная практика

Время		
8.00-12.00	Лекция \ дискуссия Клинико-цитодиагностика бактериальных вагинозов	Цитодиагностика бактериальных вагинозов. Оценка влияния бактериального вагиноза на репродуктивный потенциал влагалищной среды.
	ПЕРЕРЫВ	
17.00	Демонстрация цитодиагностики бактериальных вагинозов у женщин репродуктивного возраста	Интервальная компьютерная лабораторная диагностика: на наборе слайдов
	Практика работы в малых группах	Освоение навыков лабораторной диагностики бактериальных вагинозов
Итоги дня		
	Домашнее задание	

ДЕНЬ 7**Лабораторная практика**

Время		
8.00-17.00	Клинико - цитодиагностика бактериальных вагинозов. Оценка влияния бактериального вагиноза на репродуктивный потенциал сперматозоидов	Наставник оценивает работу участников по тестам лабораторной компьютерной диагностики бактериальных вагинозов и репродуктивного потенциала сперматозоидов.

ДЕНЬ 8

Лабораторный практикум клиники в лаборатории функциональной диагностики НИИ курортологии и восстановительного лечения
(клиническая практика - 8 часов)

ДЕНЬ 9**Лабораторная практика**

Время		
8.00-17.00	Демонстрация лабораторной диагностики инфекции полового тракта у женщин	Наставник оценивает работу участников на компьютерной технологии и цитологических мазках, используя учебное пособие по лабораторной диагностике инфекции полового тракта у женщин.
	Дискуссия:	Ориентация участников перед демонстрацией (этапы клинической подготовки, теория, практика на учебном материале)
	Демонстрация	Практика в лаборатории. Преподаватель выполняет цитологическое исследование для диагностики инфекции полового тракта у женщин Обзор: демонстрация преподавателем цитологических мазков
	Итоги дня	
	Домашнее задание	Стандартные показатели фертильности сперматозоидов

ДЕНЬ 10**Лабораторная практика**

Время		
8.00-12.00	Лекция \ дискуссия. Клинико-цитодиагностика фертильного потенциала сперматозоидов во влагалищной среде. Оценка влияния бактериального вагиноза на репродуктивный потенциал спермы во влагалищной среде.	Цитодиагностика фертильного потенциала сперматозоидов во влагалищной среде.
	ПЕРЕРЫВ	
13-17.00	Демонстрация лабораторной диагностики фертильного потенциала сперматозоидов во влагалищной среде	Наставник оценивает работу участников с помощью компьютерных технологий и анализа цитологических мазков сперматозоидов, используя учебное пособие.
	Дискуссия:	Ориентация участников перед демонстрацией (этапы клинической

		подготовки, практика на учебном материале по фертильной функции сперматозоидов во влагалищной среде)
	Итоги дня	
	Домашнее задание	

ДЕНЬ 11

Лабораторный практикум клиники в лаборатории функциональной диагностики НИИ курортологии и восстановительного лечения
(клиническая практика - 8 часов)

ДЕНЬ 12

Лабораторная практика

Время		
8.00-17.00	Цитодиагностика репродуктивного потенциала сперматозоидов во влагалищной среде	Наставник оценивает работу участников по тестам лабораторной компьютерной диагностики.

ДЕНЬ 13

Лабораторная практика

Время		
8.00-12.00	Лекция \ дискуссия: Ошибки клинико- лабораторной диагностики инфертильности сперматозоидов во влагалищной среде и инфекции полового тракта у женщин	Стандартные лабораторные показатели фертильности сперматозоидов, гормонов, бакносительство
	ПЕРЕРЫВ	
13.00-17.00	Освоение лабораторной дифференциальной диагностики инфекции полового тракта у женщин и инфертильности сперматозоидов	Наставник оценивает работу участников – анализ цитологических мазков, используя учебное пособие.
	Итоги дня	
	Домашнее задание	

ДЕНЬ 14

Лабораторный практикум клиники в лаборатории функциональной диагностики НИИ курортологии и восстановительного лечения
(клиническая практика - 8 часов)

ДЕНЬ 15

Лабораторная практика

Время		
8.00-17.00	Зачет по лабораторной диагностике инфекций половых органов у женщин репродуктивного возраста Сертификация. Закрытия курса.	Наставник оценивает работу участников по тестам лабораторной компьютерной диагностики. Оценка компетентности и начального профессионализма участников

Учебный план и количество классных занятий, клинических практик

Дни	Лекции дискуссии	Классные задания	Клиническая практика	Практика в клинко-диагностической лаборатории	Клинические конференции	Теория практика	Всего
1	1) Обзор курса-1ч. 2) Введение в курс-1 ч. 3) Этапы клинич.обуч.-1	Демонстрация Тренера -1ч. Практика-2 ч.		Общие правила работы, обращения с микроскопом и уход за ними. Окраска цитологических материалов	Обсуждение классной практики-1ч	6ч 2ч.	8 ч.
2	4) Основы лабораторной диагностики инфекции полового тракта у женщин-1ч. Основы лабораторной технологии исследования – 1ч.	Интервальная компьютерная лабораторная диагностика: на наборе слайдов-1ч Практика-4 ч.	Консультирование - 1 ч.	Демонстрация технологии лабораторного исследования на учебном цитологическом мазке		7ч 1ч	8ч.
3	5) Ошибки лабораторной диагностики инфекции полового тракта у женщин -1ч. 6) Стандартизированные показатели лабораторной диагностики - 1 ч.	Практика-тренировка - 2ч	Консультирование - 1 ч.	Демонстрация технологии лабораторного исследования на цитологическом мазке - 2ч.	Учебная конференция - 1ч.	4ч 4ч	8ч.
4	7) Этапы клин. обучения -1ч. 8) Ошибки диагностики infertility инфекции сперматозоидов-1ч.	Демонстрация участ-в 1 ч. Ролевая игра-1ч.	Консультирование - 1 ч.	Соло- лабораторной диагностики инфекции полового тракта и infertility сперматозоидов во влагалищной среде - 3 ч.	Учебная конференция - 1ч.	3ч. 5ч.	8ч.

5	8) Оценка цитологического диагностического материала - 2ч.	Тренировка- практика - 2ч.	Консультирование - 1 ч.	Соло- лабораторной диагностики инфекции полового тракта и infertilityности сперматозоидов во влагалищной среде - 3 ч.	Учебная конференция - 1ч.	3ч.15ч.	8ч.	
6	9) Совершенствование лабораторной диагностики половой инфекции и infertilityности сперматозоидов во влагалищной среде - 2ч.	Тренировка- практика - 1ч.	Консультирование - 1 ч.	Соло- лабораторной диагностики инфекции полового тракта и infertilityности сперматозоидов во влагалищной среде - 3 ч.	Учебная конференция - 1ч.	3ч.15ч.	8ч.	
7	10) Освоение лабораторной диагностики половой инфекции и infertilityности сперматозоидов во влагалищной среде-2ч.	Тренировка- практика - 1ч.	Консультирование - 1 ч.	Соло- лабораторной диагностики инфекции полового тракта и infertilityности сперматозоидов во влагалищной среде - 3 ч.	Учебная конференция - 1ч.	3ч.15ч.	8ч.	
8	Лабораторный практикум клиники в лаборатории функциональной диагностики НИИ курортологии и восстановительного лечения (<i>клиническая практика - 8 часов</i>)							8
9	11) Стандартизированные лабораторные показатели влагалищной среды, сперматозоидов, гормонов, бакносителство-2ч.	Опрос в середине курса-1ч.	Консультирование -1 ч.	Соло- лабораторной диагностики инфекции полового тракта и infertilityности сперматозоидов во влагалищной среде - 3 ч..	Учебная конференция - 1ч.	3ч.15ч.	8 ч.	
10	12) Демонстрация мультимедийного атласа по лабораторной диагностике половой инфекции и infertilityности сперматозоидов во влагалищной среде - 2 ч.	Тренировка- практика-1ч.	Консультирование -1 ч.	Соло- лабораторной диагностики инфекции полового тракта и infertilityности сперматозоидов во влагалищной среде - 3 ч..	Учебная конференция - 1ч.	3ч.15ч.	8 ч.	
11	Лабораторный практикум клиники в лаборатории функциональной диагностики НИИ курортологии и восстановительного лечения (<i>клиническая практика - 8 часов</i>)							8

12	13) Профилактика: ошибки лабораторной диагностики - 2 ч.	Тренировка-практика-1ч	Консультирование - 1 ч.	Соло- лабораторной диагностики инфекции полового тракта и infertility сперматозоидов во влагалищной среде - 3 ч..	Учебная конференция - 1ч.	3ч.15ч.	8 ч.	
13	14) Самоподготовка к зачету с помощью мультимедийного атласа по лабораторной диагностике половой инфекции и infertility сперматозоидов во влагалищной среде - 2 ч.	Консультирование - 1 ч.		Демонстрация Соло- лабораторной диагностики инфекции полового тракта и infertility сперматозоидов во влагалищной среде - 3 ч.. Демонстрация участников-1ч.	Учебная конференция - 1ч.	3ч.15ч.	8 ч.	
14	Лабораторный практикум клиники в лаборатории функциональной диагностики НИИ курортологии и восстановительного лечения (клиническая практика - 8 часов)							8
15	Перспективы лабораторного Обучения - 2ч. Итого 20 час	Оценка курса - 1ч 17час	Консультирование - 1ч. 41 час	Зачет - 3ч. 37 час.	Сертификация - 1ч. 11 час.	3ч.15ч.	8ч.	
						37\59 60%	120 час	

Заключение

Клиническая лаборатория является одним из разделов диагностики, изучающим изменения биохимических процессов в репродуктивной системе женщины при бактериальном вагинозе (БВ), а также разрабатывающим методы обнаружения этих изменений в целях диагностики и прогнозирования состояния детородной функции.

Несмотря на стремительное развитие клинической лаборатории, ранняя диагностика и лечение БВ остаются сложным вопросом. Это связано с тем, что лабораторное исследование влагалищной среды проводят врачи с биологическим образованием, у них отсутствуют знания в области клинической медицины.

Что касается работы врача с биологическим образованием в клинко-диагностических лабораториях, то, на мой взгляд, она будет плодотворной в биохимических, бактериологических и иммунологических отделах.

Итак, лейкоцитарный эндотоксин – продукт распада незавершенного фагоцитоза – становится одной из причин развития бактериального вагиноза. Патология микробиоциноза является результатом ряда расстройств в регулирующей лактобацилл-системе и потому необходимо исследование качественного состава влагалищной среды у женщин, страдающих бактериальным вагинозом для профилактики бесплодия у женщин.

Изучение зависимости между составом влагалищной среды и их репродуктивной способностью привлекает все большее внимание исследователей. Это связано, как с расширением и углублением знаний причин infertility у женщин, так и с поиском новых методов воздействия на бактериальный вагиноз.

Вместе с тем, несмотря на достаточно высокий уровень и глубину проведенных исследований, существует ряд нераскрытых сторон в этиологии, патофизиологии, диагностике и лечении бактериального вагиноза.

Так, в настоящее время известно, что воспалительные заболевания женщин половых органов влекут за собой качественные и количественные изменения показателей влагалищной среды. Своевременная диагностика причин бактериального вагиноза с учетом патофизиологических факторов играет главенствующую роль в её лечении.

Достоверное диагностирование клинических форм вагинозов, наряду с другими методами исследования, позволяет правильно выбрать лечебную тактику и стандартную концентрацию озона в инфузионных растворах и тем самым обеспечивает максимальную эффективность проводимой терапии.

В этой работе, как правило, не проводится описания некоторых методик исследований репродуктивной функции половых партнеров, так как эти вопросы рассматриваются в специальных руководствах.

Глава 3. Клиническое обучение по охране репродуктивного здоровья и расширение качества медицинских услуг

(Мусуралиев М. С.)

3.1. Введение в курс

Компоненты учебного пакета

В ходе данного курса клинического обучения используются следующие материалы:

1. «Основы контрацепции (Р. Хэтчер, У. Райнхарт, Р. Блэкберн и др. 2002)»

Краткое руководство содержит основную информацию, необходимую как преподавателю, так и участнику.

2. «Пособие для преподавателя»

Пособие для преподавателя, которое вы сейчас читаете, включает в себя обзор и план курса, различные учебные материалы, которые вам понадобятся во время занятий, в том числе контрольные перечни шагов стандартного выполнения процедур, домашние задания, вопросники и ответы к ним, а также подробный план каждого дня занятий.

3. «Пособие для участника» - Основы клинического обучения по репродуктивному здоровью (Учебное пособие для врачей БСВ). Бишкек, 1999 – 200 с.

Пособие для участника содержит краткое описание учебных подходов, используемых при проведении этого курса, его расписание, цели занятий, домашние задания, учебные руководства по выполнению различных клинических процедур, предкурсовой вопросник и вопросник для оценки всего курса самими участниками.

4. Аудиовизуальные средства

К ним относятся наборы слайдов, видеофильмы, анатомические муляжи и т.п.

Использование учебных материалов

Краткое руководство предназначено для свободного использования на протяжении всего курса. Учащимся рекомендуется заранее ознакомиться с разделом, относящимся к теме следующего занятия. Помимо этого, при возникновении любого вопроса, касающегося какого-либо метода планирования семьи, и преподавателю, и участникам рекомендуется обращаться к *Краткому руководству* за ответом. Также поощряется, если *Краткое руководство* будет использоваться участниками как справочник во время работы в клинике, другом медицинском учреждении.

Пособие для преподавателя является руководством к проведению курса. Оно содержит как описание соответствующих мероприятий по каждой теме курса, так и перечень материалов, необходимых для успешного проведения занятия. Многие из этих материалов включены в это пособие, например, домашние задания. Для преподавателя очень важно тщательно ознакомиться с содержанием данного пособия и оценить, насколько приемлемы курсовое расписание и учебные мероприятия в местных условиях. Хотя для стандартизации проводимого обучения рекомендуется максимально следовать предлагаемому расписанию и мероприятиям, иногда нехватка местных ресурсов или расхождение между программой курса и расписанием клиники не позволяют сделать этого. Всегда будьте готовы внести изменения в рекомендуемое расписание и мероприятия, а иногда даже импровизировать на занятиях.

Пособие для участника содержит информацию, которая понадобится участникам во время курса, такую как расписание курса, учебные руководства по выполнению различных клинических процедур, предкурсовой вопросник, примеры клинических случаев, описание правил оценки участников по окончании курса и др.

Программа курса

Данный курс охватывает ряд тем, которые считаются необходимыми для оказания квалифицированной помощи по планированию семьи. Помимо различных методов контрацепции, рассматриваются такие темы, как консультирование, профилактика инфекций, а также заболевания, передаваемые половым путем (ЗППП), и ВИЧ/СПИД.

Практические занятия

Некоторые курсы обучения включают практические занятия, которые дают участникам возможность продемонстрировать в реальной обстановке то, чему они научились в классе. Эти занятия также позволяют вам оценить уровень навыков участника при работе с пациентами. Помните: чтобы успешно закончить курс, каждый участник должен продемонстрировать свою компетентность в требуемых навыках при работе с пациентами.

Предкурсовой вопросник

Предкурсовой вопросник рассчитан в помощь как преподавателю, так и участнику, когда они вместе начинают работу в первый день занятий. Вопросы, представленные в формате «верно/неверно», сосредоточены на знаниях и отношении участника к различным темам, которые крайне важны для оказания качественной помощи по планированию семьи. Для **клинического преподавателя** итоги вопросника покажут, какие темы требуют дополнительного внимания во время курса, а каким следует уделить меньше времени, чем планировалось ранее. Для **участника** результаты вопросника помогут точнее определить цели, стоящие лично перед ним/ней на данном курсе, и те разделы *Краткого руководства*, которые следует изучить с особым вниманием. Кроме этого, вопросы подскажут участнику, какие темы будут затронуты на курсе.

Предкурсовой вопросник дается в первый день занятий. Каждый участник отвечает на вопросы самостоятельно. После того как все закончат, преподаватель зачитывает правильные ответы, и участники сами исправляют свои работы; таким образом, им одним будет известно, на что следует обратить больше всего внимания во время курса. Кроме этого можно предложить самим участникам высказать свое мнение по поводу того, какие ответы они считают верными. Только не затягивайте обсуждение ответов; если возникает вопрос, который решить быстро невозможно, объясните участникам, что эта тема будет подробно рассматриваться на одном из последующих занятий и предложите им отложить свои вопросы до того времени. Помните, что целью предкурсового вопросника является определение того объема знаний, который уже имеют участники, а также тех вопросов, которым следует уделить особое внимание во время курса.

Участники часто не знают, что предкурсовой вопросник не является опросом в буквальном смысле этого слова, поэтому могут волноваться из-за того, что их знания проверяются при всех в первый день занятий. Вы должны учесть такую ситуацию и, предлагая вопросник, сделать это в спокойной манере, четко объяснить его цель и подчеркнуть анонимность его результатов.

Существует несколько способов того, как преподаватель, сохраняя анонимность результатов, может определить, ответила ли группа в целом правильно или неправильно на поставленные вопросы, чтобы соответственно откорректировать расписание курса. Для получения этой информации вы можете собрать анонимные работы и просмотреть их в конце дня или, зачитав правильный ответ, попросить поднять руки тех участников, которые дали такой же ответ. Оба метода требуют, однако, чтобы вы подсчитали и записали количество правильных ответов на каждый вопрос. Самым простым и быстрым способом, который позволит вам и группе сразу увидеть все результаты, является использование матрицы для записи результатов вопросника. Образец такой матрицы приведен в вашем пособии. Каждый участник может анонимно (под любым номером) внести в матрицу **только свои правильные** ответы, сделав это либо во время перерыва, либо тогда, когда матрицу передадут по классу. Помните, что очень важно, чтобы участники не чувствовали, что им

«ставят оценку» за вопросник. Также важно и то, чтобы результаты были оглашены немедленно, и группа могла определить свои сильные и слабые стороны и вместе с вами спланировать, как лучше всего использовать время курса для достижения желаемых учебных целей.

Заключительный вопросник по темам курса

Этот вопросник является инструментом, который помогает участникам проследить за своими успехами во время курса. Он обычно дается тогда, когда большая часть материала, если не все темы, уже пройдена. 85% и более правильных ответов показывают, что участник усвоил содержание курса, и являются необходимым условием успешного окончания курса. Участники, давшие менее 85% правильных ответов, должны вместе с вами определить свои слабые стороны и повторно просмотреть соответствующие главы учебных пособий. После изучения материала в течение достаточного времени они должны повторно ответить на вопросник и делать это до тех пор, пока не добьются результата 85% или выше.

Учебные цели

Основные учебные цели определены для каждой темы курса. Участники знакомятся с ними в начале каждой темы. На них можно ссылаться во время всего занятия и в конце его для определения достигнутых целей.

Разминка

Каждый день начинается с разминки. Ее цель – объединить участников и побудить их к действию, общению, мышлению. Для некоторых занятий в расписании предусмотрена разминка, связанная с темой дня (например, презервативы). Для других дней вы можете придумать свою собственную или заранее попросить добровольца из группы подготовить и провести разминку.

Домашние задания

Каждая тема курса содержит ряд домашних заданий, которые должны быть сделаны участником дома вечером накануне того дня, когда данная тема будет обсуждаться. Эти упражнения предназначены НЕ для того, чтобы проверить знания участников, а чтобы стимулировать использование участниками *краткого руководства* для подготовки к следующему занятию. Использование *краткого руководства* для ответа на вопросы чрезвычайно поощряется, а также допускается совместная подготовка участников к занятиям. Поскольку домашние задания используются для того, чтобы сделать учебный процесс более эффективным, а не для оценки знаний участников, они не будут собираться для проверки. Вместо этого каждое задание будет разбираться на следующий день в классе, чтобы ни у кого не осталось никаких неясностей и вопросов. Хотя преподаватель может следить за тем, выполняются или нет домашние задания, эта информация не будет использоваться при вынесении решения о том, завершил ли участник успешно курс (за исключением особых случаев).

Использование учебных руководств по выполнению различных клинических процедур

Подробный перечень этапов предназначен в помощь участникам при изучении ими того или иного навыка или задания и разработан для каждого контрацептивного метода, рассматриваемого на данном курсе. Для некоторых методов он включает в себя этапы консультирования, специфичного для данного метода, и методику его предоставления (клинические навыки), как, например, для ДМПА и внутриматочных средств (ВМС). Учебное руководство по проведению консультирования по презервативам включает в себя, например, не только консультирование, но и то, как объяснить пациенту правила использования презервативов. Руководство для некоторых других методов, таких как КОК,

Норплант, МЛА и добровольная стерилизация, содержит только этапы консультирования. Помимо вышеперечисленных, в пособии есть еще учебное руководство по проведению консультирования по планированию семьи и мероприятий по профилактике инфекций, таких как обработка инструментов, игл и шприцев.

Учебные руководства используются для того, чтобы облегчить участникам процесс изучения эффективного и безопасного способа выполнения той или иной процедуры:

- Оказания помощи участникам при изучении правильных этапов и последовательности их выполнения (приобретения навыка)
- Мониторинга постепенных успехов участника по мере того, как он/она приобретает требуемый навык и чувствует себя более уверенно, выполняя его (компетентность навыка).

При оценке качества работы по любому учебному руководству используется следующая трехбалльная шкала:

- 1 – **Требует усовершенствования** – этап выполнен неправильно или непоследовательно
- 2 – **Выполнен компетентно** – этап выполнен правильно и последовательно, но нет достаточно эффективного перехода от этапа к этапу
- 3 – **Выполнен профессионально** – этап выполнен точно и эффективно и в правильной последовательности
- Н/Н – Не наблюдалось** – этап не выполнен участником во время наблюдения

Данная шкала составлена так, чтобы заинтересовать участника в выполнении задания как можно лучше, и должна использоваться с максимальной объективностью и вниманием.

Вначале участники, следуя учебному руководству, наблюдают за выполнением того или иного задания преподавателем во время ролевой игры (например, консультирование пациента) или демонстрации клинического навыка на муляже (например, гинекологический осмотр). Затем участники делятся на группы по 2-3 человека, чтобы попрактиковаться и помочь друг другу в выполнении задания, используя при этом учебное руководство. Один человек из группы следит по руководству за работой другого (их) и подсказывает по мере необходимости. Преподаватель в это время переходит от одной группы к другой, наблюдая за работой участников и следя за тем, чтобы они правильно выполняли этапы. Когда участники почувствуют себя уверенно в работе с учебным руководством по выполнению какой-то процедуры, они могут перейти к использованию более сжатого контрольного перечня шагов для дополнительной практики. Во время практики при работе с контрольным перечнем можно использовать ту же шкалу оценки.

Контрольный перечень шагов выполнения фокусируется только на ключевых этапах и служит образцом того, как участник должен выполнять ту или иную процедуру. В конце курса преподаватель будет использовать контрольный перечень для оценки навыков каждого участника по оказанию помощи по планированию семьи и того, достигнут или нет уровень компетентности в данных навыках. При этом шкала оценки будет двухбалльная (уд/неуд); участник должен получить удовлетворительную оценку за каждый навык или этап в контрольном перечне, чтобы считаться квалифицированным. После заполнения этот контрольный перечень вместе с заметками и рекомендациями преподавателя позволяет объективно оценить работу участника.

По окончании курса участники должны быть признаны квалифицированными по следующим процедурам:

- Общие навыки консультирования
- Консультирование по различным контрацептивным методам (КОК, ЧПК, ВМС, ДХС, барьерные методы, МЛА)
- Процедура инъекций ДМПА
- Процедура введения и удаления ВМС

Оценка навыков консультирования может проводиться в ходе ролевой игры или при работе с пациентами (если предусмотрено расписанием). Клинические навыки, такие как

техника инъекций и введение и удаление ВМС, будут оценены на тазовом муляже (или в клинической обстановке с реальными пациентами, если это предусмотрено расписанием).

Другие необходимые материалы

Перечень материалов, необходимых как преподавателю, так и участникам для проведения различных мероприятий курса, содержится в плане каждого занятия. Вы можете ежедневно использовать соответствующий перечень в качестве контрольного списка, чтобы быть уверенным в том, что у вас есть все необходимое для следующего занятия.

Оценка участников во время курса

Данный курс клинического обучения предназначен для повышения квалификации медицинских работников, занимающихся планированием семьи. Квалификация представляет собой статус, присваиваемый учебным заведением, когда уровень подготовки участника отвечает требованиям курса по уровню знаний, навыков и качеству практической работы. Обучение по данному курсу не подразумевает вручение диплома, однако участники, успешно завершившие этот курс, получают сертификат о его прохождении.

Для того чтобы считаться квалифицированным и получить сертификат, участник должен продемонстрировать свою компетентность в следующих областях:

- **Знания** – ответить правильно на не менее 85% вопросов (заключительный вопросник по темам курса)
- **Навыки** – продемонстрировать удовлетворительные навыки проведения консультирования и выполнения клинических процедур (на муляже)
- **Практика** – продемонстрировать удовлетворительные навыки работы с пациентами (если предусмотрено программой курса)

Посещаемость, активность на занятиях и выполнение домашних заданий могут быть приняты во внимание лишь в особых случаях.

3.2. Обзор подхода к обучению

До начала курса

Данный курс клинического обучения будет проведен с использованием так называемых **принципов обучения взрослых**, которые основываются на предположении, что люди принимают участие в курсах обучения, потому что они:

- Интересуются данным предметом.
- Знают, что они хотят вынести из этого курса, - другими словами, могут объяснить, почему они выбрали именно данный, а не какой-либо другой курс или предмет.
- Крайне заинтересованы в приобретении новых знаний, подходов и навыков.

Именно поэтому весь курс сфокусирован на участнике. Например, содержание и учебные мероприятия курса составлены так, чтобы способствовать учебному процессу и активно вовлекать участника во все его аспекты. Клинический преподаватель, выступая в роли наставника-эксперта и руководя всеми учебными мероприятиями, постарается, в свою очередь, создать благоприятную для обучения обстановку и способствовать тому, чтобы участник смог овладеть новыми навыками и знаниями. И клинический преподаватель, и участник пользуются на этом курсе аналогичным набором учебных материалов.

В процессе обучения, целью которого является не только получение теоретических знаний, но и достижение определенной компетентности в выполнении различных процедур, придается особое значение экономному использованию имеющихся ресурсов, применению соответствующего метода обучения (о котором будет рассказано чуть ниже), проведению подробных поэтапных консультаций и использованию учебных руководств по выполнению различных навыков, что поможет участникам в процессе обучения и при оценке своих успехов в учебе. Чтобы объективно оценить качество выполнения заданий участниками,

клинические преподаватели обеспечиваются вопросниками и оценочными листами для определения уровня знаний и навыков участников.

Метод обучения, применяемый во время курса

Ключевыми характеристиками обучения, применяемого во время данного курса, являются:

- Компетентность (навыков)
- Гуманность
- Взаимоактивность

Все эти принципы в совокупности способствуют более эффективному обеспечению работников здравоохранения знаниями и навыками, необходимыми им для качественной помощи населению в планировании семьи.

Подход к обучению, направленный на достижение компетентности

Подход к обучению, направленный на достижение компетентности, в значительной степени отличается от традиционных методов, применяемых в средних и высших учебных заведениях, которые фокусируются на оценке того, какую информацию усвоил студент. В отличие от этого, данный подход придает наибольшее значение тому, как каждый участник выполняет то или иное задание (т.е. совокупности знаний, подходов и, что еще более важно, навыков).

Обучение, направленное на достижение компетентности, базируется на учебе путем наблюдения и практики. Как говорится в одной старой китайской пословице:

Мы слышим – и мы забываем;

Мы видим – и мы запоминаем;

Мы делаем – и мы понимаем.

Другими словами, в идеальных условиях человек наиболее быстро и эффективно усваивает тот или иной навык тогда, когда вначале он понаблюдал за выполнением этого навыка специалистом, а затем сам имел возможность попрактиковаться в его выполнении. Идеальные условия подразумевают присутствие наставника, который поощряет и направляет обучающегося, а не ограничивается лишь традиционной ролью лектора.

Обучение, направленное на достижение компетентности, обеспечивает медицинских работников знаниями и навыками, необходимыми им для успешного выполнения своих повседневных обязанностей. Оно не заключается в предоставлении голый информации в надежде на то, что в нужный момент в будущем медработник сможет вспомнить и использовать эту информацию по назначению.

Для успешного проведения такого обучения каждая клиническая процедура, которая будет изучаться на курсе, вначале делится на основные этапы. Затем каждый этап анализируется для определения наиболее эффективного и надежного способа его выполнения и преподавания. Данный процесс называется стандартизацией. После этого разрабатываются подробные учебные руководства по выполнению навыков и краткие контрольные перечни шагов выполнения навыков, которые не только облегчают изучение всей процедуры, но и делают более объективной оценку работы участников. Эти руководства и перечни также являются образцами стандартного выполнения той или иной процедуры, которые известны и преподавателю, и участникам, так что с самого начала курса не остается никаких неясностей по поводу того, что ожидает преподаватель от участников.

Для данного курса по планированию семьи были определены основные процедуры, выполняемые медицинским персоналом, как, например, консультирование пациентов, назначение инъекций Депо-Провера, уничтожение загрязненных отходов и т.д., и для каждой из них были разработаны подробный и краткий перечни этапов. Хотя эти процедуры скорее всего хорошо известны участникам, этапы и их последовательности, представленные в данном пособии, могут отличаться от тех, которым следуют участники на своих рабочих местах. Хотя это и не означает, что участники неправильно выполняли эти процедуры до

сегодняшнего дня, все-таки важно отметить, что приведенный порядок шагов выполнения каждой процедуры был утвержден ведущими специалистами в области планирования семьи и принят в качестве образца стандартного выполнения этих процедур. Для успешного завершения курса участники должны выполнить все требуемые навыки или процедуры согласно соответствующему перечню шагов.

Существенным компонентом обучения, направленного на достижение компетентности является использование так называемой **тренировки**, в ходе которой тренер (клинический преподаватель) вначале объясняет навык или задачу, а затем демонстрирует его, используя слайды, видеофильмы и/или анатомические муляжи в имитированной клинической обстановке. После демонстрации и обсуждения процедуры преподаватель наблюдает за работой участников вначале в классе, а затем в клинике с пациентами (если это входит в программу курса). Используя перечень этапов выполнения той или иной процедуры, он направляет участников и помогает им в решении различных проблем. Участникам должно быть дано достаточно времени для выполнения задания и повторения его столько раз, сколько они сочтут нужным; участники должны иметь возможность исправить сделанные ошибки, не подвергаясь при этом критике. Преподаватель, в свою очередь, должен постоянно давать конструктивный и положительный отзыв об их работе, чтобы помочь участникам улучшить выполнение той или иной процедуры и развить уверенность в своих навыках.

Гуманное обучение

Гуманное обучение подразумевает использование анатомических муляжей (фантомов) и других аудио-визуальных пособий, помогающих имитировать реальные клинические ситуации, в которых в дальнейшем будет применяться тот или иной навык. Например, введению ВМС можно учиться в классе на тазовом муляже с использованием соответствующих инструментов и материалов, создав при этом обстановку, напоминающую реальную. Работа на муляжах, а не с пациентами, уменьшает нервное напряжение (стресс) учащихся, а также сводит до минимума риск травмирования и дискомфорта для пациентов. Анатомические муляжи используются участниками для **начального приобретения навыка** выполнения процедуры, а затем для практики до тех пор, пока не будет достигнута **компетентность** в выполнении этого **навыка**. Только после этого участники могут быть допущены к работе с пациентами.

Термины, используемые для описания качества выполнения клинического навыка

Приобретение навыка – знает этапы и их последовательность (если необходимо) для выполнения требуемого навыка, но **нуждается в помощи**.

Компетентность навыка – знает этапы и их последовательность (если необходимо) и может выполнить требуемый навык.

Профессиональность навыка - знает этапы и их последовательность (если необходимо) и **успешно выполняет** требуемый навык.

Еще одним преимуществом использования анатомических муляжей при изучении той или иной процедуры является то, что учащиеся, работавшие вначале на муляжах, нуждаются в меньшем количестве пациентов для достижения компетентности своих навыков. Часто для этого им требуется 1-3 пациента, в то время как без муляжей учащимся пришлось бы работать с 6-10 пациентами, а иногда и более. Это особенно важно при нехватке пациентов для практических занятий во время учебного курса. Поскольку при использовании анатомических муляжей требуется меньше пациентов и меньше времени уходит на ожидание того, пока в клинике наберется нужное для всех участников количество пациентов, продолжительность курса обучения может быть также сокращена.

Взаимоактивное обучение

Данный учебный курс составлен так, чтобы позволить учащимся принять в нем самое активное участие, что повысит эффективность и успешность обучения. Участники поощряются к тому, чтобы поделиться своими знаниями по любому обсуждаемому вопросу, - эти знания участников, с которыми они приходят на данный курс, так же важны для учебного процесса, как и знания клинических преподавателей. Успех такого подхода базируется на желании участников принять активную роль в учебном процессе и поделиться своими знаниями со всеми членами группы.

3.3. Основные цели курса и тематических занятий

Цель курса: По окончании курса по планированию семьи участник должен уметь проводить консультирование по индивидуальному подбору современных методов контрацепции, а также вводить и удалять ВМС на тазовом муляже.

Основные цели занятий

К концу каждой темы курса участник должен знать и уметь:

Принципы планирования семьи в сохранении здоровья женщины

Перечислить пять основных принципов планирования семьи в сохранении здоровья женщины.

Законодательство по планированию семьи

Рассказать об основных законодательных актах по планированию семьи в стране.

Организация и управление службами планирования семьи в стране

Перечислить учреждения, где женщины могут получить помощь по планированию семьи.

Методы современной контрацепции

Перечислить пять основных методов современной контрацепции.

Консультирование

1. Объяснить, в чем состоит консультирование по планированию семьи, и перечислить его преимущества.
2. Назвать пять основных принципов консультирования по ПС.
3. Назвать основные права пациента.
4. Продемонстрировать качества и навыки эффективного консультанта.
5. Продемонстрировать основные этапы консультирования.
6. Раскрыть понятие «Оценка пациента».

Внутриматочные контрацептивы (ВМС)

1. Назвать основные виды ВМС и механизм их действия.
2. Перечислить основные преимущества и недостатки этого метода и возможные осложнения.
3. Правильно подобрать пациенток, которым подходит ВМС.
4. Провести консультирование пациентки по ВМС.
5. Продемонстрировать бесконтактный метод введения ВМС на муляже.
6. Провести инструктирование пациентки после введения ВМС.

Меры по профилактике инфекций (ПИ)

1. Назвать две основные цели ПИ.
2. Дать определение терминам, используемым в ПИ – обеззараживание, мытье, глубокая дезинфекция, стерилизация, защитные барьеры, асептика.
3. Продемонстрировать эффективные меры по ПИ, включая мытье рук, применение перчаток и подготовку кожи во время клинических процедур (*перечень этапов*).
4. Продемонстрировать безопасные и правильные методы обеззараживания, мытья, стерилизации (или глубокой дезинфекции путем кипячения) инструментов, перчаток, шприцев и игл многоразового использования (*перечень этапов*).
5. Продемонстрировать соответствующую обработку и удаление загрязненных отходов, включая одноразовые иглы и шприцы, использованные для инъекций Депо-Провера (*перечень этапов*).

ВМС: Практика введения и удаления ВМС на муляже

1. Рассказать, для чего предназначен гинекологический муляж, правила работы с ним и ухода.
2. Проводить тазовый осмотр и проверку на наличие инфекций мочеполовых путей (ИМП) (*на муляже*).
3. Вводить и удалять ВМС (*на муляже*).
4. Перечислить меры по профилактике инфекций, применяемых во время процедуры введения и удаления ВМС.

Метод лактационной аменореи (МЛА)

1. Перечислить преимущества и недостатки МЛА.
2. Назвать три условия, которые должны выполняться, чтобы кормление грудью было эффективным методом контрацепции.
3. Проводить консультирование пациентки по МЛА (*ролевая игра*).
4. Определить пациенток, для которых грудное кормление не является достаточно эффективным методом контрацепции, и помочь им в выборе метода, совместимого с грудным вскармливанием (*ролевая игра*).
5. Проводить последующее консультирование женщин, использующих МЛА, включая определение момента, когда этот метод теряет эффективность, и помощь в выборе другого контрацептивного метода (*ролевая игра*).

Добровольная хирургическая стерилизация (ДХС) – мужская и женская

1. Дать характеристику различных методов и способов ДХС.
2. Назвать показания и противопоказания к проведению ДХС.
3. Проводить консультирование пациентов по различным методам ДХС (*ролевая игра*).
4. Проводить осмотр и отбор пациентов на ДХС (*на муляже*).
5. Перечислить показания и противопоказания к проведению минолапаротомии.
6. Провести консультирование по данному методу.
7. Продемонстрировать технику операции на муляже.

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК)

1. Перечислить основные типы гормональных контрацептивов.
2. Назвать основные характеристики и механизм действия КОК.
3. Назвать неконтрацептивные эффекты гормональных контрацептивов.
4. Провести осмотр и отбор пациенток для использования КОК.
5. Провести консультирование пациентки по комбинированным оральным контрацептивам (*ролевая игра*).
6. Проконсультировать пациентку, принимающую КОК, при повторном визите, включая оказание помощи при возникновении проблем.

Чисто прогестиновые контрацептивы (ЧПК)

1. Дать сравнительную характеристику различных видов ЧПК.
2. Объяснить механизм действия различных видов ЧПК.
3. Назвать показания и противопоказания к использованию ЧПК.
4. Проводить консультирование пациентки по ЧПК на различных этапах, включая оказание помощи при возникновении побочных эффектов (*ролевая игра*).
5. Проводить инструктаж пациентки по правилам использования различных ЧПК (*ролевая игра*).

Контрацепция у подростков и женщин старше 35 лет

1. Объяснить, почему подростки и женщины старше 35 лет выделены в особые группы.
2. Назвать наиболее подходящие методы контрацепции для:
 - подростков;
 - женщин старше 35 лет.

Неотложная контрацепция

1. Перечислить случаи, когда можно использовать неотложную контрацепцию.
2. Назвать виды неотложной контрацепции.
3. Назвать схемы и дозы назначения неотложной гормональной контрацепции.
4. Проинструктировать пациентку о ее действиях в случае возникновения побочных эффектов при использовании неотложной контрацепции (*ролевая игра*).

Послеабортная (послеродовая) контрацепция

Проконсультировать женщину после аборта (после родов) и помочь ей подобрать оптимальный метод контрацепции.

Заболевания, передаваемые половым путем (ЗППП)

1. Перечислить заболевания, передаваемые половым путем.
2. Назвать четыре основных симптома ЗППП, которые используются в диагностических и лечебных таблицах.
3. Диагностировать и лечить ЗППП с использованием таблицы симптоматического диагностирования или направить пациента к соответствующему специалисту.
4. Продемонстрировать меры по ПИ, используемые в клиниках для предупреждения распространения ЗППП и ВИЧ/СПИДа как среди пациентов, так и среди медицинских работников (*перечень этапов*).
5. Назвать пути передачи ВИЧ/СПИД.
6. Назвать методы профилактики ЗППП и ВИЧ/СПИДа.

Барьерные методы, естественное планирование семьи (ЕПС) и метод прерванного полового акта

1. Дать характеристику барьерных методов контрацепции.
2. Перечислить достоинства и недостатки барьерных методов контрацепции.
3. Проконсультировать пациента/пациентку по использованию презервативов как метода планирования семьи и средства защиты от СПИДа и других ЗППП.
4. Дать инструкции о правилах хранения и использования презервативов.
5. Дать характеристику естественным методам планирования семьи.
6. Перечислить достоинства и недостатки ЕПС.
7. Провести консультирование по ЕПС.

3.4 Учебная программа и план курса по репродуктивному здоровью (для субординаторов-врачей общей практики, клинических ординаторов акушеров-гинекологов, групп «семейных врачей», врачей акушеров-гинекологов, выпускников медицинских училищ и для средних медицинских работников проходящих циклы повышения квалификации)

Программа охраны репродуктивного здоровья и контрацептивной технологии

Цель программы: Путем подготовки кадров на основе международного образования снизить материнскую и младенческую смертность в республике, повысить качество охраны РЗ/КТ.

Задачи:

- Подготовка преподавателей медицинских училищ, медицинской Академии и центра постдипломной подготовки по международному образованию (клинический преподаватель).
- Разработка и внедрение адаптированных и стандартизированных учебных программ по РЗ/КТ в медицинском училище, медицинской Академии и последипломной подготовки клинических ординаторов.
- По окончании курса РЗ/КТ участник должен уметь проводить консультирование по индивидуальному подбору современных методов контрацепции, основам оказания медико-социальной помощи в сфере репродуктивного здравоохранения.

Учебная программа охраны репродуктивного здоровья и контрацептивной технологии в Кыргызской Республике

Современные аспекты охраны РЗ/КТ. Репродуктивное здоровье - здоровье нации. Определение. Общий обзор проблемы (по материалам ВОЗ). Состояние репродуктивного здоровья в Республике. Основные критерии, характеризующие состояние РЗ/КТ. Планирование семьи в сохранении здоровья женщины; пять основных принципов планирования семьи.

Законодательство об охране репродуктивного здоровья женщины/планирование семьи. Государственная программа «Здоровая нация» - политика в области народонаселения. Программа «Аялзат» и др. основополагающие документы в сфере РЗ/КТ.

Организация и управление службами РЗ/КТ - планирование семьи в стране. Организация семьи и социальный патронаж. Основы оказания контрацептивных услуг и планирование семьи в Республике. Особенности медико-социального статуса женщин. Барьеры на пути ПС (мед. и др.).

Современные методы контрацепции. Медицинские критерии использования контрацепции. Пять основных принципов современной контрацепции.

Общий обзор использования и распространения контрацептивов и их влияние на состояние репродуктивного здравоохранения. Положение в Кыргызской Республике. Менструальный цикл, традиционное понимание, физиология и патология нарушений.

Консультирование. Консультирование как процесс; основы консультирования по РЗ/КТ, консультирование по индивидуальному подбору современных методов контрацепции; пять основных принципов консультирования по планированию семьи. Права пациента. Навыки и качества эффективного консультанта по РЗ/КТ. Основные этапы консультирования. Понятие «оценка пациента». Роль средних медицинских работников и врача при консультировании. Медицинские проблемы в специальном консультировании. Выбор метода контрацепции.

Внутриматочная контрацепция (ВМК). Основные виды и их механизм действия. Основные преимущества и недостатки метода. Показания и мера предосторожности. Консультирование и отбор пациентов для ВМК. Техника введения и удаления ВМК. Инструктирование пациента.

Профилактика инфекций (ПИ) в сфере репродуктивного здравоохранения и планирования семьи. Инфекция и репродуктивное здоровье (ВИЧ, гепатит В). Эпидемиология. Клиника. Диагностика. Основные цели ПИ. Определение терминологии в ПИ: обеззараживание, мытье, глубокая дезинфекция, стерилизация. Асептика и защитные барьеры. Эффективные мероприятия по ПИ во время клинических процедур и операций. Безопасные и правильные методы по ПИ (методы обеззараживания, обработки и др.); Правила и безопасные методы. Обработка и удаление загрязненных отходов. Профилактика инфекций среди медицинских работников.

Метод лактационной аменореи (МЛА). Грудное вскармливание. Физиология. Влияние грудного кормления на фертильность. Условия, необходимые для кормления грудью, которая была бы эффективным методом контрацепции. Выбор контрацепции для кормящих матерей. Консультирование и последующее наблюдение.

Добровольная хирургическая контрацепция (ДХК): женская и мужская. Характеристика методов. Юридические и медицинские проблемы ДХК. Приказ Министерства здравоохранения (№ 71 от 11.04.97 г.). Показания и меры предосторожности. Консультирование по ДХК. Обоснованное добровольное согласие. Профилактика инфекций в службах ДХК. Технология минилапаротомии.

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК). Основные типы КОК, характеристика и механизм действия. Неконтрацептивные свойства КОК. Консультирование по КОК, осмотр и отбор пациентов. Показания и меры предосторожности. Последующие наблюдения.

Чисто прогестиновые контрацептивы (ЧПК). Основные виды ЧПК и их характеристика. Механизм действия различных видов ЧПК (оральные, инъекционные и др.). ДМПА, ВМС. Показания и меры предосторожности при использовании ЧПК. Консультирование. Оказание медицинской помощи при возникновении побочных эффектов. Инструктирование и диспансерное наблюдение при использовании ДМПА.

Заболевания, передаваемые половым путем (ЗППП). Основные виды ЗППП. Четыре основных симптома, используемые при диагностике и лечении. Упрощенный подход в службах РЗ/КТ. Симптоматическая диагностика. Меры профилактики инфекций в клиниках РЗ/КТ для предупреждения ЗППП и ВИЧ/СПИДа среди пациентов и медработников. Пути передачи и меры предосторожности.

Барьерные методы контрацепции. Характеристика барьерных методов контрацепции. Виды. Достоинства и недостатки. Консультирование по использованию барьерных методов контрацепции. Использование презервативов – метод планирования семьи и профилактика ВИЧ/СПИДа и др. ЗППП. Инструкция по применению, хранению и утилизации презервативов.

Естественное планирование семьи (ЕПС). Преимущества и недостатки, характеристика ЕПС. Консультирование по ЕПС (Метод прерывания полового акта. Абстиненция. Физиологический метод).

Послеабортная и послеродовая контрацепция. Характеристика и особенности метода. Консультирование и выбор контрацептива.

Контрацепция в жизненном цикле женщины. Контрацепция подростков и женщин старше 35 лет. Медико-социальные (правовые) аспекты контрацепции особых групп населения. Консультирование и выбор метода.

Неотложная контрацепция. Основные виды, механизм действия. Показания и меры предосторожности. Назначение неотложной контрацепции. Организация и проведение служб Охраны РЗ/КТ и клинического обучения.

УЧЕБНЫЙ ПЛАН ДЛЯ ДОДИПЛОМНОЙ И ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ

Курс обучения клиническим навыкам по РЗ/КТ

Число учебных часов – 36 (из цикла «Акушерство и гинекология»)

Темы для лекций, дискуссий и презентаций малых групп

№	Темы по репродуктивному здоровью	Количество часов	
		Лекции/ дискуссии	Практика/ презентации
1	Репродуктивное здоровье – здоровье нации	1	
2	Актуальные вопросы планирования семьи. Пути профилактики материнской смертности	1	
3	Консультирование и отбор клиентов	1	1
4	Комбинированные оральные контрацептивы	1	2
5	Чисто-прогестиновые контрацептивы	1	2
6	Внутриматочные спирали		2
7	Профилактика инфекций в службах планирования семьи	1	1
8	Естественные методы планирования семьи	1	
9	Метод лактационной аменореи	1	
10	ЗППП	2	2
11	Планирование семьи и законодательство	1	
12	Ислам и контрацепция	1	
13	Сексуальность и вопросы пола	1	
14	Послеродовая контрацепция	1	2
15	Послеабортная контрацепция	1	2
16	Посткоитальная (неотложная) контрацепция	2	2
17	Контрацепция для подростков	2	2
18	Контрацепция для женщин старше 35 лет		2
19	Женщины с высокой степенью риска и использование контрацептива	1	2
20	Лечение последствий незавершенного аборта	1	
21	Хирургическая контрацепция	1	2
	Итого	22	24

**Организация и проведение служб охраны РЗ/КТ клинического обучения врачей
акушеров и гинекологов, семейных врачей**

**Учебный план
Число учебных часов – 36 (6 дней)**

№	Темы по контрацепции и репродуктивному здоровью	Количество часов	
		Лекции/ дискуссии	Практика/ презентации
1	История контрацепции. Репродуктивное здоровье – здоровье нации. Демографическая ситуация	0,5	
2	Планирование семьи с учетом культурного и религиозного контекста	0,5	
3	Актуальные вопросы планирования семьи	0,5	
4	Пути профилактики материнской смертности	1	
5	Консультирование и отбор пациентов	2	2
6	Комбинированные оральные контрацептивы	2	2
7	Чисто-прогестиновые контрацептивы	2	2
8	Внутриматочные спирали	3	4
9	Профилактика инфекций в службах планирования семьи	2	
10	Естественные методы планирования семьи		
11	Метод лактационной аменореи	1	
12	Контрацептивы будущего	1	
13	ЗППП. Барьерные методы	2	1
14	Контрацепция отдельных групп:		
	○ Послеродовая контрацепция	1	
	○ Послеабортная контрацепция	1	
	○ Посткоитальная (неотложная контрацепция)	1	
	○ Контрацепция для подростков	1	
	○ Контрацепция для женщин старше 35 лет	1	
	○ Женщины с высокой степенью риска и использование контрацептива	2	
	○ Хирургическая контрацепция	1	
	Итого:	25,5	11

Учебный план
Число учебных часов – 36
Темы для лекций – дискуссий и презентаций малых групп
(для медицинских училищ)

№	Темы по репродуктивному здоровью	Количество часов	
		Лекции/ дискуссии	Практика/ презентации
1	Охрана РЗ/КТ: <ul style="list-style-type: none"> ○ Актуальные вопросы планирования семьи. Пути снижения материнской и детской смертности ○ Ислам и контрацепция ○ Организация службы РЗ/ПС и роль акушерки (м/с) 	1	2
2	Консультирование и отбор клиентов. Анатомия, физиология и патология	1	2
3	Комбинированные оральные контрацептивы	1	2
4	Чисто-прогестиновые контрацептивы	1	2
5	Внутриматочная контрацепция	1	2
6	Естественные методы контрацепции: <ul style="list-style-type: none"> ○ Метод лактационной аменореи ○ Грудное вскармливание 	1	2
7	Контрацепция у женщин группы риска: <ul style="list-style-type: none"> ○ Послеродовая контрацепция ○ Послеабортная контрацепция ○ Посткоитальная (неотложная) контрацепция 	1	2
8	Контрацепция у женщин разных возрастных групп: <ul style="list-style-type: none"> ○ Старше 35 лет ○ Подростковая 	1	2
9	Барьерные контрацептивы	1	2
10	ЗППП, профилактика в службе ПС	1	2
11	Профилактика инфекций	1	2
12	Добровольная хирургическая контрацепция	1	2
	Итого:	12	24

Программа учебного курса по репродуктивному здоровью

Описание учебного курса. Данный курс повышения квалификации рассчитан на улучшение навыков консультирования и оказания услуг по репродуктивному здравоохранению и контрацептивной технологии.

Цель учебного курса:

- Обеспечить участников знаниями и навыками по консультированию, обследованию пациентов и охране репродуктивного здоровья;
- Обучить участников специфическим навыкам консультирования, включая гарантирование осознанного согласия;
- Дать знания и навыки основ контрацептивной технологии;
- Дать участникам знания и навыки, необходимые для оказания медицинской помощи при осложнениях и ведении различного медицинского диспансерного наблюдения;
- Дать знания и навыки для организации и обеспечения социального патронажа и планирования семьи.

Методы обучения/виды занятий:

- Иллюстрированные лекции и групповые обсуждения, демонстрации;
- Индивидуальные и групповые занятия;
- Игровые занятия, разбор клинических случаев;
- Занятия с анатомическими (тазовыми) муляжами;
- Клинические занятия под руководством преподавателей (презентация малых групп);
- Проведение демонстрации участникам.

Учебные материалы:

- Набор учебных слайдов с примечаниями;
- Текстовые материалы;
- Учебные наборы (ВМС, ДМПА, инструменты и др.);
- Анатомический муляж (тазовый), модель матки;
- Справочное руководство «Руководство по контрацепции» - 1993 г;
- Краткое руководство I-II изд., 1996-98 гг.;
- Учебное руководство по репродуктивному здоровью (для участников);
- Аудио-видео материалы и др.

Критерии отбора участников:

Субординаторы, врачи общей практики, медицинские сестры, фельдшеры-акушеры выпускного курса, врачи общей практики, специалисты фельдшера, акушерки и врачи акушеры-гинекологи при прохождении циклов усовершенствования по специальности.

Оценка

Оценка участника:

- Оценка клинических навыков перед началом курса;
- Вопросы для опроса участников в начале и середине учебного курса;
- Учебное пособие по клиническим навыкам консультирования и контрацептивной технологии;
- Форма для оценки клинических навыков: консультирования, контрацептивная технология, клинические демонстрации (форма оценки заполняется преподавателем).

Оценка проведенного курса:

Оценка учебного курса (форма заполняется участниками).

Количество часов: 36 часов.

Клинические преподаватели:

Доцент, к.м.н. Рыскулова Б.А., к.м.н. Теппеева Т.Х., к.м.н. Жоробекова А.О., к.м.н. Джетигенова С.А., к.т.м Бейшеналиева Т. Дж., профессор, д.м.н. Керимова Н.Р. - КГМА, Сагынбаева Д. – КГМИ, Бозов С. – БМУ.

Курс клинического обучения по репродуктивному здоровью для студентов-врачей общей практики 5 дней (36 учебных часов)
Время: 8⁰⁰ - 14³⁰. Перерыв 1 час 30 минут

Часы	I день	II день	III день	IV день	V день
8 ⁰⁰ '45	Приветствие, знакомство Обзор курса Расписание, материалы курса	Повестка дня Лекция/дискуссия: Комбинированные оральные контрацептивы (КОК)	Повестка дня Лекция/дискуссия: ВМС	Повестка дня Лекция/дискуссия: ЗППП o Клиника o Диагностика, лечение o Подход к диагностике Работа групп. Презентация.	Повестка дня Лекция/дискуссия: Послеродовая контрацепция o ЕПС, МПА
8.50 45'	Ожидания участников Предкурсовой опросник	o Консультирование по КОК o Работа в малых группах o Ролевые игры Презентация малых групп	Работа в малых группах и дискуссия. Презентация групп (по 10')	Групповая дискуссия: ВИЧ/СПИД	Практика/работа в малых группах
9.55 45'	Лекция/дискуссия: РЗ/ПС и здоровье нации	Консультирование малых групп	Ролевые игры: консультирование по ВМС	Лекция/дискуссия: барьерные методы контрацепции.	o Консультирование
10.45 45'	Лекция/дискуссия: современная контрацепция (обзор)	Лекция/дискуссия: ЧПК o Инъекционные o ВМС o консультирование	Демонстрация/практика: подготовка ВМС в стерильном пакете, на муляже	Практика/работа в малых группах. Консультирование. Презентация групп.	Лекция/дискуссия: ДКК
30'	Перерыв	Перерыв	Перерыв	Перерыв	Ролевые игры, консультирование. Перерыв
12 ⁰⁰ 45'	Лекция/дискуссия: Консультирование пациентов по РЗ/ПС	Консультирование по ЧПК. Демонстрация: ДМПА. Работа в малых группах.	Разбор случаев: побочные эффекты, оказание помощи.	Демонстрация видеоматериалов «Профилактика инфекций». Обсуждение.	Лекция/дискуссия: Контрацепция в различных возрастных группах: o Подростков o Старше 35 лет o Послеабортная контрацепция
12.50 45'	o Консультирование o Оценка пациента o Этапы консультирования o Демонстрация	Лекция/дискуссия: Неотложная контрацепция	Практика: введение и удаление ВМС. Работа в малых группах	Лекция/дискуссия: Профилактика инфекций в службах РЗ/ПС.	
13.40 45'	o Ролевые игры/работа в малых группах	Ролевые игры: консультирование. Презентации групп.	Презентация группы: оценка навыков.	Оценка знаний участников (послекурсовой вопросник)	
14.30 45'	Презентации малых групп. Оценка.	Итоги дня. Домашнее задание: ВМС	Итоги дня. Домашнее задание: ЗППП. Барьерные методы. Профилактика инфекций.	Итоги дня. Домашнее задание: Послеродовая контрацепция. ЕПС, МЛД, ДХК. Контрацепция в различных группах.	Оценка курса. Закрытие курса
15.20	Итоги дня. Домашнее задание: КОК, ЧПК 8 часов (по 45')	7 часов	7 часов	7 часов	

Расписание по курсу «РЗ/КТ» для акушеров и медицинских сестер м/у клинического обучения (6-дневный курс – 36 часов)

I День	II День	III День	IV День	V День	VI День
<p>8.00-8.15 открытие курса 8.15-8.30 обзор курса 8.30-8.45 ожидания участников 8.45-9.15 предкурсовое анкетирование (определение уровня знаний) 9.15-10.45 лекция: «Охрана РЗ в национальной политике Кыргызстана»</p> <ul style="list-style-type: none"> Основные законодательные акты Понятие РЗ (ВОЗ) Основные демографические показатели в республике Актуальные вопросы <p>Перерыв 10.45-11.00</p> <p>Презентация лекции: «Консультирование и отбор пациентов, роль акушерки» Анатомия, физиология, ОМЦ</p> <ul style="list-style-type: none"> Основные компоненты консультирования Характеристика хорошего консультанта 3 фазы консультации (первоначальная, о конкретном методе, на последующих приемах) <p>Подведение итогов, оценка. Домашнее задание 12.50-13.00</p>	<p>8.00-8.10 вступительные мероприятия 8.10-8.55 лекция «Гормональная контрацепция (КОК)»</p> <ul style="list-style-type: none"> Характеристика Механизм действия Показания Предостережения, побочные эффекты Неконтрацептивные эффекты Мифы и слухи <p>8.55-10.25 консультирование по применению КОК (ролевые игры, ситуационные задачи)</p> <p>Перерыв 10.25-10.35</p> <p>10.35-11.20 презентация «ЧПК»</p> <p>Обзор</p> <ul style="list-style-type: none"> Прогрессивный метод Иньекционные (ДМПД, Норплант) Характеристика ЧПК Механизм действия Побочные эффекты и их лечение Показания, предосторожности <p>11.20-12.50 ролевые игры и практика навыков консультирования. Работа в малых группах. Видеофильм. Подведение итогов. Домашнее задание. 12.50-13.00</p>	<p>8.00-8.10 повестка дня 8.10-8.40 лекция: ВМС</p> <ul style="list-style-type: none"> Обзор, виды механизма действия СИ-Т 380 Показания, предосторожности Осмотр, оценка пациента Подготовка пациента к введению ВМС Укладка ВМС в стерильный пакет Диспансеризация Информация <p>Перерыв 11.10-11.20</p> <p>Практика – ролевые игры, ситуационные задачи. 11.20-12.50 демонстрация введения и удаления ВМС на тазовом муляже «ЗОЕ»</p> <ul style="list-style-type: none"> Укладка ВМС в стерильный пакет Оценка выполнения по учебным картам <p>12.50-13.00 подведение итогов. Домашнее задание.</p>	<p>8.00-8.10 повестка дня 8.10-8.40 презентация лекции «ЕМ ПС/МЛД»</p> <ul style="list-style-type: none"> Характеристика Механизм действия Эффективность Осмотр и оценка пациентов Инструктаж Показания, предостережения Побочные эффекты и их лечение <p>9.40-10.10 консультирование (работа в малых группах)</p> <p>Перерыв 10.10-10.20</p> <p>10.20—11.50 лекция «Контрацепция после родов, аборта»</p> <p>«Неотложная контрацепция» Безопасное материнство – видеофильм. 11.50-12.10 консультирование. Работа в малых группах (ситуационные задачи) 12.10-12.40 дискуссия 12.50—13.10 Подведение итогов. Домашнее задание</p>	<p>8.00-8.10 повестка дня 8.10-8.40 лекция «ЗППП в службе ПС»</p> <ul style="list-style-type: none"> Барьерные методы 9.40-10.20 слайды <p>Перерыв 10.20-10.30</p> <p>10.30—11.30 консультирование, работа в малых группах 11.30-12.50 консультирование специфических групп (подростков, женщин старше 35 лет, группы риска) 12.50-13.00 Подведение итогов. Домашнее задание.</p>	<p>8.00-8.10 повестка дня 8.10-9.45 видеоматериал «Профилактика инфекций в службе ПС»</p> <ul style="list-style-type: none"> Септика и антисептика 9.45-10.45 практика по профилактике инфекций (ситуационные задачи, инструкции, дезинфицирующие средства) <p>Перерыв 10.45-11.00</p> <p>11.00-12.00 презентация «ДХК»:</p> <ul style="list-style-type: none"> Показания Консультирование Роль акушерки в проведении ДХК <p>12.00-12.30 послекурсовой опрос Подведение итогов курса. 12.30-13.00 закрытие</p>

3.5. Содержание конспекта преподавателя курса: «Охрана репродуктивного здоровья и расширение качества медицинских услуг»

Преимущества планирования семьи в сохранении здоровья женщины ДЕНЬ I. Законодательство по ПС, организация и управление службами. Консультирование.

Время	Мероприятия	Содержание, инструкции	Материалы
8.00	Приветствие	После приветствия и знакомства объяснить студентам расписание занятий (с 8.00 до 14.30) пунктуальность и посещаемость всех занятий, выполнение домашних заданий, активная работа на занятиях	Именные таблицы. Фломастеры. План занятий заранее написанный на флипкарте.
45'	Знакомство		
8.45	Повестка дня	В лекции объяснить цели обучения:	Флипкарта с задачами курса. Слайды, транспаранты.
15'	Цели и задачи по ПС Обзор курса Расписание Учебный пакет	1) Иметь стандартизированную современную информацию по ПС, чтобы улучшить оказание помощи. 2) Улучшить навыки медицинских работников по консультированию пациентов в службах ПС. Задачи: представить теоретическую информацию о методах ПС, обучить некоторым практическим навыкам, необходимым при консультировании по индивидуальному подбору средств и методов контрацептивов.	
5'	Перерыв		
8.50	Определение ожиданий участников и ожиданий преподавателя от участников	Посчитайте и разделите участников на группы по 3-4 человека. Каждой группе дается 5 минут на то, чтобы обсудить и разделить 2-3 вопроса, которые они хотели бы изучить на курсе. Затем один человек от каждой группы должен представить пожелания своей группы перед всеми участниками. Попросите добровольца записывать пожелания групп на флипкарте по мере того, как они зачитываются. Когда представленные пожелания участников закончатся, просмотрите внимательно участников на целях курса. Объясните участникам, что от них ожидают преподаватели: <ul style="list-style-type: none"> o Занятия будут проходить с 8.00 до 14.30 с перерывом на обед o Пунктуальность и посещаемость всех занятий o Выполнение домашних заданий o Активная работа на занятиях и т.д. Объясните группе, что каждый день будет начинаться с разминки и рассказа о повестке на этот день и заканчиваться подведением итогов. Вы ожидаете, что участники помогут вам в проведении этих мероприятий. Попросите желающих принять в этом участие вписать свои имена в расписание мероприятий на флипкарте. Скажите, что вы всегда готовы оказать помощь добровольцам при подготовке очередного мероприятия.	Флипкарты, фломастеры и липкая лента Подготовленные на флипкарте ожидания преподавателей Флипкарта с планом ежедневных мероприятий (разминка, расписание и итоги дня) в форме таблицы
8.50	Оценкам знаний участников до начала курса: Заполнение предкурсового вопросника	Объясните участникам цели проведения этого опроса: 1. Определить, каким темам курса надо уделить больше внимания на занятиях, а каким меньше (сильные и слабые стороны группы и каждого участника в отдельности). 2. Убедиться, что курс охватывает те области, в которых знания участников слабее. Объясните, для чего предназначена матрица результатов и как вы все (преподаватели и участники) будете ее использовать. При заполнении этой матрицы сохраняется анонимность. Чтобы гарантировать это, участники вытаскивают из коробочки листочек с номером, под которым они будут заносить свои ответы в общую матрицу. Позвольте участникам найти предкурсовой вопросник в их пособиях. Дайте им 30 минут, чтобы ответить на вопросы, работая при этом индивидуально.	Матрица результатов Пронумерованные листочки бумаги в коробочке, подготовленные до занятия
	Определение сильных и слабых сторон группы и каждого участника в отдельности: ответы на	Дайте правильные ответы на предкурсовой вопросник; каждый участник исправляет свою собственную работу. Подписывать работы не надо! Попросите участников во время перерыва заполнить групповую матрицу результатов (см. описание в «Пособии для преподавателя»). Скажите, что это поможет преподавателям определить, что участники уже знают и что им еще нужно изучить, таким образом можно	Предкурсовой вопросник в «Пособии для участника» Флипкарта с матрицей результатов из «Пособия для преподавателя»

	восполнить пробелы в знаниях и использовать время курса более эффективно.		
20'	предкурсовой вопросник и заполнение матрицы		
9.55	Перерыв Лекция/дискуссия «Преимущества ПС в сохранении здоровья женщины.	Перечислить пять основных преимуществ ПС. Ознакомить студентов с статистическими данными по республике и области (динамика рождаемости), МС и перинатальная заболеваемость и смертность, аборт и контрацепция и др. данные. Дать определение РЗ по ВОЗ, коротко о национальной программе, разделы «Планирование семьи», «Безопасное материнство». Цель и задачи, основные положения.	Раздаточный материал с таблицами и статистическими данными по республике, флипкарты, фломастеры, слайды, транспаранты
45'	Законодательство по ПС в республике. Организация ПС»	Рассказать студентам об основных законодательных актах в Кыргызской Республике по ПС. Перечислить учреждения, где женщины могут получить помощь по ПС. Спросить у студентов, какие организации, учреждения они знают. Кто-то из студентов пишет на флипкарте и стрелками необходимо показать связь между ними.	Документация. Флипкарта, фломастеры, подборка статьи Конституции. Законы (об охране материнства и детства), приказы МЗ и др.
		Государственный центр ПС. Областной (республиканский), городские центры ПС. Клиника Кабинеты ПС Молодежные центры Общественные организации, неправительственные. Объяснить роль и функции различных организаций, представив вертикальную структуру управления ПС: <ul style="list-style-type: none"> o Министерство здравоохранения o Отделение региональной администрации o Главные специалисты Обсуждение в группе обзора темы – 10 мин. спросить 1-2 студентов о результатах обсуждения	Схема на флипкарте
5'	Перерыв		
10.45	Лекция/иллюстрация «Методы современной контрацепции»	Классификация современных методов контрацепции, рассказать коротко о всех методах. Роль контрацепции в снижении детской и материнской смертности.	Флипкарты, слайды, транспаранты
30'	Перерыв		
12.05	Разминка Изложение целей занятия	«Процесс распространения слухов» Студенты должны знать и уметь по окончании занятия: в чем состоит консультирование по ПС, принципы, качества и навыки консультирования, оценка пациента. Что такое консультирование? Как понимают студенты. Записать их ответы, обсудить.	Картинка
40'	Лекция (иллюстрированная) «Консультирование по ПС. Основные принципы. Права пациента. Обязанности консультанта».	Резюме: на основании обсуждения дать определение консультированию ПС, сравнить как студенты понимают, подчеркнуть роль консультирования в ПС. О правах пациента: дать 5 минут студентам для обсуждения прав пациента. Попросить перечислить 10 прав пациента и записать на флипкарте. Позже сравнить их данные со своими и дополнить пропущенное. Представить флипкарту с обязанностями консультанта, обсудить со студентами каждый из этих принципов. Обсудить вопрос «Кто несет ответственность за принятие решения о том, какой метод использовать?» Пациент несет ответственность также за свои действия, а консультант отвечает за дачу полной и точной информации, которая поможет пациенту выбрать соответствующий метод и эффективно его использовать. Разобрать качества хорошего консультанта (предварительно спросить студентов) и сравнить с флипкартой. Обсуждение предыдущих дискуссий. Обсуждение в группе обзора темы.	Флипкарты, фломастер. Краткое руководство по контрацепции. Слайды, транспаранты. Флипкарта с перечнем преимуществ консультирования по ПС. Флипкарта с перечнем прав пациента. Флипкарта с обязанностями консультанта (транспаранты). Флипкарта с перечнем качественного хорошего консультанта (транспаранты)
5'	Перерыв		
12.50	Лекция «Этапы	Рассказать об этапах консультирования: <ul style="list-style-type: none"> o Первичное 	Флипкарта, фломастеры

	консультирования»	<ul style="list-style-type: none"> o По конкретному методу o При последующих визитах Подкреплять примерами	
5'	Перерыв		
13.40 45'	Ролевые игры (первичное консультирование по конкретному методу и оценка пациента, и консультирование на других примерах)	Из числа студентов определить 3 группы для подготовки ролевых игр по 3 фазам консультирования (начальное – на первом приеме, описываются все методы, и пациенту помогают выбрать наиболее подходящий, по конкретному методу – проводится сразу после выбранного метода или до этого). Обсуждаются его основные побочные эффекты. Последующее консультирование – при повторном визите обсуждаются эффективность и любые проблемы.	«Краткое руководство по контрацепции» пособие для участника
5'	Перерыв		
14.30 45'	Презентация в малых группах	Оценка и обсуждение консультирования	
15.20	Итоги дня	По итогам дня: обсудить с группой полезность проведенного обучения. Дать возможность выступить 1-2 студентам. Дать положительный отзыв об участии всех студентов в процессе обучения.	
Итого: 8 учебных часов (по 45 минут)	Обсуждение домашнего задания	Домашнее задание: если есть вопросы, коротко разобрать.	

ДЕНЬ II. Комбинированные оральные контрацептивы (КОК). Чисто-прогестинные контрацептивы (ЧПК). Неотложная контрацепция

Время	Мероприятия	Содержание, инструкции	Материалы
8.00	Приветствие Повестка дня	Представить повестку дня, заранее написанную на флипкарте. Презентация: объяснить студентам цели занятий по контрацепции. Перечислить пять основных преимуществ ПС в сохранении здоровья женщин. Перечислить пять основных методов современной контрацепции.	Флипкарта с повесткой дня Флипкарта, фломастеры
8.05	Изложение занятия	Попросить студентов назвать преимущества, которые дает женщине ПС. Записать и обсудить. При необходимости сделать дополнение. Спросить студентов, какие методы контрацепции они знают и сравнить их ответы с таблицей («Классификация методов контрацепции»). Коротко ознакомить студентов с каждой группой и остановиться подробнее на КОК – история развития.	Таблица «Классификация методов контрацепции», слайды, графограмма, транспаранты Слайды, флипкарты
45'	Лекция (иллюстрированная) «Гормональная контрацепция»	<ul style="list-style-type: none"> o Виды и механизм действия o Эффективность o Показания и предостережения o Побочные эффекты, неконтрацептивные свойства o Консультирование o Последующее наблюдение o Применение КОК (преимущества, недостатки) 	
5'	Перерыв		
8.50	Работа в группах	Ролевые игры, ситуационные задачи. Консультирование по КОК	
45'			
20'	Перерыв (во время перерыва разминка для рук, для плеч)		
9.55	Презентация малых групп	Консультирование по КОК. Оценка малых групп	
45'			
5'	Перерыв		Флипкарта, фломастеры, слайды, таблицы
10.45	Лекция/дискуссия «ЧПК»	<p>Чисто-прогестинные контрацептивы (ЧПК)</p> <ul style="list-style-type: none"> o Характеристика o Механизм действия o Побочные эффекты и их лечение o Показания и предосторожности <p>Прогестинные таблетки, инъекционные контрацептивы (депозера и др.), имплантаты (норплант). Рассказать об эффективности различных видов ЧПК и их использовании с демонстрацией слайдов, таблиц и др. Спросить студентов, чем отличается КОК от ЧПК, обсудить механизм действия.</p>	
30'	Перерыв		
12.00	Работа в группах	В группах после обсуждения попросить студентов подготовить ответы на флипкартах, одна группа – о преимуществах, вторая – недостатки ЧПК.	Флипкарта, фломастеры, пособие для участника «Краткое руководство»
45'	Консультирование по ЧПК	Ролевые игры в малых группах, демонстрация. Консультирование по ЧПК.	«Пособие для участника», муляж руки, иглы, шприцы, пробирки, вата, контейнеры, корзина для мусора
30'	Демонстрация на муляже инъекции ДМГД Разбор случаев. Основные побочные осложнения эффекты и лечение ЧПК, их лечение	Этапы стандартного выполнения инъекции ДМГД. Предложить 3-4 случая, связанных с побочными явлениями ЧПК, направлять студентов, дополнять информацией. Краткие итоги	Подборка случаев
5'	Перерыв		
12.50	Лекция/дискуссия: «Неотложная	Спросить у студентов, в каких случаях возникает необходимость неотложной контрацепции. Записать ответы на флипкарте. В лекции обратить особое внимание: на методы КОК, ЧПК, ВМС, способы их	Флипкарта с целями раздела, слайды

45'	контрацепция»	применения, эффективность, побочные эффекты, время начала использования после незащищенного полового акта. По окончании занятия студент должен уметь перечислить, когда необходима неотложная контрацепция, назвать виды, схемы и дозы гормональной неотложной контрацепции, предупредить какие побочные действия могут быть при использовании неотложной контрацепции.	Флипкарта, фломастеры, слайды
5'	Перерыв		«Краткое руководство по контрацепции»
13.40	Ролевые игры	Дать студентам работу в малых группах (разбор ситуационных задач).	
45'	Итоги дня	Консультирование по КОК, ЧПК (презентация групп).	Ситуационные задачи
14.30	Домашнее задание	ВМС (краткое руководство)	

**ДЕНЬ III. Методы современной контрацепции. Внутриматочные средства контрацепции.
Неотложная контрацепция**

Время	Мероприятия	Содержание, инструкции	Материалы
8.00	Приветствие Разминка Повестка дня, изложение целей занятия Лекция/дискуссия: ВМС	Студенты по окончании занятия должны уметь: назвать виды, механизм действия, эффективность ВМС. Знать длительность использования ВМС, перечислить недостатки, достоинства, назвать осложнения. Изложить ключевую информацию о ВМС: история ВМС, виды и механизм действия, эффективность и продолжительность использования различных видов, срок хранения, преимущества и недостатки, показания к удалению. Слухи и мифы. Консультирование по ВМС.	Флипкарта с повесткой дня Флипкарта с целями занятия. «Краткое руководство по контрацепции», слайды, таблицы, видеофильм, образцы ВМС.
45'	Перерыв		
8.50	Работа в малых группах и дискуссия: информация по данному методу	Продолжая занятие, разделите участников на 3 группы и предложите им провести мозговую атаку по трем ниже перечисленным темам. Дайте им 15 минут для обсуждения информации из «Краткого руководства по контрацепции» и подготовки 10-минутной презентации для всей группы. Темы для презентаций: <ul style="list-style-type: none"> o Процедура осмотра и оценки пациентки o Показания и состояния, требующие осторожности, время введения ВМС, распространенные побочные эффекты (включая отдаленные) и ведение женщин при их возникновении, показания к удалению После 15-минутной работы каждая группа проводит презентацию и обсуждение своей темы с остальными участниками в течение 10 минут. Будьте готовы оказать помощь группам, если у них есть проблемы, или пояснить те моменты, которые были нечетко сформулированы.	«Краткое руководство по контрацепции» Флипкарты, фломастеры и липкая лента
45'	Перерыв		
20'	Перерыв (во время перерыва подчеркните те проблемы участников, которые прояснились в ходе лекции)		
9.55	Ролевые игры: Консультирование по ВМС	Разделите участников на три группы по 3-4 человека для практики проведения консультирования пациентки на трех стадиях: <ul style="list-style-type: none"> o По использованию ВМС o Непосредственно перед процедурой введения ВМС o На последующих приемах Дайте участникам 20 минут на обсуждение этапов и практику консультирования пациентки на различных стадиях. Попросите их записать на плакате основные моменты, которых надо коснуться, проводя консультирование на каждой стадии. Затем каждая группа представляет консультирование на данном ей этапе (ролевая игра) перед остальными участниками в течение 10 минут. Будьте готовы оказать помощь группам, если у них будут проблемы, или прояснить те моменты, которые были нечетко сформулированы.	Флипкарта, фломастеры и липкая лента. Перечень этапов в «Пособии для участника»
5'	Перерыв		
10.45	Демонстрация на слайдах и практика: подготовка ВМС	Начните демонстрацию с показа на слайдах процедуры подготовки ВМС Соррег Т380А в стерильном пакете к введению. Посоветуйте участникам следить за демонстрацией по перечню этапов стандартного выполнения навыка, который содержится в их учебнике. По ходу	Набор слайдов по введению и удалению ВМС Соррег Т380А Проектор для слайдов

	Соррег Т380А в стерильном пакете к введению	демонстрации подчеркните следующие моменты: <ul style="list-style-type: none"> Проверка целостности упаковки Различие между сроком действия и сроком хранения Осторожность, чтобы не повредить пакет во время манипуляции с ВМС 	Нераспечатанные пакеты с ВМС
	Демонстрация на муляже: введение и удаление ВМС	После демонстрации раздайте участникам запечатанные пакеты с ВМС Соррег Т380А для практики. Следите за работой участников и оказывайте им помощь по мере необходимости. Предложите участникам оставить упаковки у себя для продолжения практики после занятий и дома. Демонстрация на муляже.	Перечень этапов в «Пособии для участника»
11.30	Обед		
12.00 45'	Разминка Разбор случаев: осложнения, побочные эффекты, оказание помощи и показания к удалению	Шутливая мозговая разминка по решению легких кроссвордов в рисунках. Можно попросить добровольца из группы дать задачу всем остальным участникам. Дать каждому студенту задачу разобрать случай использования ВМС. Через 10 минут опросить результаты, обсудить согласны ли студенты с предложенными вариантами решения и почему. Ответить на возникшие вопросы. Объяснить неясное. Показать на модели.	
5'	Перерыв, приготовьте достаточно нераспечатанных пакетов с ВМС для практики		
12.50 45'	Введение и удаление ВМС	Работа в малых группах (3-4). Практика навыков	
5'	Перерыв		
13.40	Презентация	Оценка навыков на муляжах или в кабинете планирования семьи процедуры введения ВМС (удаления).	Тазовые муляжи, инструментарий, образцы спиралей
14.30	Итоги дня:	Домашнее задание. ЗППП, барьерные методы, профилактика инфекций.	

ДЕНЬ IV. Заболевания, передаваемые половым путем (ЗППП). Барьерные методы, профилактика инфекций (ПИ)

Время	Мероприятия	Содержание, инструкции	Материалы
8.00 15'	Приветствие Разминка «У кого СПИД?»	Перед началом занятия помогите добровольцу распланировать и провести это мероприятие. Инструкции по его проведению содержатся в «Пособии для преподавателя»	Конверты и авторучки
	Повестка дня Изложение целей занятия	Представьте участникам повестку дня 4, написанную на флипкарте. Представьте на флипкарте или транспаранции цели занятия по ЗППП. По окончании этого занятия студент должен уметь: <ol style="list-style-type: none"> Назвать четыре основных симптома ЗППП, которые используются в диагностических и лечебных таблицах. Диагностировать и лечить ЗППП с использованием таблицы симптоматического диагностирования или направить пациента к соответствующему специалисту. Продемонстрировать меры по ПИ, используемые в клиниках для предупреждения распространения ЗППП/СПИДа, как среди пациентов, так и среди медицинских работников. Назвать, какими путями ВИЧ/СПИД может передаваться, а какими нет. Назвать пути предупреждения ЗППП/СПИДа, включая использование презервативов и др. 	Флипкарта с повесткой Флипкарта или транспаранция с целями занятия
30'	Иллюстрированная лекция и дискуссия: «Симптоматический	Начните, предложив группе провести мозговую атаку по теме: «Четыре основных симптома ЗППП (генитальные язвы, вагинальные/уретральные выделения, опухание мошонки и боль, боль внизу живота), которые могут быть использованы в диагностировании и лечении	Слайды с изображением четырех симптомов ЗППП (генитальные язвы, вагинальные/уретральные

	<p>подход к диагностированию и лечению ЗППП»</p>	<p>(симптоматический подход)». Использование только симптомов для определения метода лечения исключает необходимость лабораторных исследований для уточнения ЗППП, которыми страдает пациент. Обычно, необходимы только визуальный осмотр половых органов и/или пальпация. Обсудите с участниками, как провести оценку на ЗППП и ограниченное физическое обследование (визуальный осмотр и/или пальпацию). Запишите этапы процедуры на плакате. После того, как определены 4 симптома, покажите на слайдах каждый из них, описывая их характеристики и болезни, на которых указывает данный симптом. Продолжайте объяснять, пока не убедитесь, что все участники могут легко идентифицировать симптомы. Во время просмотра слайдов закрепите, как проводить обследование, чтобы обнаружить эти симптомы. Чтобы оценить знания участников, покажите слайды всех четырех симптомов в разброс и предложите участникам определить, что изображено на каждом из них.</p>	<p>выделения, опухание мошонки и боль, боль внизу живота)</p> <p>Проектор для слайдов, экран, флипкарты, фломастеры</p>
5'	Перерыв		
8.50 45'	<p>Работа в малых группах презентаций: «Симптоматическая диагностика и лечение»</p>	<p>Разделите участников на 3-4 группы и дайте каждой из них на рассмотрение один из симптомов. Попросите участников открыть «Краткое руководство по контрацепции». Дайте группам 15 минут на изучение материала и подготовку презентации. Группы должны быть готовы описать, как проводится диагностика и какое следует назначить лечение. Затем, каждая группа проводит презентацию, и обсуждение своей темы с остальными участниками в течение 5 минут. Будьте готовы оказать помощь группам, если у них есть проблемы, или пояснить те моменты, которые были нечетко сформулированы.</p> <p>Проведите с участниками мозговую атаку, попросив их сообщить вам любую информацию, которую они имеют о ВИЧ/СПИДе – как он передается, кто может заразиться, признаки и симптомы, - все, что о них знают или думают, что знают о СПИДе. Попросите одного человека из группы записывать все идеи на флипкарте.</p> <p>После мозговой атаки используйте этот перечень при изложении материала по ВИЧ/СПИДУ. Закрепите правильную информацию и исправьте любую неверную.</p> <p>Важно подчеркнуть:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Человек, однажды зараженный ВИЧ, остается инфицированным на всю жизнь, даже если это не проявляется в болезни o Существует широкий диапазон признаков и симптомов СПИДа o СПИД ВСЕГДА СМЕРТЕЛЕН o Как ВИЧ передается и как НЕ передается – рискованное поведение o Основные меры предосторожности, особенно презервативы o ВИЧ/СПИД и использование контрацептивных методов 	<p>Таблицы в «Кратком руководстве по контрацепции»</p> <p>Флипкарты и фломастеры</p> <p>Флипкарты и фломастеры</p>
20' 10.45 45'	<p>Перерыв</p> <p>Разминка: шуточное соревнование с использованием презервативов</p>	<p>Мероприятие для уменьшения шекотливости темы о презервативах. Составьте план и подготовьтесь к мероприятию до начала занятия. Объясните участникам, что с помощью этого мероприятия вы попытаетесь разрядить напряженность, возникающую обычно при разговоре о презервативах. Раздайте презервативы и фломастеры. Объясните соревнование: кто быстрее надует и завяжет презерватив подобно воздушному шару. Приготовьте приз для победителя (конфетку и т.д.). Затем предложите участникам нарисовать на шарике физиономию и дать ей имя. После этого надутые презервативы можно собрать, связать в пучки и повесить в кабинете.</p>	<p>Презервативы для всех участников, фломастеры, липкая лента, веревочки</p>

Флипкарта с написанными на ней до занятия целями	<p>Познакомьте участников с целями этого занятия. К концу этой темы студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проводить консультирование пациента по конкретному методу (по применению презервативов для планирования семьи и предупреждения ЗППП/СПИДа). 2. Проинструктировать пациента о правилах использования, хранения и уничтожения презервативов, а также дать советы по их приобретению. 3. Проводить консультирование пациента, использующего презервативы, на повторном приеме. 4. Дать инструкции по использованию других барьерных методов. <p>Проведите небольшую иллюстрированную лекцию или покажите видеофильм о всех барьерных методах.</p>	
Образцы барьерных методов, видеоматериалы, слайды.	<p>4 вида конфет или бумажек (по 4 каждого) в пакете</p> <p>План презентации на флипкарте</p> <p>«Краткое руководство по контрацепции»</p> <p>Пречень этапов консультирования по презервативам в «Пособии для участника»</p> <p>Флипкарты, фломастеры и липкая лента</p>	
Иллюстрированная лекция: «Барьерные методы»	<p>Разделите участников на 4 группы, используя конфеты 4-х разных видов или бумажки 4-х цветов. Для этого положите по 4 конфеты каждого вида или по 4 бумажки каждого цвета в пакет и попросите участников по очереди вытянуть не глядя одну из пакетов (можно попросить их рассчитывать по порядку до 4-х). После этого все участники, выбравшие одинаковые конфеты или бумажки (или имеющие один и тот же номер), объединяются в одну группу.</p> <p>Дайте каждой группе один из барьерных методов:</p> <ul style="list-style-type: none"> о Презервативы о Спермициды о Диафрагма о Колпачки, губки, пены и т.д. <p>Попросите каждую группу подготовить небольшую презентацию по следующему плану:</p> <ul style="list-style-type: none"> о Преимущества и недостатки о Показания и предостережения к использованию о Инструктаж пациента <p>Говоря о преимуществах и недостатках метода, попросите участников затронуть то, что их пациентам и местному населению нравится и не нравится в данном методе, а также его эффективность. В разделе «Показания и предостережения» попросите коснуться вопроса об использовании метода для защиты от ЗППП/СПИДа и в качестве страховочного метода для использования контрацептивов. Объясняя, как следует проводить инструктаж пациента, следует рассказать о правилах использования метода, приобретения и хранения контрацептивного средства и т.п. Группа, рассказывающая о презервативах, должна продемонстрировать их использование на муляже (вначале покажите группе, как правильно это сделать). Группа, получившая тему «спермициды», должна отметить, что использование спермицидов с презервативами повышает их эффективность.</p>	<p>Изложение целей раздела «Барьерные методы»</p> <p>Преимущества и недостатки барьерных методов, показания и предостережения. Инструктаж пациента</p>
11.30	Перерыв	
12.00	Проблемы ПИ Дискуссия	
45'	Изложение целей занятия	<p>Показать видеофильм по профилактике инфекции (ПИ). Обсуждение увиденного.</p> <p>Правильная обработка рук, применение перчаток, уничтожение отходов (игл) и правильная обработка инструментов.</p> <p>Записать на флипкарте мнение студентов по ПИ, что они могут сказать по этому поводу.</p> <p>Обсуждение.</p> <p>По окончании занятия студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назвать две основные цели ПИ. 2. Дать определение ряду терминов (дезинфекция, стерилизация, асептика и др.)
Видеофильм по ПИ	Флипкарта, фломастеры	Флипкарты с целью занятий по ПИ

		3. Продемонстрировать эффективность мер: мытье рук, подготовка операционного поля, применение перчаток и др. 4. Продемонстрировать безопасные методы обеззараживания: мытье, кипячение инструментов, перчаток (стерилизация) шприцов, игл. 5. Продемонстрировать обработку и удаление загрязненных отходов (одноразовые иглы, шприцы).	
5'	Перерыв		
12.50 30'	Лекция: Обзор мер по ПИ в службе ПС	В обзор лекции включить: две основные цели ПИ (минимизация инфекций, защита пациента и медицинского персонала, пути передачи СПИДа и гепатита В), определение терминов (асептика, антисептика, микроорганизмы, обеззараживание, дезинфекция, стерилизация и др.) Виды защитных (профилактических) мероприятий (мытьё рук, применение перчаток, обработка кожи антисептиком, обработка инструментов). Основные виды обработки: обеззараживание, мытье, стерилизация, глубокая дезинфекция.	Флипкарта, слайды о цикле передачи ПИ
5'	Перерыв		
13.25	Оценка знаний участников	Раздать вопросник. Объясните участникам правила заполнения вопросника (50 минут)	Заключительный вопросник по темам курса
14.30	Итоги дня Домашнее задание	ЕПС, МЛА, ДХС, контрацепция в возрастных группах	Пособие для участника, краткое руководство

ДЕНЬ V. Естественное планирование семьи. Метод лактационной аменореи. Хирургические методы контрацепции. Контрацепция у подростков и женщин старше 35 лет, послеродовая контрацепция. Оценка курса.

Время	Мероприятия	Содержание, инструкции	Материалы
8.00 45'	Приветствие Повестка дня Изложение целей Лекция: ЕПС и метод прерванного полового акта	Естественное планирование семьи (ЕПС) и метод прерванного полового акта. Метод лактационной аменореи. Представить флипкарту с изложением цели занятия по ЕПС. Объяснить механизм действия календарного метода, назвать факторы, снижающие эффективность МПА как контрацептивного метода. Описать различные методы естественного планирования семьи и прерванного полового акта. Осветить следующие вопросы: 1. Когда эти методы подходят. 2. Механизм действия. 3. Эффективность каждого метода. 4. Преимущества и недостатки.	Флипкарты, фломастеры Слайды, таблицы
5'	Перерыв		
8.50 45'	Изложение целей МЛА. Послеродовая контрацепция.	Представить на флипкарте цели занятий по МЛА и послеродовой контрацепции. Студенты по окончании занятий должны перечислить преимущества и недостатки метода, перечислить три условия для эффективности грудного вскармливания, проводить консультирование женщин, использующих МЛА и динамичный контроль за эффективностью и при необходимости помощь в выборе других контрацептивных методов. Практика грудного вскармливания. Дать вопросник. Записывать ответы на флипкарте. Три условия эффективности грудного вскармливания: 1. Ребенок не старше 6 месяцев.	Флипкарта с целями МЛА «Пособие для участника», слайды, транспаранты Флипкарта, транспаранты

		2. У матери должна сохраняться аменорея. 3. Исключительное кормление грудью.				«Краткое руководство по контрацепции» Флипкарта, слайды Флипкарты и фломастеры	по
20'	Перерыв Дискуссия Работа в малых группах	Сделать акцент на том, что определенные условия могут сделать МПА ненадежным. Спросить студентов, что это за условия и обсудить, какие меры могут быть приняты. Обсудить какие контрацептивные меры подходят кормящей матери. Предложить на обсуждение студентам несколько случаев по подбору контрацептивов в послеродовом периоде, включая не кормящих и после операции КС. По окончании темы студенты понимают когда можно начинать использовать те или иные методы после родов и от чего это зависит. Ситуационные задачи. Консультирование в послеродовой период.					
5'	Перерыв					«Пособие для преподавателя» Флипкарта с целями занятий Флипкарта, слайды, оборудование для их показа	
9.55 45'	Иллюстрированная лекция: ДХС Изложение цели занятия	Общая характеристика добровольной хирургической стерилизации (ДХС). По окончании темы студенты должны уметь: дать сравнительную характеристику различных способов ДХС, назвать показания и противопоказания, проводить отбор пациентов на ДХС. В лекции отразить: способы стерилизации женщин (перевязка труб, наложение колец и др.), мужчин (вазэктомия). Преимущества и недостатки, побочные эффекты и осложнения.					
5'	Перерыв						
10.45 45'	Дискуссия Работа в малых группах	Консультирование по ДХС. Ролевые игры					
11.30 12.00	Перерыв Лекция/дискуссия: Контрацепция у подростков	В течение 10 минут вовлечь студентов в дискуссию по вопросу: Кто такие подростки? Чем они отличаются от остальных возрастных групп населения. Один из студентов все ответы записывает на флипкарте. В краткой лекции с иллюстрацией дать физиологические, психологические особенности подросткового возраста. Значение контрацепции для них (профилактика ЗППП, беременности, абортов, родов).				Флипкарта с целями занятий Фломастеры Слайды, флипкарты, плакаты	
12.20 45'	Работа в небольших группах (6 групп)	Разработать: ОК, имплантаты, ВМС, презервативы и диафрагма, МЛА, ДХС. За 10 минут обсудить можно ли рекомендовать тот или иной метод подростку или нет. По ходу исправлять, дополнять ответы. Дать в последующие 5 минут каждой группе обсудить свой метод, сделать выводы. Ролевые игры.				«Справочник по контрацепции» Образцы контрацептивов	
5'	Перерыв						по
12.50 45'	Лекция/дискуссия: Контрацепция у женщин старше 35 лет Работа в малых группах (6 групп)	Спросить отличие этой возрастной группы у студентов. Записывать все ответы и обсудить их в течение 10 минут, после этого в лекции осветить основные аспекты контрацепции у женщин старше 35 лет. Дать всем в качестве темы тот или иной метод (10 минут). Презентация каждой группы. Резюме: с добавлением и поправками.				«Краткое руководство по контрацепции» Флипкарты, фломастеры	
	Работа в малых группах и презентации:	Разделите участников на 5 групп и каждой группе дайте один из методов контрацепции: 1. КОК и ЧПК 2. ВМС				Флипкарта с планом презентации «Краткое руководство по контрацепции»	по

	Контрацепция после аборта	<p>3. Барьерные методы и спермициды 4. Естественное планирование семьи 5. Добровольная хирургическая стерилизация</p> <p>Попросите участников обсудить особенности использования данного им метода женщинами после аборта по следующему плану:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Название метода и время начала использования после аборта. 2. Особенности метода в свете применения после аборта. 3. Приемлемость при наличии каких-либо осложнений после аборта (инфекция, перфорация, кровотечение и т.п.). <p>Дайте им на обсуждение 5 минут, после чего каждая группа представляет и обсуждает тему с остальными участниками в течение 10 минут. Будьте готовы оказать помощь группам, если у них есть проблемы, или поясните те моменты, которые были нечетко сформулированы.</p>	Флипкарты, фломастеры, липкая лента
13.40 20'	Вопросы и ответы Обсуждение оставшихся неясные вопросы	Скажите участникам, что следующей час будет посвящен выяснению любых оставшихся у них вопросов, касающихся всех пройденных тем курса. Дайте им несколько минут, чтобы подумать, что они еще хотели бы у вас спросить.	
14.20 45'	Оценка участниками курса	Объясните участникам цель заполнения этой анкеты (улучшение программы курса). Скажите, что делается это анонимно. После заполнения они могут положить анкету в коробку при выходе из аудитории.	Анкета для оценки курса.
15.30 45'	Закрытие курса	Выдайте участникам документ о прохождении курса по планированию семьи. Поблагодарите их за активное участие во всех мероприятиях курса.	Вписать в приложение к диплому «Курс РЗ/ПС»

3.6. Предкурсовой вопросник

Инструкции: В оставленном с правой стороны от каждого вопроса пространстве поставьте «+», если утверждение верно, или «-», если оно неверно.

ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

1. Использование некоторых методов планирования семьи ведет к снижению риска возникновения анемии.
2. Планирование семьи улучшает здоровье матери/женщины.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КОК)

3. Женщина, собирающаяся впервые применять комбинированные оральные контрацептивы, должна начать первую упаковку таблеток в первые 5 дней менструального цикла, если она не хочет дополнительно использовать для подстраховки другой метод контрацепции, такой, например, как презервативы.
4. Если женщина, принимающая комбинированные оральные контрацептивы, пропустила один день, ей следует временно прекратить прием таблеток и возобновить его с началом менструации.
5. Наиболее типичные побочные эффекты, вызываемые КОК (тошнота, болезненность молочных желез, увеличение массы тела), присутствуют в течение всего времени, пока женщина принимает таблетки.
6. Женщина, принимающая КОК, должна немедленно обратиться к врачу в случае появления у нее сильных болей в нижней части живота или таза, сильных головных болей или острой боли в груди, сопровождаемой одышкой.
7. Комбинированные оральные контрацептивы обеспечивают некоторую защиту от возникновения воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОТ).
8. Применение комбинированных оральных контрацептивов ведет к усилению кровотечения во время менструации.
9. Комбинированные оральные контрацептивы снижают риск возникновения внематочной беременности.
10. КОК не снижает риск возникновения рака эндометрия.
11. Женщины, страдающие раком молочной железы, могут использовать КОК.

ЧИСТО-ПРОГЕСТИНОВЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (ЧПК)

12. Наиболее распространенный побочный эффект ЧПК – это изменения в менструальном цикле женщины, такие, как более обильное кровотечение, пачкающие выделения в промежутках между менструациями или полное отсутствие менструаций (аменорея).
13. Одним из наиболее подходящих сроков для начала использования мини-пили являются первые 7 дней менструального цикла.
14. Перед назначением ЧПК медицинскому работнику следует убедиться, что женщина не страдает заболеванием печени или тромбозомболической болезнью, так как эти заболевания могут снизить эффективность метода.
15. Регулярность приема мини-пили не влияет на контрацептивный эффект.
16. Для удаления ВМС не нужен подготовленный медицинский работник.
17. После удаления ВМС фертильность восстанавливается медленно.

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ВМС)

18. ВМС никогда не вводится женщине во время менструации.
19. Медьсодержащие ВМС предохраняют от беременности, препятствуя, главным образом, оплодотворению яйцеклеток сперматозоидами.
20. Если после менструации женщина не может нащупать усики спирали, то ей не следует беспокоиться, так как они иногда поднимаются в полость матки, что, вероятно, и произошло.
21. Для женщины, недавно перенесшей воспалительное заболевание органов малого таза (ВЗОТ), ВМС является наиболее подходящим методом контрацепции.
22. ВМС не защищает от венерических болезней и ВИЧ/СПИДа.
23. Женщины, у которых стоит медьсодержащее ВМС, имеют менее болезненные менструации.

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ

24. Презерватив является наиболее эффективным в предупреждении передачи ВИЧ-инфекции методом планирования семьи.
25. Одно из преимуществ презервативов состоит в том, что их применение способствует привлечению мужчин к ПС.
26. Если беременность абсолютно противопоказана женщине по медицинским причинам, то самым подходящим методом для такой пары будут презервативы.
27. Если презерватив порвался во время полового акта, то в этом нет ничего страшного, поскольку он все равно задержит большую часть спермы.
28. Спермициды предохраняют женщину от наступления беременности, подавляя овуляцию.
29. Женщине, имеющей синдром токсического шока в анамнезе, не следует использовать диафрагму для предохранения от беременности.

ДОБРОВОЛЬНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ (ДХС)

30. Добровольная хирургическая стерилизация, как женская, так и мужская, является наиболее эффективным методом контрацепции из всех существующих в настоящее время.

31. Наиболее важная характерная черта добровольной стерилизации, которую необходимо подчеркнуть во время консультирования, состоит в необратимости процедуры.
32. Вазэктомия влияет на выработку яичками гормонов.
33. После вазэктомии в эякуляте отсутствует сперма.

ЗППП И ВИЧ/СПИД

34. СПИДом можно заразиться, дотронувшись или обняв человека, больного этой болезнью.
35. Признаки возможного заболевания, передаваемого половым путем (ЗППП), включают вагинальные выделения и язвы на половых органах.
36. Человек, имеющий нескольких сексуальных партнеров, должен использовать презерватив только в тех случаях, когда заведомо знает, что его/ее партнер болен СПИДом.
37. При отсутствии лабораторных условий ЗППП можно диагностировать, задав пациенту ряд вопросов и проведя осмотр на наличие симптомов/признаков заболевания.

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ

38. Наиболее важной мерой профилактики инфекций является своевременное и правильное мытье рук.
39. Загрязненные отходы, такие как пропитанные кровью марля или вата, должны быть сожжены или захоронены.

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

40. Пациенты, получившие хорошую консультацию при выборе для себя метода планирования семьи, склонны пользоваться этим методом гораздо дольше, чем те, которые были недостаточно хорошо проконсультированы.
41. Консультирование по планированию семьи начинается с ознакомления пациентов со всеми доступными методами контрацепции.
42. Хороший консультант сам выбирает для женщины тот метод предохранения от беременности, который, по его мнению, является для нее наилучшим.
43. Цель группового консультирования заключается в индивидуальном подборе метода контрацепции.

ПОСЛЕРОДОВАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ И МЕТОД ЛАКТАЦИОННОЙ АМЕНОРЕИ

44. Если ребенку не меньше шести месяцев, у женщины еще не возобновились менструации, и она кормит младенца исключительно (или почти исключительно) грудью, то эта женщина на 98% защищена от беременности.
45. Гормональные контрацептивы, содержащие эстрогены, в послеродовом периоде повышают экскрецию молока.

ЕСТЕСТВЕННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

46. ЕПС защищает от ЗППП
47. Женщина любого репродуктивного возраста может использовать ЕПС

КОНТРАЦЕПЦИЯ У ПОДРОСТКОВ И ЖЕНЩИН СТАРШЕ 35 ЛЕТ

48. Подростки, начавшие половую жизнь, нуждаются в эффективных средствах контрацепции.
49. Сексуально активные подростки относятся к группе повышенного риска заражения ЗППП.
50. Добровольная хирургическая стерилизация является наиболее распространенным методом контрацепции среди подростков.
51. Подросткам противопоказано использование методов неотложной контрацепции.
52. Современные КОК могут использоваться женщинами старше 35 лет в течение длительного времени.
53. ЧПК вредны для здоровья женщин старше 35 лет.
54. Вероятность наступления беременности у женщин старше 35 лет низка, поэтому они не нуждаются в подборе эффективных современных методов контрацепции.
55. Хирургическая стерилизация рекомендуется женщинам старше 35 лет, которые уверены в том, что они не хотят больше иметь детей.

КУРС ПО ПЛАНИРОВАНИЮ СЕМЬИ: МАТРИЦА ДЛЯ ОТВЕТОВ НА ПРЕДКУРСОВОЙ ВОПРОСНИК

Вопрос №	Номер участника																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
30																	
31																	
32																	
33																	
34																	
35																	
36																	
37																	
38																	
39																	
40																	
41																	
42																	
43																	
44																	
45																	
46																	
47																	
48																	
49																	
50																	
51																	
52																	
53																	
54																	
55																	

РАЗДЕЛЫ

ДОБРОВОЛЬНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ
СТЕРИЛИЗАЦИЯ (ДХС)

ЗППП И ВИЧ/СПИД

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ (ПИ)

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

ПОСЛЕРОДОВАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ
И МЛА

ЕСТЕСТВЕННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ
СЕМЬИ

КОНТРАЦЕПЦИЯ У ПОДРОСТКОВ И
ЖЕНЩИН СТАРШЕ 35 ЛЕТ

3.7. Заключительный вопросник по темам курса

Инструкции: На каждый вопрос дано четыре варианта ответа. Выберите наиболее подходящий ответ из четырех предложенных и поставьте соответствующую букву на листке для ответов. За каждый правильный ответ дается одно очко.

1. Когда женщине, впервые собирающейся принимать комбинированные оральные контрацептивы (КОК), следует начать первую упаковку таблеток?
 - A. В первый день менструального цикла
 - B. В первые 7 дней менструального цикла
 - C. Сразу по окончании менструации
 - D. В любое удобное для себя время
2. Если женщина забыла принять две или более активные таблетки, ей следует:
 - A. Прекратить на время принимать таблетки и возобновить прием, когда у нее начнется менструация
 - B. Выбросить пропущенные таблетки и продолжить прием как обычно
 - C. Принимать по 2 таблетки до тех пор, пока она не войдет в прежний график приема
 - D. Перейти на использование другого метода контрацепции
3. Что из перечисленного ниже относится к наиболее типичным побочным эффектам КОК?
 - A. Желтуха и нарушение зрения
 - B. Тошнота и болезненность молочных желез
 - C. Сильные боли в груди и одышка
 - D. Инфаркт и инсульт
4. Самому высокому риску развития серьезных осложнений при использовании КОК подвергаются:
 - A. Сексуально активные подростки
 - B. Курящие женщины в возрасте 25-35 лет
 - C. Курящие женщины старше 35 лет
 - D. Женщины, страдающие диабетом (без сосудистых осложнений и продолжительностью менее 20 лет)
5. Женщина, принимающая КОК, должна немедленно прийти на прием к врачу, если она испытывает:
 - A. Сильные боли в нижней части живота или области таза
 - B. Сильные головные боли, головокружение, общую слабость
 - C. Сильные боли в нижних конечностях
 - D. Все вышеперечисленное
6. Наиболее типичный побочный эффект чисто-прогестиновых контрацептивов (ЧПК) – это:
 - A. Желтуха и нарушение функций печени
 - B. Сильные головные боли (мигрень)
 - C. Повышенное артериальное давление
 - D. Изменения в характере менструального цикла
7. Что из перечисленного ниже не является оптимальным временем для первой инъекции ДМПА?
 - A. Первые 7 дней менструального цикла
 - B. Сразу или в течение 7 дней после аборта
 - C. Первые 6 недель после родов, если пациентка кормит грудью, но не использует метод лактационной аменореи (МЛА)
 - D. Спустя 6 месяцев после родов, если следует МЛА

8. Прежде чем сделать женщине инъекцию ДМПА, медработник должен убедиться, что у нее отсутствует:
- A. Недиагностированное вагинальное кровотечение
 - B. Сердечно-сосудистое заболевание
 - C. ЗППП в анамнезе
 - D. Тромбоэмболические нарушения
9. Инъекция ДПМА делается:
- A. Каждый месяц
 - B. Каждые два месяца
 - C. Каждые три месяца
 - D. Два раза в год
10. Импланты Норпланта вшиваются женщине:
- A. В мышцы ягодицы
 - B. Непосредственно под кожу ягодицы
 - C. В мышцы предплечья
 - D. Непосредственно под кожу предплечья
11. Импланты Норпланта предохраняют от беременности в течение:
- A. 3 лет
 - B. 5 лет
 - C. 8 лет
 - D. 10 лет
12. Одно из преимуществ Норпланта по сравнению с ДПМА – это:
- A. Отсутствие какого-либо влияния на менструальный цикл женщины
 - B. Немедленное восстановление фертильности после удаления капсул
 - C. Возможность введения капсул сразу после аборта
 - D. Защита от заражения ЗППП и ВИЧ/СПИДа
13. Что из нижеперечисленного чаще всего является причиной желания женщины удалить Норплант?
- A. Желание забеременеть
 - B. Инфекция в области введения имплантатов
 - C. Видимость капсул
 - D. Изменения в менструальном цикле
14. Когда женщине можно ввести ВМС
- A. Во время менструации
 - B. Только по окончании менструации
 - C. Спустя 48 часов, но не позднее 4-6 недель после родов
 - D. Сразу после аборта, вне зависимости от того, имеются или нет признаки инфекции органов малого таза
15. ВМС типа Соррег Т 380А должно быть удалено и, если женщина пожелает этого, заменено на новое через:
- A. 3 года
 - B. 5 лет
 - C. 8 лет
 - D. 10 лет
16. Как медьсодержащие ВМС предотвращают наступление беременности?
- A. Тормозя миграцию сперматозоидов из влагалища в фаллопиевы трубы
 - B. Блокируя фаллопиевы трубы так, что оплодотворенная яйцеклетка не может попасть в матку
 - C. Подавляя овуляцию
 - D. Все вышеперечисленное

17. Если женщина, у которой стоит ВМС, не может нащупать усиков спирали после менструации, ей следует:
- A. Не волноваться, потому что иногда они поднимаются в полость матки, что, вероятно, и произошло
 - B. Дождаться следующей менструации и по ее окончании проверить их опять, а до тех пор ничего не предпринимать
 - C. Проверять их каждый день до тех пор, пока они опять не появятся
 - D. Немедленно показаться врачу, поскольку ВМС могло незаметно выпасть и женщина может забеременеть
18. ВМС не следует использовать женщинам, которые:
- A. Кормят грудью
 - B. Имеют недавнее ЗППП или ВЗОТ в анамнезе
 - C. Имеют больше 3 детей
 - D. Курят и старше 35 лет
19. Какой метод контрацепции является наиболее эффективным?
- A. Норплант
 - B. ВМС
 - C. КОК
 - D. Добровольная хирургическая стерилизация
20. Что из перечисленного ниже является самым важным моментом, на который следует обратить особое внимание во время консультирования по ДХС?
- A. Только женщины, имеющие 6 детей и более, могут быть стерилизованы
 - B. Это несложная хирургическая операция, не требующая длительной госпитализации
 - C. Это постоянный (необратимый) метод контрацепции
 - D. До проведения процедуры необходимо получить согласие супруга
21. Существует несколько способов проведения ДХС, включая:
- A. Вазэктомию и гистерэктомию
 - B. Лапароскопию (трубную окклюзию) и орхиэктомию
 - C. Лапароскопию (трубную окклюзию) и гистерэктомию
 - D. Вазэктомию и лапароскопию (трубную окклюзию)
22. Все перечисленное ниже является достоинствами вазэктомии, за исключением какой характеристики?
- A. Высокая эффективность
 - B. Немедленная эффективность
 - C. Несложная операция
 - D. Отсутствие отдаленных побочных эффектов
23. Трубная окклюзия рекомендуется женщинам:
- A. Которые не совсем уверены, хотят ли они иметь еще детей
 - B. У которых еще нет детей
 - C. Состояние здоровья которых делает беременность опасной
 - D. Которым муж посоветовал сделать эту операцию
24. Презерватив является подходящим методом контрацепции для всех перечисленных ниже категорий людей, за исключением какой категории?
- A. Мужчин, которые желают взять на себя заботу о контрацепции
 - B. Пар, которые имеют редкие половые сношения
 - C. Пар, желающих использовать метод, не связанный с половым актом
 - D. Женщин/мужчин, подверженных риску заражения

25. Если презерватив порвался во время полового акта, то:
- A. Не следует волноваться насчет беременности, потому что презерватив все равно задержит большую часть спермы
 - B. Следует немедленно заменить порванный презерватив на новый
 - C. Женщине надо как можно быстрее обратиться к врачу, который порекомендует ей метод неотложной контрацепции
 - D. Женщина может предотвратить беременность, если она сразу же тщательно вымоет свои половые органы
26. Что является самым главным достоинством презервативов?
- A. Немедленная эффективность
 - B. Отсутствие системных побочных эффектов
 - C. Низкая стоимость
 - D. Защита от ИПП и других ЗППП
27. Наличие каких состояний может явиться препятствием к использованию диафрагмы?
- A. Синдром токсического шока в анамнезе
 - B. Генитальные аномалии
 - C. Повторные инфекции мочеполовых путей
 - D. Все вышеперечисленное
28. Одним из недостатков спермицидов является:
- A. Возможное жжение или зуд во влагалище при использовании
 - B. Наличие связанных с эстрогеном побочных эффектов
 - C. Влияние на грудное вскармливание
 - D. Необходимость тазового осмотра до начала использования
29. Как можно диагностировать ЗППП при отсутствии возможности сделать лабораторное исследование?
- A. Взяв анализ крови
 - B. Измерив артериальное давление и температуру пациента
 - C. Проведя осмотр половых органов и задав пациенту ряд вопросов
 - D. Без лабораторных условий диагностика ЗППП невозможна
30. Признаками возможного ЗППП у женщины являются:
- A. Вагинальные выделения
 - B. Генитальные язвы
 - C. Боль в нижней части живота
 - D. Все вышеперечисленное
31. Как нельзя заразиться ВИЧ/СПИДом?
- A. Используя многоразовые иглы, которые не были простерилизованы
 - B. Имея незащищенный половой контакт с больным СПИДом
 - C. Обнимая или целуя больного СПИДом
 - D. Работая с загрязненными отходами без защитных перчаток
32. Как сексуально активный человек может защитить себя от заражения ВИЧ/СПИДом?
- A. Используя презерватив только в тех случаях, когда есть подозрение, что партнер болен СПИДом
 - B. Используя презерватив при каждом половом контакте
 - C. Меняя партнеров не чаще, чем один раз в месяц
 - D. Имея не более двух партнеров одновременно
33. Что относится к защитным мероприятиям в профилактике инфекций?
- A. Мытье рук и использование перчаток
 - B. Обеззараживание, мытье и стерилизация (или глубокая дезинфекция) инструментов
 - C. Использование антисептического раствора для обработки кожи перед инъекцией
 - D. Все вышеперечисленное

34. Обеззараживание использованных инструментов, таких как гинекологические зеркала или щипцы, проводится путем замачивания их в:
- A. 0,5% растворе хлора на 10 минут
 - B. 0,5% растворе хлора на 1 час
 - C. 0,1% растворе хлора на 10 минут
 - D. 0,1% растворе хлора на 1 час
35. Как нужно правильно обращаться с использованными одноразовыми иглами и шприцами?
- A. После использования на иглу надевается колпачок и только после этого шприц с иглой выбрасываются в мусорный ящик
 - B. Игла вначале сгибается или ломается, чтобы предотвратить возможное ранение ею кого-либо в будущем
 - C. Шприц с надетой на него с иглой без колпачка выбрасывается в непротыкаемый контейнер
 - D. Игла должна быть промыта водой и снята со шприца до выбрасывания
36. Загрязненные отходы, такие как пропитанные кровью вата или марля, должны быть:
- A. Прежде всего обеззаражены путем замачивания в растворе хлора, чтобы предотвратить заражение медицинских работников и пациентов
 - B. Собраны в специальный непротыкаемый контейнер или полиэтиленовый мешок
 - C. Выброшены вместе с остальным мусором
 - D. А и Б
37. Пациенты, прошедшие хорошее консультирование во время выбора ими метода планирования семьи:
- A. Не будут нуждаться в дополнительном консультировании во время использования ими выбранного метода
 - B. Никогда не поменяют выбранный метод контрацепции на другой, потому что он идеально им подходит
 - C. Будут более эффективно использовать выбранный ими метод
 - D. Все равно не смогут самостоятельно выбрать метод контрацепции
38. Кому принадлежит право выбора метода планирования семьи для пациентки?
- A. Медицинскому работнику
 - B. Самой пациентке
 - C. Членам семьи пациентки
 - D. Всем вышеперечисленным
39. Проводя начальное консультирование пациента по планированию семьи, консультант:
- A. Решает, какой метод должен использовать пациент
 - B. Консультирует только в присутствии обоих партнеров
 - C. Дает информацию о всех существующих методах
 - D. Рассказывает только о положительных сторонах различных методов
40. Когда пациентка приходит на повторный прием в клинику после начала использования ею какого-либо метода, медицинский работник должен сделать все из перечисленного ниже, за исключением какого этапа?
41. Кормление грудью не будет эффективным методом контрацепции, если:
- A. Ребенок спит всю ночь без кормления
 - B. Мать не дает ребенку никакой пищи или жидкости, кроме грудного молока
 - C. У матери сохраняется аменорея
 - D. Ребенку исполнилось 5 месяцев

42. Курящие (более 20 сигарет в день) женщины старше 35 лет могут без опасения использовать следующий(-ие) метод(-ы) контрацепции:
- A. КОК
 - B. ЧПК
 - C. ВМС
 - D. B и C
43. В каком режиме следует принимать низкодозные (30-35 мкг ЭЭ) КОК в качестве метода неотложной контрацепции?
- A. 2 таблетки в первые 72 часа, затем еще 2 таблетки через 12 часов
 - B. 4 таблетки в первые 72 часа, затем еще 4 таблетки через 12 часов
 - C. 6 таблеток в первые 72 часа, затем еще 4 таблетки через 12 часов
 - D. 2 таблетки каждые 4 часа в течение 24 часов
44. Кому можно рекомендовать ЕПС?
- A. Только нерожавшим
 - B. Женщинам, страдающим нарушением цикла
 - C. Женщинам любого репродуктивного возраста
 - D. Женщинам, имеющим два и более половых партнера
45. Какие из нижеперечисленных лекарственных средств снижают контрацептивный эффект ЧПК?
- A. Жаропонижающие
 - B. Обезболивающие
 - C. Некоторые противосудорожные и противотуберкулезные
 - D. Витамины

КУРС ПО ПЛАНИРОВАНИЮ СЕМЬИ

ЛИСТОК ДЛЯ ОТВЕТОВ НА ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ВОПРОСНИК ПО ТЕМАМ КУРСА

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____
- 7. _____
- 8. _____
- 9. _____
- 10. _____
- 11. _____
- 12. _____
- 13. _____
- 14. _____
- 15. _____
- 16. _____
- 17. _____
- 18. _____
- 19. _____
- 20. _____
- 21. _____
- 22. _____
- 23. _____

- 24. _____
- 25. _____
- 26. _____
- 27. _____
- 28. _____
- 29. _____
- 30. _____
- 31. _____
- 32. _____
- 33. _____
- 34. _____
- 35. _____
- 36. _____
- 37. _____
- 38. _____
- 39. _____
- 40. _____
- 41. _____
- 42. _____
- 43. _____
- 44. _____
- 45. _____

Ф.И.О. участника

Количество правильных ответов

Подпись преподавателя

3.8. Оценка курса

Руководство для участника

Заполняется участниками

Пожалуйста, оцените нижеследующие составные части учебного курса по следующей балльной системе:

5 – согласен (-сна) полностью

4 – согласен (-сна)

3 – не имею мнения

2 – не согласен (-сна)

1 – полностью не согласен (-сна)

А. СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ УЧЕБНОГО КУРСА		ОЦЕНКА
1.	Вопросник для опроса участников в начале учебного курса помог мне в более эффективной учебе	
2.	Десяти дней было достаточно для изучения вопросов обеспечения минилапаротомической помощи	
3.	Игровые занятия по проведению консультаций были полезны	
4.	Было отведено достаточно времени для практических занятий по проведению консультаций с помощью игровых занятий, а также с пациентами и/или добровольцами	
5.	Наборы учебных слайдов помогли мне в лучшем представлении об операции минилапаротомии до начала практических занятий на тазовом муляже	
6.	Практические занятия на тазовом муляже помогли мне в более эффективном изучении этапов минилапаротомии до проведения операции непосредственно на самих пациентах	
7.	Было отведено достаточно времени для проведения на пациентах операции минилапаротомии под местной анестезией	
8.	В настоящее время я могу с уверенностью провести операцию минилапаротомии под местной анестезией	
9.	Обзор и практические занятия по вопросам профилактики инфекций были полезными	
Б. ОРГАНИЗАЦИЯ/АДМИНИСТРАЦИЯ ПРОГРАММЫ		
1.	Учебные материалы соответствовали учебному курсу	
2.	Темы были представлены логично и в соответствии с программой	
3.	Для каждой темы было отведено достаточно времени	
4.	Учебные и практические занятия были распределены пропорционально	
5.	Демонстрация и участие в операциях были полезными для усовершенствования наших клинических навыков	
6.	Преподаватели владели представленным тематическим материалом в достаточной степени	
7.	Энтузиазм и отношение преподавателей к участникам облегчили процесс приобретения навыков	
8.	Учебный центр имел соответствующие средства для проведения данного учебного курса	
9.	Мое участие в данной учебной программе было крайне полезным	
10.	В целом, я считаю, что настоящий учебный курс был эффективным	

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ

1. Оправдал ли данный учебный курс ваши ожидания? ____ Да ____ Нет
Если нет, то почему? _____

Предложения: _____

2. Какие темы (если существуют таковые) должны быть дополнены (и почему) для усовершенствования учебного процесса?

3. Какие темы (если существуют таковые) должны быть изъяты из программы (и почему) для улучшения качества обучения?

РАЗДЕЛ II

Глава 1. Медицинские критерии допустимости применения методов контрацепции

1.1 Пояснительная записка

Настоящая публикация, в которой рассматриваются медицинские критерии выбора методов контрацепции, является очередным важным шагом в процессе расширения доступа населения к качественным услугам в области планирования семьи. Она представляет собой второе, усовершенствованное издание руководства под названием «Улучшение доступности качественной помощи по вопросам планирования семьи: Медицинские критерии допустимости применения методов контрацепции», вышедшего в свет в 2000 году, и включает в себя основные положения, которые были выработаны на совещании экспертов Рабочей группы, проведенном под эгидой Всемирной организации здравоохранения в Женеве 21-24 октября 2003 год. Настоящий документ содержит рекомендации по медицинским критериям приемлемости, которые разработаны на основе последних клинических и эпидемиологических данных, и адресован руководителям органов здравоохранения, менеджерам проектов по планированию семьи и научным работникам. Данная публикация призвана служить пособием в деятельности по организации услуг в области контрацепции в рамках национальных программ по планированию семьи и охране репродуктивного здоровья. Ее следует рассматривать или использовать не столько в качестве непосредственного руководства, сколько как справочный материал или основу для принятия решений.

В этом документе охвачены следующие методы планирования семьи: низкодозированные комбинированные оральные контрацептивы (КОК), комбинированные инъекционные контрацептивы (КИК), комбинированные контрацептивные пластыри (КП), комбинированные влагалищные кольца (ВК), противозачаточные таблетки прогестогенового ряда (ПТП), ме-дроксипрогестерона ацетат пролонгированного действия (МОПАПД), норэтистерона энантат (НЭЭ), имплантант содержащие левоноргестрел (ЛНГ) и этоноргестрел (ЭТГ), таблетки для неотложной контрацепции (ТНК), медьсодержащие внутриматочные средства (Си-ВМС), левоноргестрел-высвобождающие внутриматочные средства (ЛНГ-ВМС), медьсодержащие ВМС для неотложной контрацепции (Э-ВМС), барьерные методы (БАР), методы отслеживания фертильности (МОФ), прерванный половой акт (ППЛ), метод лактационной аменореи (МЛА), женская и мужская стерилизация (СТЕР).

В 1999 году Всемирная организация здравоохранения предприняла анализ изданного ею ранее практического руководства по планированию семьи и пришла к заключению о необходимости создания новых пособий на основе накопленных доказательных фактов. В связи с этим ВОЗ приступила к работе по составлению очередной серии руководств по планированию семьи, основанных на фактических данных, начав с подготовки второго издания руководства «Улучшение доступности качественной помощи по вопросу планирования семьи: Медицинские критерии допустимости применения методов контрацепции», опубликованного в 2000 г. Двумя краеугольными камнями новой серии руководств, базирующихся на доказательном фактическом материале, являются настоящее пособие «Медицинские критерии допустимости применения средств контрацепции», позволяющее определить, «кто» может пользоваться методами контрацепции без вреда для своего здоровья, и второй документ «Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции», содержащий советы в отношении того, «как» обеспечить безопасное и эффективное использование контрацептивов. Эти два документа, разработанные с учетом доказательных фактов, служат руководством по выбору («Медицинские критерии допустимости применения средств контрацепции») и использованию («Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции») того или иного метода контрацепции.

1.2 Цели

Цель настоящего документа заключается в том, чтобы предоставить руководителям органов здравоохранения и научным работникам комплекс рекомендаций, которые могут оказаться полезными при разработке или пересмотре национальных практических руководств по медицинским критериям приемлемости и применения тех или иных методов контрацепции.

Эта публикация не содержит строгих директив, а скорее дает рекомендации, которые могут служить в качестве основы для проведения более компетентных консультаций по выбору различных средств контрацепции с учетом самой последней информации о степени безопасности методов для людей, страдающих определенными заболеваниями.

Ввиду того, что в каждой отдельной стране ситуация и среда реализации программ имеет свою специфику, вряд ли целесообразно устанавливать жесткие универсальные международные требования в отношении критериев применения контрацептивов. Тем не менее, предполагается, что национальные проекты будут использовать эти рекомендации для корректировки или разработки своих собственных руководств по медицинской приемлемости средств контрацепции в контексте своих национальных политик в области здравоохранения, потребностей, приоритетов и имеющихся ресурсов. Данное пособие ориентировано на то, чтобы помочь улучшить доступность и качество услуг по планированию семьи. Подобные улучшения должны осуществляться с учетом обеспечения возможности сознательного выбора клиентов и исходя из соображений безопасности для их здоровья. Адаптирование к местным условиям не всегда является простой задачей, и решать ее лучше специалистам, которые хорошо осведомлены об общей эпидемиологической обстановке в регионе и наиболее распространенных среди населения заболеваниях, знакомы с принятыми в данном обществе моделями поведения и культурными установками.

1.3 Предпосылки разработки нового руководства

За последние 30 лет были достигнуты значительные успехи в разработке новых противозачаточных технологий, включая переход от высокодозированных комбинированных оральных контрацептивов к низкодозированным препаратам и от инертных внутриматочных средств к медьсодержащим и левоноргестрел-высвобождающим ВМС. Кроме того, существующий ассортимент методов предохранения от беременности пополнился такими средствами, как комбинированные инъекционные контрацептивы, комбинированные гормональные пластыри и влагалищные кольца, противозачаточные таблетки прогестогенового ряда и имплантаты. Между тем, в некоторых странах политика и практика медицинского обслуживания в этой области до сих пор основаны на научных исследованиях противозачаточных средств, которые уже вышли из широкого употребления, на устоявшихся теоретических положениях, которые никогда не были научно обоснованы, или на личных предпочтениях и предрассудках медработников, предоставляющих такого рода услуги. Эти устаревшие политики и методики во многих случаях ограничивают как качество, так и доступность методов планирования семьи для клиентов. Разработка данного пособия обусловлена стремлением обновить медицинские критерии, используемые в работе с пациентами при подборе различных приемлемых для них средств контрацепции - гормональных контрацептивов, ВМС, барьерных методов, методов, основанных на отслеживании фертильности, прерванного полового акта, метода лактационной аменореи, мужской и женской стерилизации и неотложной контрацепции.

1.4 Охрана репродуктивного и сексуального здоровья

«Репродуктивные права включают в себя ряд прав человека, которые на данный момент уже официально признаны национальными законодательствами, зафиксированы в документах по международным правам человека и в других документальных свидетельствах достигнутого консенсуса по данному вопросу. Репродуктивные права основываются на признании фундаментального права всех пар и отдельных лиц на осуществление

самостоятельного и ответственного выбора в отношении количества детей, которых они собираются иметь, продолжительности временных интервалов между родами и времени их рождения и на получение доступа к информации и средствам, необходимым для реализации такого выбора, а также на признании права каждого индивидуума на достижение самого высокого уровня сексуального и репродуктивного здоровья". (Пекинская рабочая программа, 1995 г. параграф 95).

Охрана репродуктивного и сексуального здоровья и, в частности, оказание услуг по планированию семьи и предоставление соответствующей информации, не только считается основным средством укрепления здоровья женщин и детей, но также относится к разряду фундаментальных прав человека. Каждый человек имеет право на доступ, право на выбор и право на пользование достижениями научного прогресса в области планирования семьи. Консультативно-медицинское обслуживание по проблемам контрацепции, которое строится на основе принципа уважения прав человека, предусматривает проведение комплексной оценки жизненных обстоятельств и состояния здоровья пациента с учетом конкретных потребностей данного индивидуума в услугах по охране сексуального и репродуктивного здоровья, а также всех соответствующих медицинских критериев и практических рекомендаций для оказания пациенту компетентной помощи в выборе и использовании того или иного метода контрацепции.

Хотя непосредственным объектом рассмотрения в данном документе являются медицинские критерии допустимости применения противозачаточных средств, тем не менее, при работе с пациентом необходимо также принимать во внимание социальные, поведенческие и другие немедицинские факторы, в том числе и его собственные предпочтения. Предлагая пациенту тот или иной вариант контрацепции, следует делать это в такой форме, чтобы не ущемлять права человека, что предполагает предоставление ему возможности самостоятельно принять решение на основе полученной информации. Однако для женщин возможности выбора во многих случаях ограничены или predeterminedены прямыми или косвенными социальными, экономическими или культурными факторами. Женщины делают свой выбор в определенный момент времени и в определенном социальном и культурном контексте; и этот выбор представляет собой сложный, многофакторный и подверженный изменениям процесс. Принятие решения по поводу использования метода контрацепции обычно требует сопоставления преимуществ и недостатков отдельных методов контрацепции и нахождения среди них наиболее оптимального варианта в зависимости от индивидуальных обстоятельств, мнений и представлений.

Предоставление медицинских услуг в строгом соответствии с правами человека вообще и его репродуктивными правами в частности, является одной из основных составляющих их высокого качества. Разработка международных норм, регламентирующих медицинские критерии приемлемости и практические рекомендации по применению средств контрацепции, является лишь одним из путей улучшения качества обслуживания в области охраны репродуктивного здоровья. Многие учреждения и проекты по планированию семьи уже включают в себя такие направления работы, как скрининг, лечение и последующее наблюдение пациентов, которые отражают высокие стандарты общественного здравоохранения и клинической практики, но их не следует воспринимать в качестве мер по обеспечению требований приемлемости применения конкретных методов контрацепции. Такие направления работы предусматривают выявление и лечение рака шейки матки, анемии и инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), а также пропаганду практики грудного вскармливания и отказа от курения. Хотя указанные виды деятельности должны всячески поддерживаться в меру имеющихся кадровых и материальных ресурсов, однако их не следует рассматривать, как неотъемлемые условия принятия и практического использования методов планирования семьи и в тех случаях, когда они не являются обязательными для определения допустимости выбора или продолжения использования того или иного метода.

1.5. Вопросы качества услуг и их доступности, которые влияют на применение метода

Несмотря на то, что этот документ посвящен в первую очередь медицинским критериям приемлемости, существует также целый ряд других факторов, которые необходимо учитывать для обеспечения надлежащего уровня обслуживания по вопросам выбора и использования методов контрацепции, включая следующие требования к качеству предоставления услуг, которые являются универсально применимыми как к начальной, так и к последующим стадиям использования всех методов контрацепции:

а) Клиенты имеют право на получение адекватной информации в объеме, достаточном для осуществления осознанного, добровольного выбора метода контрацепции. Информация, предоставляемая потребителям в целях оказания им помощи в выборе метода контрацепции, должна включать в себя, как минимум: объяснение относительной эффективности конкретного метода; инструкции по-правильному использованию метода; принцип действия метода; часто встречающиеся побочные эффекты; потенциальные положительные и отрицательные последствия применения метода для здоровья клиента; признаки и симптомы, при появлении которых необходимо обратиться к врачу; период восстановления способности к зачатию после прекращения пользования данным методом; способы профилактики ИППП.

б) Обязательным условием для реализации методов контрацепции, которые требуют хирургического вмешательства, введения, подбора и/или удаления противозачаточных средств (стерилизация, вживление имплантата, введение ВМС, влагалищных диафрагм, шеечных колпачков), является наличие специально обученного медицинского персонала и соответствующей медицинской инфраструктуры, а также строгое соблюдение всех мер предосторожности для исключения возможности инфицирования при проведении процедур.

в) Медицинский персонал должен быть обеспечен всем необходимым оборудованием и расходными материалами в количествах, достаточных для надлежащего проведения требуемых процедур (включая средства контрацепции, медицинские инструменты и материалы для осуществления мер по предупреждению инфицирования пациента).

г) Медицинские работники должны иметь в своем распоряжении соответствующие руководства и справочные материалы (или медицинские карточки клиентов и другие инструменты скрининга), необходимые для проведения качественного обследования клиентов на предмет наличия заболеваний, при которых использование того или иного метода контрацепции может быть связано с недопустимым риском для здоровья.

Медицинский персонал должен владеть достаточными знаниями и навыками консультирования по вопросам планирования семьи для оказания помощи клиентам в принятии осознанных и добровольных решений в отношении методов контрацепции. Консультирование является одним из основных элементов высокого качества услуг, играя важную роль как при первом приеме, так и на последующих этапах работы с пациентами, и оно должно отвечать индивидуальным потребностям не только в рамках выбора противозачаточных средств, но и решении проблем, касающихся их сексуальной жизни и профилактики ИППП, включая меры по предупреждению заражения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

1.6. Эффективность методов контрацепции

Выбор метода контрацепции в значительной мере определяется тем, насколько он эффективен в предупреждении нежелательной беременности, что для ряда методов, в свою очередь, зависит не только от степени защиты, которую способны обеспечить сами эти методы, но также и от того, насколько систематически и правильно они применяются. В Таблице I приведены сравнительные данные по проценту незапланированных беременностей, наступивших в течение первого года пользования противозачаточными средствами при абсолютном соблюдении требований по их применению (регулярность и правильность) в одном случае и при среднестатистической практике их использования - в другом. Как

регулярность, так и правильность применения методов контрацепции могут существенно варьировать в зависимости от таких факторов, как возраст, доход, степень мотивации предотвратить или отсрочить наступление беременности, а также от особенностей культурной среды. Методы, которые зависят от систематического и правильного применения, характеризуются широким диапазоном эффективности. Большинство мужчин и женщин в процессе применения конкретного метода со временем приобретают опыт более эффективного его использования. Однако программные аспекты также оказывают очень существенное влияние на то, насколько эффективно будет использоваться тот или иной метод.

Таблица 1.

Процент незапланированных беременностей, наступивших в течение первого года применения метода контрацепции, и процент женщин, продолжающих применение к концу первого года. Соединенные Штаты Америки

Метод	% незапланированных беременностей, наступивших в течение первого года применения		% женщин, продолжающих применение на протяжении одного года
	Обычная практика применения	Регулярное и правильное применение	
Отсутствие контрацепции	85	85	
Спермициды	29	15	42
Прерванный половой акт	27	4	43
Периодическое воздержание	25		51
Календарный метод		9	
Овуляционный метод		3	
Симптотермальный		2	
Пост-овуляция		1	
Колпачки			
Рожавшие женщины	32	26	46
Нерожавшие женщины	16	9	57
Противозачаточная губка			
Рожавшие женщины	32	20	46
Нерожавшие женщины	16	9	57
Диафрагма	16	6	57
Презерватив			
Женские (Reality)	21	5	49
Мужские	15	2	53
Комбинированные таблетки и минитаблетки	8	0.3	68
Комбинированный гормональный пластырь (Evra)	8	0.3	68
Комбинированное гормональное кольцо (NuvaRing)	8	0.3	68
МОПАД (Depo-Provera)	3	0.3	56
Комбинированные инъекционные контрацептивы (Lunelle)	3	0.05	56
ВМС			
ParaGard (Т-образные Си)	0.8	0.6	78
Mirena (ЛНГ-ВМС)	0.1	0.1	81
ЛНГ-имплантаты (Norplan ti Norplant-2)	0.05	0.05	84
Женская стерилизация	0.5	0.5	100
Мужская стерилизация	0.15	0.10	100

Противозачаточные таблетки для неотложной контрацепции Применение, начатое в течение 72 часов после незащищенного полового акта, снижает риск наступления беременности минимум на 75%.

Метод лактационной аменореи: МЛА является высокоэффективным *временным* методом контрацепции.

Источник: Trussell J. Contraceptive efficacy. // Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Nelson A, Cates W, Guest F, Kowal O. *Contraceptive Technology: Eighteenth Revised Edition*. New York NY: Ardent Media, 2004.

Примечание: Данная таблица, заимствованная из указанного источника, адаптирована путем замены наименований торговых марок противозачаточных средств на категориальные названия методов контрацепции и изменения комментариев в сносках.

Комментарии:

1. Процент случайных беременностей среди среднестатистических пар в течение первого года после начала использования тех или иных противозачаточных средств (необязательно впервые) при обычной (нестрогой) практике применения выбранного метода контрацепции, при условии, что партнеры не прекращали пользоваться этим методом по каким-либо иным причинам. Оценки вероятности наступления беременности в течение первого года применения таких методов, как спермициды, прерванный половой акт, периодическое воздержание, диафрагма, мужские презервативы, противозачаточные таблетки и медроксипрогестерона ацетат пролонгированного действия (МОПАПД Деро-Провера), взяты из материалов Национального обследования роста состава семей, проведенного в 1995 г., (1995 National Survey of Family Growth) с поправкой на неучтенные случаи аборта происхождение приводимых оценок по остальным методам см. в вышеуказанном источнике (Trussell J, 2004).

Процент случайных беременностей среди пар в течение первого года после начала использования того или иного метода контрацепции (необязательно впервые) при *полном* соблюдении требований по его применению (регулярность и правильность), при условии, что партнеры не прекращали пользоваться этим методом по каким-либо иным причинам. Происхождение представленных оценок по каждому из методов см. в вышеуказанном источнике (Trussell J, 2004).

Процент продолжающих применение того или иного метода на протяжении одного года среди пар, стремящихся избежать беременности.

Показатели по количеству случаев наступления беременности, представленные в колонках (2) и (3), основаны на статистических данных, касающихся тех категорий населения, где не принято использовать средства предохранения, а также женщин, которые прекратили применение контрацептивов для того, чтобы забеременеть. Среди таких категорий населения беременность наступает в течение 1 года примерно у 89% женщин. Эта оценка было слегка скорректирована в сторону уменьшения (до 85%) с учетом той доли женщин, которые забеременеют в течение 1 года, из числа тех, кто в настоящее время используют обратимые методы контрацепции - в том случае, если они решат полностью отказаться от контрацепции.

Пенки, кремы, гели, вагинальные суппозитории и вагинальные пленки.

Метод шеечной слизи (при овуляции), дополняемый календарным методом на доовуляционной стадии и измерением базальной температуры на постовуляционной стадии.

Со спермицидным кремом или желе. Без спермицидов.

Однако для обеспечения эффективной защиты от беременности следует использовать другой метод контрацепции сразу после восстановления менструации, сокращения частоты или продолжительности кормления грудью, начала перехода на искусственное питание или при достижении ребенком 6-месячного возраста.

1.7. Факторы повышенного риска при незапланированной беременности

Женщины, страдающие определенными заболеваниями, при которых беременность, может быть связана с недопустимым риском для здоровья, должны быть проконсультированы относительно того, что применение только барьерных или поведенческих методов контрацепции вероятно является не самым подходящим для них вариантом ввиду относительно высокого уровня неудачных исходов в случае нерегулярного их использования. Эти заболевания перечислены ниже.

Заболевания, при которых наступление незапланированной беременности подвергает женщину повышенному риску

Рак молочной железы
Осложненные поражения клапанов сердца
Диабет: инсулино-зависимый; с нефропатией/ретинопатией/нейропатией или другими заболеваниями сосудов; либо продолжающийся > 20 лет
Рак эндометрия или яичников
Высокое артериальное давление (систолическое > 160 мм рт ст или диастолическое > 100 мм рт ст)¹
ВИЧ/СПИД
Ишемическая болезнь сердца
Злокачественные гестационные болезни трофобласта
Злокачественные опухоли печени (гепатома)
Шистосомоз с фиброзом печени
Тяжелый (декомпенсированный) цирроз
Серповидно-клеточная анемия
ИППП*
Инсульт
Тромбогенные мутации
Туберкулез

1.8. Восстановление фертильности

Применение методов контрацепции, за исключением мужской и женской стерилизации, не приводит к необратимой потере способности к зачатию. При использовании любого метода контрацепции восстановление фертильности происходит немедленно после отказа от данного метода (кроме методов, связанных с применением МОПАПД и НЭЭ, когда восстановление фертильности происходит в среднем через 10 и 6 месяцев, соответственно, с момента получения последней инъекции препарата - вне зависимости от продолжительности пользования данным методом до этого). Мужскую и женскую стерилизацию следует рассматривать как метод, приводящий к постоянному бесплодию, и все индивидуумы и пары, намеревающиеся его использовать, должны получить соответствующую консультацию. Никакие другие методы контрацепции не влекут за собой постоянного бесплодия.

¹ Здесь и далее в документе артериальное давление измеряется в мм ртутного столба. Для преобразования показаний давления 8 кПа следует умножить приводимые значения на 0.1333. Например, 120/80 мм рт ст = 16.0/10.7 кПа.

* Настоятельно рекомендуется двойная защита для предупреждения заражения ВИЧ/СПИД и других ИППП в случае, если существует риск передачи инфекций. Такая защита может быть обеспечена путем одновременного применения презервативов и других методов контрацепции или регулярного и правильного использования одних только презервативов.

1.9. ИППП и контрацепция: двойная защита

В то время как разработка международных норм в области контрацепции является необходимой предпосылкой высокого качества медицинских услуг, в то же время, работа в данном направлении должна вестись с учетом социальных, культурных и поведенческих характеристик клиента в каждом конкретном случае. В этом смысле особого внимания заслуживает опасность заражения ИППП, включая ВИЧ-инфицирование, ввиду одинаково высокой значимости таких вопросов как предупреждение беременности и профилактика инфицирования. При наличии высокого риска заражения ВИЧ-инфекцией настоятельно рекомендуется прибегать к двойной защите - либо посредством использования презерватива в комбинации с другим методом контрацепции, либо путем систематического и правильного использования презерватива в качестве самостоятельного средства - в целях одновременного предупреждения беременности и профилактики инфекции. Как женщинам, так и мужчинам, обращающимся к врачу за помощью в выборе метода контрацепции, следует обязательно напоминать об эффективности барьерного метода контрацепции (презервативов) в предупреждении передачи ИППП/ВИЧ и всячески способствовать широкому использованию данного метода. Мужские латексные презервативы зарекомендовали себя как надежное средство профилактики ИППП/ВИЧ при условии их регулярного и правильного использования.

1.10. Метод работы

Настоящий документ опирается на результаты работы, которая была начата в 1994 г. и завершилась в 1996 г. публикацией документа *«Расширение доступа к качественным услугам в области планирования семьи. Медицинские критерии допустимости применения средств контрацепции»*. На первоначальном этапе, который преследовал цель выработки консенсуса по соответствующим критериям допустимости использования существующих методов контрацепции, ряд учреждений и организаций провели совместную работу по всестороннему анализу эпидемиологических и клинических доказательных фактов, имеющих касательство к медицинским критериям вышеуказанного характера. В ходе этой работы производилось сравнение критериев допустимости использования средств контрацепции, применяемых отдельными учреждениями в своей практической деятельности, подготовка обзорных версий публикуемой медицинской и эпидемиологической литературы, имеющей отношение к медицинским критериям допустимости, а также разработка проекта классификации для последующего рассмотрения расширенным составом группы экспертов и представителями соответствующих учреждений. В марте 1994 г. и мае 1995 г. состоялись совещания экспертов Рабочей группы, в ходе которых проводился анализ исходных классификаций, а также разработка рекомендаций. Отчет о результатах работы этих двух совещаний вышел в свет в 1996 г.

Первая редакция документа, опубликованного в 1996 г., была осуществлена с учетом рекомендаций, выработанных в ходе совещания Рабочей группы, которое состоялось под эгидой ВОЗ 8-10 марта 2000 г. В работе совещания приняли участие 32 делегата из 17 стран мира, включая представителей целого ряда учреждений и организаций. Рабочая группа провела анализ новых доказательных фактов, накопившихся за период с 1994-1995 гг. (время проведения последних совещаний Рабочей группы). Эти доказательные факты были получены, главным образом, в результате систематического обзора новейшей медицинской литературы, преследовавшего цель выявления и систематизации новых доказательных фактов, имеющих отношение к медицинским критериям приемлемости использования методов контрацепции.

Третья редакция документа вобрала в себя рекомендации, выработанные в ходе совещания Рабочей группы, которое состоялось под эгидой ВОЗ 21-24 октября 2003 г. В работе совещания приняли участие 36 делегатов из 18 стран мира. В состав Рабочей группы вошли международные эксперты в области планирования семьи, включая клиницистов, эпидемиологов, организаторов здравоохранения, руководителей программ, специалистов по выявлению и систематизации доказательных фактов, а также работников здравоохранения,

являющихся практическими пользователями документа. Координировать работу над 3-ей редакцией документа было поручено специально сформированному для этой цели Организационному комитету. Членов Рабочей группы попросили указать на какое-либо столкновение интересов, если таковое существовало. Конфликта интересов по какому-либо вопросу обозначено членами Рабочей группы обозначено не было.

Используя систему непрерывного выявления новых доказательных фактов (the Continuous Identification of Research Evidence или CIRE, www.infoforhealth.org/cire/cire_pub.pl), ВОЗ определила текущий перечень из 151 рекомендации, для которых были накоплены доказательные факты с момента выхода в свет второй редакции документа. Помимо этого, ВОЗ приняла решение подготовить рекомендации дополнительно по трем состояниям и трем новым методам контрацепции и включить их в 3-е издание. В ходе работы проводился систематический анализ всего объема доказательных фактов, имеющих касательство к упомянутой 151 рекомендации, а также к вновь включенным состояниям и методам контрацепции. Систематическое и комплексное изучение библиографических баз данных (включая MEDLINE), которое проводилось в августе 2003 г., позволило составить полный перечень научных работ, посвященных вопросу использования методов контрацепции при наличии определенных состояний (например, риск развития инсульта при использовании КОК у женщин, страдающих мигренью). Целью упомянутого систематического обзора являлось обнаружение прямых доказательств допустимости применения методов контрацепции при наличии тех или иных факторов риска. Подкрепление рекомендаций непрямыми доказательными фактами или теоретическими обоснованиями осуществлялось в тех случаях, когда прямые указания на допустимость использования метода на фоне конкретного состояния отсутствовали. Надежность и качество доказательных фактов классифицировались в соответствии с системой Уровней оценки, разработки и определения рекомендации (Grades of Recommendation Assessment, Development, and Evaluation [GRADE] system, www.gradeworkinggroup.org). Классификация доказательных фактов представлялась вниманию экспертов Рабочей группы при рассмотрении каждой конкретной рекомендации. Вопросы стоимости рассматривались в первую очередь в свете наличия и доступности услуг по планированию семьи, а также препятствий, которые могут возникнуть в связи с ограниченностью ресурсов. Программное значение рекомендаций также анализировалось экспертами Рабочей группы. При разработке рекомендаций основное внимание уделялось вопросам безопасности применения методов контрацепции, и эти вопросы рассматривались в плане их практической применимости при различном наборе обстоятельств.

При работе с большей частью рекомендаций (метод/комбинации состояний) приходилось опираться на достаточно ограниченный перечень исследований, касающихся вопросов использования конкретного метода контрацепции на фоне тех или иных состояний здоровья. Таким образом, во многих случаях решение по критериям приемлемости с использованием доказательных фактов приходилось принимать путем экстраполяции результатов исследований, в которых участвовали в основном здоровые женщины, а также с учетом мнения специалистов в данной области. Объем доказательных фактов был особенно ограниченным, когда речь шла о более новых средствах контрацепции или методах не имеющих широкого распространения. Вся совокупность доказательных фактов анализирующихся Рабочей группой включала:

- доказательные факты, полученные в ходе направленных исследований при наблюдении за результатами непользования конкретного метода контрацепции женщинами (или мужчинами) на фоне того или иного состояния;
- доказательные факты, полученные по результатам использования конкретного метода контрацепции женщинами (мужчинами) на фоне полного здоровья;
- не прямые свидетельства или теоретические опасения, основанные на результатах соответствующих опытов на животных, изучения реакции человеческого организма на применение противозачаточных средств в лабораторных условиях или проведения аналогичных опытов в условиях клиники.

В тех случаях, когда Рабочая группа проводила систематический обзор доказательных фактов в процессе формулировки конкретных рекомендаций, такие доказательные факты включались в документ вместе с соответствующей рекомендацией. Рекомендации, не сопровождающиеся доказательными фактами, основывались на мнении специалистов и/или фактических данных, полученных из источников, не вошедших в перечень литературы для систематического обзора. Как отмечается ниже, более 1000 рекомендаций, включенных в содержание настоящего документа, не претерпели никаких изменений с момента первой публикации. Доказательные факты, использовавшиеся в процессе работы над первым изданием, были предоставлены Рабочей группе в 1994-1995 гг. в виде серии исходных документов, подготовленных специально для этой цели.

В состав второго издания документа были включены 1278 рекомендаций, которые нашли широкое практическое применение во всем мире. Соответственно, позиция ВОЗ состоит в том, что любые изменения в формулировке упомянутых рекомендаций должны основываться на новых доказательных фактах, за исключением тех случаев, когда имеются веские причины отклониться от данного принципа. На заседании Организационной группы по разработке практического руководства, которое состоялось 21 октября 2003 г., было внесено предложение, чтобы Рабочая группа брала на рассмотрение только те рекомендации из 2-го издания документа, по которым имелись новые доказательные факты либо существовали неотразимые доводы в пользу внесения изменений в формулировку конкретной рекомендации. В ходе заседания, которое состоялось на следующий день, 22 октября 2003 г., Рабочая группа согласилась с данным предложением и сосредоточила свою дальнейшую работу на анализе 151 рекомендации, которые отвечали вышеперечисленным требованиям, а также трех дополнительных состояний и трех новых методов контрацепции.

Рабочей группе было поручено определить критерии приемлемости для каждого состояния и метода контрацепции путем распределения их по соответствующим категориям (от 1-й до 4-й см. ниже). Если эксперты Рабочей группы считали, что помимо указания категории требовалось дополнительное пояснение, то в таких случаях такая дополнительная информация приводилась под заголовком «Пояснение». Если при разработке рекомендации использовались новые доказательные факты, такие данные приводились в обобщенном виде под заголовком «Доказательные факты» в колонке «Пояснения/Доказательные факты». Помимо пояснений и доказательных фактов в конце каждого раздела, посвященного конкретному методу контрацепции, приводятся также соответствующие примечания Секретариата.

Окончательный перечень из 1705 рекомендаций был единогласно принят членами Организационно-координационной группы и Рабочей группы на заключительном совещании, состоявшемся 24 октября 2003 г.

1.11. Как пользоваться настоящим документом

Настоящий документ адресован организаторам здравоохранения, руководителям проектов по планированию семьи и научным работникам. Документ призван служить ориентиром при разработке руководящих принципов предоставления услуг в области контрацепции в рамках национальных программ по планированию семьи и охране репродуктивного здоровья, и должен рассматриваться не в качестве практического руководства, а скорее как справочное пособие.

Руководящие принципы, изложенные в настоящем документе, предназначены для использования при осуществлении мероприятий на национальном уровне и на уровне отдельных программ в адаптированном виде, отражающем специфику различных обстоятельств и условий, в которых предоставляются услуги по планированию семьи. В то время как само определение категорий вряд ли претерпит какие-либо изменения в ходе этого процесса, более чем вероятно, что практическое применение категорий на уровне конкретной страны будет иметь свои особенности. В частности, это будет определяться уровнем клинических знаний и опыта поставщиков медицинских услуг различного профиля,

а также количества ресурсов, имеющихся в распоряжении медицинского персонала на местах.

Пользование таблицами

Рабочая группа провела анализ медицинских критериев для инициирования и продолжения использования каждого из методов контрацепции, рассматриваемого в рамках настоящего документа. Вопрос о целесообразности продолжения использования метода контрацепции приобретает клиническую значимость в каждом случае, когда у женщины развивается то или иное состояние в процессе пользования данным методом. Когда, по мнению группы, категории инициации и продолжения существенно различались друг от друга, такая разница обозначалась в колонках «И = Инициирование» и «П = Продолжение». Отсутствие особой отметки в данных колонках говорит о том, что начало и продолжение использования метода контрацепции отнесены к одной и той же категории.

Будучи определенными на основании вышеописанной системы классификации, критерии допустимости начала и продолжения использования конкретного метода контрацепции представлены в настоящем документе в виде ряда таблиц. В первой колонке указаны состояния. Некоторые состояния были разделены на вспомогательные элементы в целях проведения различия между степенями тяжести этих состояний. Во второй колонке указывается принадлежность состояний инициирования и/или продолжения к одной из четырех категорий, описание которых дается ниже. При необходимости, в третьей колонке приводится пояснение или доказательные факты по соответствующей классификации (см. выше).

В конце документа приводится таблица медицинских критериев допустимости использования гормональных методов контрацепции и ВМС с разбивкой по отдельным состояниям. Краткая сводка состояний и категорий, которые подверглись пересмотру в настоящей редакции документа, приводится в конце данного раздела.

ВИД КОНТРАЦЕПТИВА		
СОСТОЯНИЕ	Категория инициация Продолжение	ПОЯСНЕНИЕ/ ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
Состояние	Состояния относятся к категориям с 1 по 4 Категории для методов, основанных на отслеживании фертильности, методов хирургической стерилизации указываются в начале соответствующих разделов.	Пояснения и доказательные факты, касающиеся классификации соответствующих состояний и методов.

«Н/П» означает состояние, категория которого не была определена Рабочей группой, но для которого имеется соответствующее пояснение.

Классификация категорий

Медицинские критерии допустимости, о которых идет речь в настоящем документе, были разработаны с использованием вышеописанного метода работы и призваны обеспечить необходимый резерв безопасности при использовании методов контрацепции.

Каждое состояние определялось как отображение индивидуальных характеристик конкретного лица (например, возраст, акушерский анамнез и т.д.) либо установленных существующих медицинских/патологических состояний (например, диабет, артериальная гипертония). Предполагается, что особенности национальных и институциональных условий для оказания медицинских услуг будут определять выбор наиболее подходящих методов скрининга состояний в соответствии со степенью их значимости для здоровья населения в конкретной стране. Изучение анамнеза клиента будет во многих случаях являться наиболее адекватным подходом.

Состояния, которые влияли на допустимость применения каждого отдельного метода контрацепции, относились к одной из перечисленных ниже категорий:

1. Состояние, при котором нет никаких противопоказаний к использованию данного метода контрацепции.
2. Состояние, при котором ожидаемая польза от применения данного метода контрацепции в целом превосходит теоретические или доказанные риски.
3. Состояние, при котором теоретические или доказанные риски в целом превосходят ожидаемую пользу от применения данного метода контрацепции.
4. Состояние, при котором использование данного метода контрацепции абсолютно противопоказано.

Использование шкалы категорий на практике

Формулировка значения категорий «1» и «4» не нуждается в дополнительном пояснении. Если какой-либо метод/состояние относятся к категории «2», то это означает, что данный метод контрацепции допускается использовать, однако при этом может потребоваться тщательный контроль со стороны врача. Однако рекомендовать использование метода женщине, чье состояние классифицируется как категория «3», можно только после тщательного клинического обследования и при наличии доступа к соответствующим медицинским услугам; при этом необходимо учитывать тяжесть состояния, а также наличие, практическую целесообразность и приемлемость альтернативных методов контрацепции. Принадлежность метода/состояния к категории «3» означает, что данный метод не рекомендуется использовать, за исключением тех ситуаций, когда более подходящие; средства контрацепции являются недоступными или их использование является неприемлемым для клиента. При этом состояние здоровья клиента должно находиться под особым присмотром.

В тех случаях, когда проведение клинического обследования в надлежащем объеме является невозможным (например, в условиях сельской местности), система классификации, состоящая из четырех категорий, может быть упрощена с оставлением только двух категорий. При этом принадлежность состояния к категории «3» будет означать, что использование данного метода контрацепции данной женщиной недопустимо по причинам медицинского характера.

КАТЕГОРИЯ	КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРОВЕДЕНО В ПОЛНОМ ОБЪЕМЕ	ПРОВЕСТИ КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ В ПОЛНОМ ОБЪЕМЕ НЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТСЯ ВОЗМОЖНЫМ
1	Использование метода допускается при любых обстоятельствах	Да (метод допускается использовать)
2	В большинстве случаев нет противопоказаний к использованию метода	
3	Использовать метод, как правило, не рекомендуется, за исключением тех случаев, когда более подходящее средство контрацепции или его использование является неприемлемым для клиента	Нет (использовать метод не рекомендуется)
4	Использование метода абсолютно противопоказано	

1.12. Программные вопросы

Перечень программных вопросов, требующих особого внимания, включает:

- Обеспечение выбора в пользу того или иного средства контрацепции на основе полной информации.
- Составляющие качества предоставляемых медицинских услуг
- Основные процедуры скрининга, осуществляемого в процессе оказания услуг по планированию семьи
- Обучение медицинского персонала и повышение квалификации
- Направление к специалисту и контроль надлежащего применения средств контрацепции

Говоря о применимости практических рекомендаций в рамках соответствующих программ, необходимо отметить, что методы оказания услуг, играющие неотъемлемую роль в обеспечении надлежащего применения средств контрацепции, существенно отличаются от методов, предназначение которых заключается и в обеспечении высокого качества медицинских услуг, но которые не имеют непосредственного отношения к использованию методов контрацепции. Пропаганда методов обеспечения высокого качества медицинского обслуживания, не имеющих отношения к безопасному и надлежащему использованию средств контрацепции, не должна рассматриваться ни как обязательное требование, ни как препятствие к применению конкретного метода контрацепции, а скорее как взаимодополняющий элемент такого метода.

Следующий этап предусматривает адаптацию рекомендаций, включенных в состав настоящего документа, с тем, чтобы обеспечить возможность их использования на практике медицинскими работниками на всех уровнях системы оказания услуг в области контрацепции. Каждая страна должна будет решить для себя, насколько широкой будет сфера охвата и какими путями можно будет обеспечить наличие услуг по планированию семьи в более отдаленных регионах. Решение такой задачи может осуществляться посредством повышения квалификации персонала и модернизации существующей инфраструктуры (при наличии соответствующих ресурсов), либо может потребовать дополнительного обучения определенных категорий медицинского персонала навыкам оказания услуг в области планирования семьи, либо незначительного усиления материально-технической базы соответствующих лечебных учреждений и более оптимального использования имеющегося полезного пространства. Помимо этого, работа в данном направлении может быть связана с коррекцией неверных представлений о рисках и побочных эффектах методов контрацепции, а также с проведением тщательного анализа потребностей и планов на будущее женщин и мужчин в контексте свободы выбора на основе полной информации.

1.13 Клиенты с особыми потребностями

Медицинские критерии приемлемости охватывают и такую область, как использование средств контрацепции лицами со специфическими состояниями. Вопрос использования противозачаточных средств требует особо тщательного анализа в каждом конкретном случае, когда речь идет о клиентах с особыми потребностями. В эту категорию входят лица с физическими недостатками (инвалиды). При принятии решения в пользу того или иного метода контрацепции необходимо принимать во внимание характер инвалидности, пожелания клиента, а также основные свойства метода. Решение должно приниматься на основе полной информации. Аналогичный подход должен применяться в отношении лиц с психическими расстройствами, а также страдающих серьезными психическими заболеваниями. В тех случаях, когда состояние умственного/психического здоровья клиента исключает возможность принятия им решения на основе полной информации, выбор метода контрацепции должен осуществляться только после консультации со всеми за-

интересованными сторонами, включая опекунов данного лица. При принятии решения о выборе метода контрацепции должны соблюдаться репродуктивные права человека.

Подростки

В принципе, подростки могут использовать любой метод контрацепции и должны иметь большую свободу выбора и в данном отношении. Сам по себе возраст не является достаточным основанием для лишения подростков доступа к тому или иному методу контрацепции. В то время как некоторые специалисты выражают сомнение по поводу допустимости использования определенных противозачаточных средств (например, использования инъекционных контрацептивов прогестогенового ряда лицами в возрасте до 18 лет) подростками, такие сомнения должны сопоставляться с потенциально положительным эффектом, связанным с предупреждением ранней беременности. Очевидно, что многие рекомендации по правильному пользованию методами контрацепции, которые предназначены для лиц зрелого возраста, применимы также в отношении подростков. Социальные и поведенческие факторы играют важную роль в выборе и практическом применении методов контрацепции лицами несовершеннолетнего возраста. К примеру, в определенной среде существования подростки могут подвергаться высокому риску заражения ИППП, включая ВИЧ-инфекцию. В то время как подростки имеют право выбирать любой доступный для широкого пользования метод контрацепции, в некоторых случаях может быть целесообразным использование методов, не требующих ежедневного приема препарата. Подростки (как состоящие в браке, так и живущие вне его) хуже переносят побочные эффекты при приеме контрацептивов, нежели взрослые, что, соответственно, приводит к высокой частоте отказов от регулярного использования метода. На выбор и использование методов контрацепции подростками могут также влиять такие обстоятельства как нерегулярный характер половой жизни, а также необходимость скрывать от окружающих факт наличия сексуальных отношений и пользования противозачаточными средствами. К примеру, контрацептивные потребности сексуально активных подростков, не состоящих в браке, существенно разнятся от потребностей, характерных для несовершеннолетних супружеских пар, которые хотели бы отсрочить срок наступления первой беременности, установить определенный временной промежуток между родами или ограничить количество детей в семье. Расширение имеющегося диапазона противозачаточных средств может иметь своим результатом более высокий уровень удовлетворенности пользователей и обеспечить большую популярность и признание методов контрацепции. Надлежащее проведение разъяснительной работы и врачебное консультирование, как на предварительном этапе, так и непосредственно в момент выбора конкретного метода контрацепции, может оказать подросткам существенную помощь в решении характерных проблем, стоящих перед лицами этой возрастной группы, и дать им возможность осознанного и добровольного выбора. Необходимо принимать все возможные меры для того, чтобы стоимость услуг по планированию семьи и непосредственно средств контрацепции не оказывали ограничивающего влияния на свободу выбора методов контрацепции.

1.14 Краткая сводка изменений, отраженных в третьей редакции документа (в сравнении со вторым изданием)

Краткая сводка изменений, внесенных в существующую классификацию, а также существенных изменений формулировок состояний приводится в Таблице.

По мере необходимости, содержание настоящего документа будет подвергаться соответствующему обновлению и дополнению с учетом новейших доказательных фактов и результатов научных исследований.

СВОДНЫЕ ТАБЛИЦЫ									
Состояние	КОК	КИК	ПТП	МОПАПД/ НЭЭ	ЛНГ/ЭТГ	СУ-ВМС	ЛНГ-ВМЕ		
							1	2	3
И = Инициация. П = Продолжение									
ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ									
ОЖИРЕНИЕ Индекс массы тела (ИМТ) > 30 кг/м	2	2	1	1	1	1	1	1	1
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ									
ВЫЯВЛЕННЫЕ ТРОМБОГЕННЫЕ МУТАЦИИ (например, фактор V Лейдена; протромбиновая мутация; недостаточность протеина S, протеина C и антитромбина)	4	4	2	2	2	1	1	2	2
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА									
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ИНФЕКЦИИ И РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОГО ТРАКТА									
ФИБРОМЫ МАТКИ									
a) Без изменения полости матки	1	1	1	1	1	1	1	1	1
b) С изменением полости матки	1	1	1	1	1	4	4	4	4
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)									
ВЗОМТ в анамнезе (предполагая, что в настоящем факторов риска ИППП не установлено)									
(i) с последующей беременностью	1	1	1	1	1	1	1	1	1
(ii) без последующей беременности	1	1	1	1	1	2	2	2	2
b) ВЗОМТ - в настоящее время	1	1	1	1	1	4	2	4	2
ИППП									
a) Гнойный цервицит, хламидиоз или гонорея в настоящее время	1	1	1	1	1	4	2	A	2
Другие ИППП (за исключением ОИ'1 инфекции и гепатита)	1	1	1	1	1	2	7	2	2
b) Вагинит (включая вагинальный трихомоноз и бактериальный вагиноз)	1	1	1	1	1	2	2	1	2
d) повышенный риск ИППП	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
ВИЧ/СПИД									
ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ ИНФИЦИРОВАНИЯ	1	1	1	1	1	2	7	2	2
HIV-INFECTED	1	1	1	1	1	2	7	2	2
AIDS	1	1	1	1	1	3	2	1	2
Эффективная антиретровирусная терапия	1	2	2	2	2	2		2	2
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ									
ПРЕПАРАТЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФЕРМЕНТЫ ПЕЧЕНИ									
Рифампицин	3	2	3	2	3	1		1	
Противосудорожные средства (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, голирамат, окскарбазепин)	3	2	3	2	1	1		1	
АНТИБИОТИКИ (исключая рифампицин)									
Гризеофульвин	2	1	2	1	2	1		1	
Другие антибиотики	1	1	1	1	1	1		1	
АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ	2	2	2	2	2	2/3		2/3	

Помимо этого, был внесен ряд следующих изменений, которые не вошли в сводную таблицу:

1. Противозачаточный пластырь, влагалищное кольцо и этоногестрел высвобождающие имплантаты

Добавлены три новых средства контрацепции (противозачаточный пластырь, влагалищное кольцо и этоногестрел высвобождающие имплантаты). Хотя противозачаточный пластырь и влагалищные кольца отнесены к группе КИК, они находятся в одной категории с КОК.

Этоногестрел высвобождающие имплантаты отнесены к одной и той же группе и имеют ту же категориальную принадлежность, что и левоноргестрел высвобождающие имплантаты.

2. Барьерные методы

При таких состояниях как высокий риск ВИЧ-инфицирования, наличие ВИЧ-инфекции и СПИД использование спермицидов относится к категории «4».

При таких состояниях как высокий риск ВИЧ-инфицирования, наличие ВИЧ-инфекции и СПИД использование диафрагм со спермицидными веществами относится к категории «3».

3. Хирургическая стерилизация женщин

Выявленные тромбогенные мутации (например, фактор V Лейдена; протромбиновая мутация; недостаточность протеина S, протеина C и антитромбина) определены в качестве дополнительного фактора, который необходимо учитывать при принятии решения о проведении хирургической стерилизации лиц женского пола, и относятся к категории «А».

Депрессивные расстройства определены в качестве дополнительного фактора, который необходимо учитывать при принятии решения о проведении хирургической стерилизации лиц женского пола, и относятся к категории «С».

При принятии решения о проведении хирургической стерилизации лиц женского пола ИППП (кроме ВИЧ-инфекции и гепатита) относятся к категории «А».

При принятии решения о проведении хирургической стерилизации лиц женского пола наличие в анамнезе хирургического вмешательства на органах брюшной полости или малого таза относится к категории «С».

4. Хирургическая стерилизация мужчин

Молодой возраст определен в качестве дополнительного фактора, который необходимо учитывать при принятии решения о проведении хирургической стерилизации лиц мужского пола, и относится к категории «С».

Депрессивные расстройства определены в качестве дополнительного фактора, который необходимо учитывать при принятии решения о проведении хирургической стерилизации лиц мужского пола, и относятся к категории «С».

1.15 Методы и средства контрацепции

1.15.1 Низкодозированные оральные контрацептивы

НИЗКОДОЗИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КОК) < 35 нанограмм этинилэстрадиола	КОК не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.	
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И= Инициация, П= продолжение	ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ		
БЕРЕМЕННОСТЬ	Неприменимо (Н/П)	Пояснение: Использование КОК не требуется, в литературе не имеется каких-либо указаний на вредное воздействие КОК, а здоровье женщины и плода или на течение беременности при случайном употреблении КОК в этот период.

ВОЗРАСТ		
a) от менархе до 40 лет	1	
b) > 40 лет	2	
РОДЫ		
a) Ранее не рожавшие	1	
b) Рожавшие	1	
КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ		
a) первые 6 недель после родов	4	
b) от 6 недель до 6 месяцев после родов (при условии, что ребенок находится в основном на грудном вскармливании)	3	
c) более 6 месяцев после родов	2	
ПОСЛЕ РОДОВ (у не кормящих грудью женщин)		
ПОСЛЕ АБОРТА		
a) Первый триместр	1	Пояснение: Начинать прием КОК можно сразу после аборта.
b) Второй триместр	1	
c) Сразу после септического аборта	1	
ПОСЛЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ		
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА В АНАМНЕЗЕ		
КУРЕНИЕ		
a) Возраст < 35 лет	2	Доказательные факты: При использовании КОК курение является фактором повышенного риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, в особенности, инфаркта миокарда. Исследования также показали, что риск развития инфаркта миокарда возрастал с увеличением количества сигарет, выкуриваемых в течение одного дня.
b) Возраст > 35 лет		
(i) < 15 сигарет в день	3	
(ii) > 15 сигарет в день	4	
Ожирение Индекс массы тела (ИМТ) > 10 кг/м ²	2	Доказательные факты: Исследования показали, что женщины с избыточным весом, использующие в качестве противозачаточного средства КОК, подверглись повышенному риску ВЕТ в сравнении с женщинами, не пользовавшимися КОК. Абсолютный риск, УТЕ оставался низким. Количество данных о влиянии избыточного веса на эффективность КОК на настоящий момент ограничено.
Невозможность определения артериального давления	Н/П	Пояснение: Перед началом применения КОК желательно определить артериальное давление в динамике. Однако в определенных ситуациях определить артериальное давление нет возможности. В условиях, когда высок риск заболеваемости и смертности беременных, КОК представляют собой один из немногих доступных методов контрацепции. При таких обстоятельствах женщине не следует отказываться в назначении КОК только потому, что ей нельзя измерить артериальное давление.

СОСТОЯНИЕ	Категория Инициация Продолжение	ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
МНОЖЕСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (такие, как немолодой возраст курение, диабет и гипертония)	3\4	Пояснение: Когда у женщины наблюдается сочетание нескольких факторов риска, каждый из которых может значительно увеличивать риск сердечно-сосудистых заболеваний, применение КИК, КП и ВК может еще более увеличить этот риск до недопустимого уровня. Однако, увеличение порядка категории при множественных факторах риска не обязательно; например, комбинация двух факторов риска, относящихся ко 2-й категории, не всегда означает, что пациентка должна быть автоматически переведена в группу риска более высокого порядка.
ГИПЕРТЕНЗИЯ		
Для всей категории гипертонии в основе классификации лежит предположение об отсутствии других факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. В случае же когда существует много факторов риска, опасность сердечно-сосудистого заболевания может существенно возрасти. Однократного измерения артериального давления недостаточно для того, чтобы отнести женщину к категории гипертоников.		
а) В анамнезе гипертония, при которой артериальное давление не может быть измерено (включая гипертонию во время беременности)	3	Пояснение: Рекомендуется как можно скорее узнать причину и степень гипертонии
б) Адекватно контролируемая гипертония, когда артериальное давление МОЖНО измерить	3	Пояснение: Женщины, получающие адекватную терапию по поводу гипертонической болезни, подвержены меньшему риску острого инфаркта миокарда и инсульта по сравнению с женщинами, не получающими такого лечения. Хотя статистических данных на этот счет нет, среди женщин, страдающих гипертонией, которые применяют КИК, КП или ВК, риск острого инфаркта миокарда и инсульта также должен быть ниже у тех, которые находятся под соответствующим медицинским контролем.
с) Повышенное артериальное давление (правильно измеренное) (i) систолическое 140-159 или диастолическое 90-99 (ii) систолическое >160 или диастолическое >100	3 4 3 4 3 4	Доказательные факты: Исследования показали, что пользователи КОК, страдающие артериальной гипертонией, подвергаются повышенному риску развития инсульта, острого инфаркта миокарда и заболевания периферийных сосудов, в сравнении с женщинами, не пользующимися данным контрацептивом.
d) Заболевания сосудов	4 A 4	

ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ (когда артериальное давление можно измерить и в данный момент оно находится в норме)	2	Доказательные факты: исследования показали, что женщины использующие в качестве противозачаточного средства КОК и имеющие в анамнезе повышение артериального давления во время беременности, подвергались повышенному риску развития инфаркта миокарда и венозного тромбоза в сравнении с пользователями КОК, у которых беременность протекала без повышения артериального давления. Абсолютный риск развития острого инфаркта миокарда и венозного тромбоза в данной группе оставался низким.
ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ) /ЛЕГОЧНАЯ ЭМБОЛИЯ (ЛЭ)*		
а) ТГВ/ЛЭ в анамнезе	4	
	4	
б) ТГВ/ЛЭ в настоящее время	4	
	4	
с) Семейный анамнез ТГВ/ЛЭ (у ближайших (X) дет вен ни кое)	2	
д) Радикальная хирургия		
(i) с длительной иммобилизацией	4	
(ii) без длительной иммобилизации	2	
С) «Малая» хирургия без иммобилизации	1	
ВЫЯВЛЕННЫЕ ТРОМБОГЕННЫЕ МУТАЦИИ (например, фактор V Лейдена; протромбиновая мутация; недостаточность протеина S, протеина C и антитромбина)	4	Пояснение: Регулярный скрининг нецелесообразен из-за редкости подобных случаев и высокой стоимости процедуры
ТРОМБОЗ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН*		
а) Варикоз вен	1	
б) Поверхностный тромбоз вен	2	
Ишемическая болезнь сердца сейчас и ранее	4	
Инсульт (инсульт в анамнезе)	4	
Установленные гиперлипидемии	2\3	Пояснение: Регулярный скрининг нецелесообразен из-за редкости подобных случаев и высокой стоимости процедуры. В то время как некоторые виды гиперлипидемии входят в группу риска развития сосудистых заболеваний, данная категория должна оцениваться на основании конкретного вида гиперлипидемии, тяжести наличия других факторов риска по сердечно сосудистым заболеваниям.
ПОРАЖЕНИЯ КЛАПАНОВ СЕРДЦА		

а) без осложнений	2		
б) с осложнениями (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе)	4		
СОСТОЯНИЕ	Категория Инициация Продолжение	ПОЯСНЕНИЯ /ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ	
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ			
ГОЛОВНЫЕ БОЛИ	1		
а) немигренозные (средние или сильные)	1	2	Пояснение: Классификация зависит от точного диагноза сильных головных болей, связанных или не связанных с мигренью; следует выяснить причину любых новых головных болей или значительных изменений в характере прежних головных болей. Данная классификация предусмотрена для женщин, не имеющих каких-либо иных факторов риска инсульта. Уровень риска инсульта повышается с возрастом, при наличии гипертензии и при курении.
б) мигрень	2	3	Доказательные факты: 8 группе женщин, страдающих от мигрени, сопутствующее наличие ауры являлось признаком повышенного риска развития инсульта в сравнении со случаями, когда аура отсутствовала 52-54. Также, исследования показали, что женщины из этой группы, использовавшие в качестве контрацептива КОК, подвергались риску инсульта, который был в 2-4 раза выше, чем у женщин, не использовавших данный метод контрацепции.
(i) без очаговых неврологических симптомов	3	4	
Возраст < 35 Возраст 35	4	4	
(ii) с очаговыми неврологическими симптомами, в любом возрасте			
ЭПИЛЕПСИЯ	1		Пояснение: Если женщина принимает противосудорожные препараты, назначать КОК следует с учетом рекомендаций, содержащихся в главе о лекарственных взаимодействиях. Некоторые противосудорожные препараты способны снижать противозачаточный эффект КОК.
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА			
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	1		Пояснение: Классификация основывается на фактических данных, касающихся женщин с некоторыми видами депрессивных расстройств. Данные по маниакально-депрессивному психозу или послеродовой депрессии отсутствуют. Не исключена возможность лекарственного взаимодействия между определенными антидепрессивными препаратами и гормональными контрацептивами. Доказательные факты: Использование КОК не усугубляло депрессивных симптомов у женщин с депрессивными расстройствами в сравнении с контрольной группой или женщинами с депрессивными состояниями, не использующими КОК в качестве противозачаточного средства.

ИНФЕКЦИИ И РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОГО ТРАКТА		
ХАРАКТЕР ВАГИНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ* а) нерегулярные, без больших кровопотерь б) Обильные или длительные кровотечения (включая регулярные и нерегулярные)	1	Пояснение: Необычайно сильные кровотечения должны вызывать подозрение на наличие серьезной сопутствующей патологии.
НЕОБЪЯСНИМЫЕ ВАГИНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ* (подозрение на серьезное заболевание) До обследования	2	Пояснение: Если подозревается беременность или сопутствующая патология (например, злокачественный процесс в органах малого таза), женщину необходимо полностью обследовать, а категория должна быть определена после обследования.
ЭНДОМЕТРИОЗ*	1	
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ (включая кисту)	1	
ВЫРАЖЕННАЯ ДИСМНОРЕЯ	1	Доказательные факты: Исследования показали, что при дисменорее использование КОК не было связано с повышенным риском возникновения побочных эффектов в сравнении со случаями, когда КОК не использовался.

См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ ИНИЦИАЦИЯ Продолжение	ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
БОЛЕЗНИ ТРОФОБЛАСТА а) Доброкачественные гестационные болезни трофобласта б) Злокачественные гестационные болезни трофобласта	1 1	Доказательные факты: В группе женщин с болезнью рофобласта среднее время нормализации HCG и частота случаев постмолярной болезни трофобласта не зависели от того, использовала ли женщина в качестве противозачаточного средства КОК или нет.
ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ ЭКТРОПИОН*	1	
ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЗПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ (ЦИН)	2	Доказательные факты: Длительное использование ОК (более 5 лет) на фоне хронической ВИЧ-инфекции может увеличивать риск развития преинвазивного внутриэпителиального рака и инвазивной карциномы.
РАК ШЕЙКИ МАТКИ* (в ожидании лечения)	2	
ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ* а) Недиагностированное образование б) Доброкачественное заболевание молочной железы с) Семейный анамнез рака д) Рак молочной железы: (j) в настоящее время (ii) в прошлом и без рецидивов в последние 5 лет	2 1 1 4 3	Пояснение: Диагностика заболеваний должна быть проведена как можно ранее. Доказательные факты: Использование КОК женщинами, в семейном анамнезе которых отмечается рак молочных желез, не приводило к повышенному риску развития рака молочных желез в сравнении с женщинами с аналогичным анамнезом, не использующими КОК. При наличии мутации типа BRCA1, использование КОК может незначительно повышать риск ракового заболевания молочных желез.
РАК ЭНДОМЕТРИЯ*	1	

РАК ЯИЧНИКОВ*	1	
ФИБРОМЫ МАТКИ* а) Без изменения полости матки б) С изменением полости матки	1 1	
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)* а) ВЗОМТ в анамнезе (предполагая, что в настоящем факторов риска ИППП не установлено) i) с последующей беременностью (ii) без последующей беременности б) ВЗОМТ - в настоящее время	1 1 1	

СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ Инициация Предложение	ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
«ИППП» а) Гнойный цервицит, хламидиоз или гонорея в настоящее время б) Другие ИППП (за исключением ВИЧ-инфекции и гепатита) с) Вагинит (включая вагинальный трихомоноз и бактериальный вагиноз) д) Повышенный риск ИППП	1 1 1 1	Доказательные факты: Имеющиеся данные позволяют сделать предположение, что пользователи КОК, подвергающиеся высокому риску заражения ИППП, могут также подвергаться высокому риску развития хламидийного цервицита. Что касается других ИППП, то здесь либо имеются доказательные факты, свидетельствующие об отсутствии связи между использованием КОК и вероятностью заражения ИППП, либо имеется слишком ограниченный объем данных, не позволяющий сделать какое-либо достоверное заключение.
ВИЧ/СПИД		
ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ	1	Доказательные факты: В целом, имеющиеся данные не дают однозначного ответа в отношении того, подвержены ли пользователи КОК повышенному риску заражения ВИЧ-инфекцией в сравнении с женщинами, не пользующимися данным видом контрацептива.
ВИЧ-ПОЗИТИВНЫЕ	1	Доказательные факты: Имеющиеся данные (объем которых пока является ограниченным), позволяют сделать предположение об отсутствии связи между использованием КОК и изменением уровня RNA или количества CD4 в крови носителей ВИЧ-инфекции. Также имеются некоторые свидетельства о нулевой корреляции между использованием КОК и передачей ВИЧ-инфекции от женщины к мужчине. Имеются противоречивые указания на то, что носительницы ВИЧ-инфекции, пользующиеся гормональной контрацепцией, могут служить источником повышенной опасности в плане распространения ВИЧ и вируса простого герпеса (HSV).

СПИД	1	Пояснение: Если женщина проходит курс антиретровирусной (АРВ) терапии, см. раздел по лекарственным взаимодействиям. В силу того, что возможно лекарственное взаимодействие между гормональными контрацептивами и препаратами АРВ, больные СПИДом, получающие АРВ-терапию, классифицируются как категория «2».
ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ		
Шистосомоз	1	Доказательные факты: Использование КОК на фоне неосложненного шистосомоза не оказывало неблагоприятного влияния на функцию печени.
а) Без осложнений	1	
б) Фиброз печени (если выраженный, см. цирроз)	1	
ТУБЕРКУЛЕЗ		
а) Не тазовый	1	Пояснение: Если женщина принимает рифампицин, см. раздел по лекарственным взаимодействиям.
б) Установленный тазовый	1	Рифампицин во многих случаях уменьшает эффективность КОК.
МАЛЯРИЯ	1	

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ ИНИЦИАЦИЯ Продолжение	ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
ДИАБЕТ	1	Пояснение: Категория должна определяться с учетом степени тяжести состояния.
а) Во время беременности	2 2	
б) Без поражения сосудов	3\4	
(i) инсулино-не зависимые	3\4	
(ii) инсулино-зависимые		
с) Нефропатия/ ретинопатия/ нейропатия		
д) Другие сосудистые осложнения или диабет продолжительностью >20 лет		
НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЦИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	1 1 1	
а) Простой зоб в) Гипертиреоз		
с) Гипотиреоз		
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ*	23 32	
а) С клиническими симптомами		
(i) после холецистэктомии		
(ii) после медикаментозного лечения		
(iii) в настоящее время		
в) Бессимптомные		
ХОЛЕСТАЗ АНАМНЕЗИЯ	2 3	
а) Связанные с беременностью		
б) Связанные с применением КОК или КИК		

Заболевания молочных желез

Семейный анамнез рака: Женщины с BRCA1 или BRCA2 имеют гораздо более высокий исходный уровень риска развития рака молочной железы, чем женщины, у которых нет этих мутаций. У многих женщин, в семейном анамнезе которых есть случаи рака молочной железы, такие мутации отсутствуют.

Рак молочной железы: Рак молочной железы представляет собой гормонально чувствительную опухоль, поэтому прогноз для женщин с текущим или недавним раком молочной железы может ухудшаться при применении комбинированных гормональных контрацептивов.

Рак эндометрия

Использование КОК снижает риск развития рака эндометрия- До начала лечения женщины могут применять КОК. Как правило, лечение этого заболевания приводит к стерилизации женщины.

Рак яичников

Использование КОК снижает риск развития рака яичников. До начала лечения женщины могут применять КОК. Как правило, лечение этого заболевания приводит к стерилизации женщины.

Фибромы матки

По всей очевидности, КОК не стимулируют рост фибром матки.

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)

КОК способны уменьшить риск ВЗОМТ у женщин с ИППП, но не обеспечивают защиты от ВИЧ или ИППП нижнего отдела полового тракта.

ИППП

КОК способны уменьшить риск ВЗОМТ для женщин с ИППП, но не обеспечивают защиты от ВИЧ или ИППП нижнего отдела полового тракта.

Высокий риск вич-инфицирования

КОК способны уменьшить риск ВЗОМТ для женщин с ИППП, но не обеспечивают защиты от ВИЧ или ИППП нижнего отдела полового тракта.

Диабет

Хотя применение комбинированных гормональных контрацептивов может влиять на усвоение углеводов, основные опасения связаны с заболеваниями сосудов, сопутствующими диабету, и с дополнительным риском артериального тромбоза вследствие применения комбинированных гормональных контрацептивов.

Заболевания желчного пузыря

КОК могут вызывать незначительное увеличение риска заболевания желчного пузыря. Есть опасения, что КОК могут также ухудшать состояние текущего заболевания желчного пузыря.

Холестаз в анамнезе

Возникновение холестаза в связи с беременностью: при наличии в анамнезе холестаза, возникшего во время беременности, можно предполагать, что у некоторых женщин в будущем также может развиваться холестаз в связи с использованием КОК.

Возникновение холестаза в связи с использованием КОК: при наличии в анамнезе холестаза, связанного с применением КОК, можно предполагать, что у некоторых женщин,

предрасположенных к этому заболеванию, в будущем также может развиваться холестаз в связи с использованием КОК.

Вирусный гепатит

Активный: Поскольку КОК метаболизируются в печени, теоретически они могут оказывать неблагоприятное влияние на женщин с нарушенной функцией печени.

Цирроз

Поскольку КОК метаболизируются в печени, теоретически они могут оказывать неблагоприятное влияние на женщин с нарушенной функцией печени

Опухоли печени

Поскольку КОК метаболизируются в печени, теоретически они могут оказывать неблагоприятное влияние на женщин с нарушенной функцией печени. Помимо этого, использование КОК может способствовать развитию опухолевого процесса.

Талассемия

Имеются эпизодические указания на то, что в странах, где зарегистрирована высокая заболеваемость талассемией, использование КОК не оказывает усугубляющего влияния на состояние женщины

Железодефицитная анемия

Применение комбинированных гормональных контрацептивов может уменьшать кровопотери при менструациях.

1.15.2 Комбинированные инъекционные контрацептивы (КИК)

Комбинированные инъекционные контрацептивы (КИК) действуют путем торможения овуляции за счет высвобождения из препарата ее естественного эстрогена и прогестогена. Здесь рассматриваются две формулы КИК:

- Циклофем = Медроксинпрогестерона ацетат 25 мг плюс эстрадиола ципионат 5 мг
- Месиджина = Норэтистерона энантат 50 мг плюс эстрадиола валерат 5 мг

Поскольку эстрогены в состав КИК могут быть более физиологичными и менее мощными по сравнению с синтетическими эстрогенами в КОК, характер и степень выраженности побочных эффектов эстрогенов при применении КИК могут отличаться от тех, которые бывают при приеме КОК. На самом деле, краткосрочные исследования КИК показали, что по сравнению с КОК они оказывают незначительное влияние на артериальное давление, гемостаз и свертываемость крови, метаболизм липидов и функцию печени. 6-8 к тому же, при парентеральном введении КИК устраняется эффект частичного метаболизма при первом прохождении гормонов через печень.

Вместе с тем, КИК являются относительно новым методом контрацепции, и эпидемиологических данных об их действии при длительном применении накоплено еще немного. Кроме того, есть опасение, что эффект гормональной нагрузки, который при применении КОК и противозачаточных таблеток прогестогенового ряда (ПТП) можно устранить сразу после прекращения приема препаратов, в случае использования инъекционных контрацептивов будет сохраняться еще некоторое время после последней инъекции.

На данный момент, при отсутствии достаточного массива эмпирических данных по действию КИК, Рабочая группа пришла к заключению, что имеющийся фактический материал по использованию КОК применим в отношении КИК во многих, но не во всех случаях. Поэтому при классификации состояний пациентов для КИК Рабочая группа в целом ориентировалась на категории для КОК и ПТП и выбирала нечто среднее между ними. Однако при тяжелых формах патологии (например, ишемическая болезнь сердца)

ПОСЛЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ*	1	1	1	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА В АНАМНЕЗЕ	1	1	1	
КУРЕНИЕ а) Возраст <35 лет б) Возраст > 35 лет (i) < 15 сигарет в день (ii) >15 сигарет в день	2 2 3	2 3 4	2 4	
ОЖИРЕНИЕ Индекс массы тела (ИМ ТІ ≥ 30 кг/м)	2	2	2	Доказательные факты: По некоторым данным, эффективность пластыря может снижаться у женщин весом 90 кг или выше 10-11
НЕВОЗМОЖНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	Н/П	Н/П	Н/П	Пояснение: Перед началом применения КИК, КП и ВК желательно определить артериальное давление в динамике Однако в определенных ситуациях определить артериальное давление нет возможности. В условиях, когда высок риск заболеваемости и смертности беременных, КИК, КП и ВК представляет собой один из немногих доступных методов контрацепции. При таких обстоятельствах женщине не следует отказываться в назначении КИК, КП и ВК только потому, что ей нельзя измерить артериальное давление.

СОСТОЯНИЕ	Категория Инициация Продолжение	ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
Множественные факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (такие, как немолодой возраст, курение, диабет и гипертония)	3/4	Пояснение: Когда у женщины наблюдается сочетание нескольких факторов повышенного риска, каждый из которых может существенно увеличивать вероятность развития сердечнососудистых заболеваний, использование КОК может повышать риск до неприемлемого уровня. Однако, простое сложение отдельных факторов повышенного риска не является оправданным. Пример: комбинация двух факторов риска, относящихся ко 2-й категории, не всегда означает, что пациентка должна быть автоматически переведена в группу риска более высокого порядка.
ГИПЕРТЕНЗИЯ*		
Для всех категорий гипертензии в основе классификации лежит предположение об отсутствии других факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. В случае же, когда существует множество факторов риска, опасность сердечно-сосудистого заболевания может существенно возрасти. Однократного измерения артериального давления недостаточно для того, чтобы отнести женщину к категории гипертоников.		

а) В анамнезе гипертензия, при которой артериальное давление не может быть измерено (включая гипертензию во время беременности)	3	Пояснение: Определение этиологии и измерение уровня гипертензии должны проводиться как можно раньше. Доказательные факты: Женщины, которые начинали использование ШК без предварительного измерения артериального давления, подвергались повышенному риску развития острого инфаркта миокарда и инсульта.
б) Адекватно контролируемая гипертензия, когда артериальное давление можно измерить	3	Пояснение: Адекватное лечение артериальной гипертензии снижает риск развития острого инфаркта миокарда и инсульта в сравнении со случаями, когда такого лечения не проводится. Несмотря на отсутствие доказательств, можно предполагать, что женщины-пользователи КОК, получающие необходимое лечение и находящиеся под регулярным наблюдением врача, подвергаются меньшему риску развития острого инфаркта миокарда и инсульта в сравнении с пользователями КОК, не получающими соответствующего лечения.
в) Повышенное артериальное давление (правильно измеренное) (i) систолическое 140 -159 или диастолическое 90-99 (ii) систолическое \geq 160 или диастолическое \geq 100	3 4	Доказательные факты: Исследования показали, что пользователи КОК, страдающие артериальной гипертензией, подвергаются повышенному риску развития инсульта, острого инфаркта миокарда и заболевания периферийных сосудов, в сравнении с женщинами, не пользующимися данным контрацептивом.
д) Заболевания сосудов	4	
ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ (когда измеряемое в настоящее время артериальное давление находится в норме)	2	Доказательные факты: Исследования показали, что женщины, использующие в качестве противозачаточного средства КОК и имеющие в анамнезе повышение артериального давления во время беременности, подвергались повышенному риску развития инфаркта миокарда и венозного тромбоза в сравнении с пользователями КОК, у которых беременность протекала без повышения артериального давления. Абсолютный риск развития острого инфаркта миокарда и венозного тромбоза в данной группе оставался низким.

СОСТОЯНИЕ	Категория Инициация			ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	4	4	4	
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА СЕЙЧАС И РАНЕЕ*	4	4	4	
ИНСУЛЬТ* (инсульт в анамнезе)	4	4	4	

УСТАНОВЛЕННЫЕ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ	2 /3	2/3	2/3	Пояснение: Регулярный скрининг нецелесообразен из-за редкости подобных случаев и высокой стоимости процедуры. Хотя некоторые виды гиперлипидемии являются факторами риска сосудистых заболеваний, категория должна определяться с учетом ее вида, степени тяжести и наличия других факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.		
ПОРАЖЕНИЕ КЛАПАНОВ СЕРДЦА*						
а) без осложнений	2	2	2			
б) с осложнениями (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе)	4	4	4			
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ						
ГОЛОВНЫЕ БОЛИ*	и	п	И	П	И П	
а) немигренозные (средние или сильные)	1	2	1	2	12	Пояснение: Классификация зависит от точного диагноза сильных головных болей, связанных или не связанных с мигренью, следует выяснить причину любых новых головных болей или значительных изменений в характере прежних головных болей. Данная классификация предусмотрена для женщин, не имеющих каких-либо иных факторов риска инсульта. Уровень риска инсульта повышается с возрастом, при наличии гипертензии и при курении.
б) мигрень						
(i) без очаговых неврологических симптомов						
Возраст < 35	2	3	2	3	2 3	
Возраст >35	3	4	3	4	3 4	
(ii) с очаговыми неврологическими симптомами, в любом возрасте	4	4	4	4	4 4	
ЭПИЛЕПСИЯ	1	1	1	Пояснение: Если женщина принимает противосудорожные препараты, см. раздел по лекарственному взаимодействию. Некоторые антиконвульсанты снижают эффективность КОК. Насколько применение КИК, КП и ВК сходно в этом отношении с использованием КОК пока неизвестно.		

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА				
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	1	1	1	Пояснение: Классификация основывается на доказательных фактах, касающихся женщин с некоторыми видами депрессивных расстройств. Данные по биполярному психозу или послеродовой депрессии отсутствуют, не исключена возможность лекарственного взаимодействия между определенными антидепрессивными препаратами и гормональными контрацептивами.

СОСТОЯНИЕ	Категория Инициация Продолжение			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	КИК, КП, ВК			
ИНФЕКЦИИ И РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОГО ТРАКТА				
ХАРАКТЕР ВАГИНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ*				
а) нерегулярные без больших кровопотерь	1	1	1	Пояснение: Сильные кровотечения вызывают подозрение на наличие серьезной сопутствующей патологии.
б) Обильные или длительные кровотечения (включая регулярные и нерегулярные)	1	1	1	
НЕОБЪЯСНИМЫЕ ВАГИНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ* (подозрение на серьезное заболевание)				
До обследования				Пояснение: В случае подозрений на беременность (например, злокачественный процесс в органах малого таза) женщину необходимо обследовать, категория должна быть определена после обследования
ЭНДОМЕТРИОЗ*	1	1	1	
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ (включая кисту)	1	1	1	
ВЫРАЖЕННАЯ ДИСМЕНОРЕЯ	1	1	1	
БОЛЕЗНИ ТРОФОБЛАСТА				
а) Доброкачественные гестационные болезни трофобласта	1	1	1	
б) Злокачественные гестационные болезни трофобласта	1	1	1	
ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ ЭКТРОПИОН*	1	1	1	
ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРА-ЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ (ЦИН)	2	2	2	Доказательные факты: Некоторые наблюдения показывают, что у женщин с небольшими чешуйчатыми внутриэпителиальными повреждениями использование влагалищных колец не привело к ухудшению их состояния. ¹¹
РАК ШЕЙКИ МАТКИ* (в ожидании лечения)	2	2	2	
ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ*				
а) Недиагностированное образование	2		2	Пояснение: Следует как можно скорее провести обследование.

b) Доброкачественное заболевание молочной железы	1	1		
c) Семейный анамнез рака	1	1	1	
d) Рак молочной железы:				
(i) в настоящее время	4	4	4	
(ii) в прошлом и без рецидивов в последние 5 лет		3	3	
РАК ЭНДОМЕТРИЯ*	1	1	1	
РАК ЯИЧНИКОВ*	1	1	1	
ФИБРОМЫ МАТКИ*				
a) Без изменения полости матки	1	1	1	
b) С изменением полости матки	1	1	1	

СОСТОЯНИЕ	Категория Инициация продолжение			ПОЯСНЕНИЯ, ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	КИК	КП	ВК	
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)* ВЗОМТ в анамнезе (предполагая, что в настоящем факторов риска ИППП не установлено.		1	1	
с последующей беременностью	1			
без последующей беременности	1	1	1	
В ЗОМТ -в настоящее время	1	1	1	
ИППП				
a) Гнойный цервицит, хламидиоз или гонорея в настоящее время	1		1	
b) Другие ИППП(за исключением ВИЧ- инфекции и гепатита)	1			
c) Вагинит (включая вагинальный трихомоноз и бактериальный вагиноз	1	1	1	
d) Повышенный риск ИППП	1	1	1	
ВИЧ/СПИД				
ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ ИНФИЦИРОВАНИЯ	1	1	1	
ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ	1	1	1	
СПИД	1	1	1	Пояснение: Если женщина проходит курс антиретровирусной (АРВ) терапии, см. раздел по лекарственным взаимодействиям. Возможно лекарственное взаимодействие между гормональными контрацептивами и препаратами АРВ для больных СПИДом, получающих АРВ-терапию.
ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ				
шистосомоз				
a) Без осложнений	1	1	1	
b) Фиброз печени (если выраженный, см. цирроз)	1	1	1	

ТУБЕРКУЛЕЗ				
а) Нетазовый	1	1	1	Пояснение: Если женщина принимает рифампицин, см. раздел по лекарственным взаимодействиям. Рифампицин во многих случаях уменьшает эффективность КОК. Пока остается неизвестным, насколько КИК, КП или ВК в этом отношении сходны с КОК.
б) Установленный тазовый	1	1	1	
МАЛЯРИЯ	1	1	1	
ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ				
ДИАБЕТ*				
а) Во время беременности	1	1	1	
б) без поражения сосудов				
(i) инсулино-независимые	2	2	1	
(ii) инсулино-зависимые	2	2	2	
Нефропатия, ретинопатия нейропатия	3/4	3/4	3/4	Пояснение: Категория должна определяться с учетом степени тяжести состояния.
д) Другие сосудистые осложнения или диабет продолжительностью >20 лет	3/4	3/4	3/4	Пояснение: Категория должна определяться с учетом степени тяжести состояния.

Дополнительные комментарии

Возраст

От менархе до 40 лет: Теоретические опасения по поводу применения комбинированных гормональных контрацептивов подростками были не обоснованы.

≥40 лет: Риск сердечно-сосудистых заболеваний возрастает с возрастом и может также возрастать при применении комбинированных гормональных контрацептивов. При отсутствии других негативных клинических состояний комбинированные гормональные контрацептивы могут использоваться до наступления менопаузы.

Кормление грудью

< 6 недель после родов: Теоретически не исключено, что при применении стероидных гормонов в первые 6 недель после родов новорожденный может быть подвержен риску воздействия этих препаратов.

от 6 недель до 6 месяцев после родов (в основном кормление грудью): Применение комбинированных гормональных контрацептивов в период кормления грудью уменьшает количество грудного молока, сокращает продолжительность лактации и, таким образом, может неблагоприятно повлиять на рост и развитие ребенка.

После родов

< 21 дня: Теоретически не исключена вероятность связи между применением комбинированных гормональных контрацептивов до 3 недель после родов и риском тромбоза у матери. Свертываемость крови и фибринолиз, как правило, приходят в норму в течение трех недель после родов.

После внематочной беременности

Для женщин, имевших внематочную беременность в прошлом возрастает риск внематочной беременности в будущем. Применение комбинированных гормональных контрацептивов обеспечивает защиту от беременности, в том числе и от внематочной.

Гипертензия

Заболевание сосудов: Женщинам с сопутствующими заболеваниями сосудов следует избегать повышенного риска артериального тромбоза, связанного с применением комбинированных гормональных контрацептивов.

Тромбоз глубоких вен (ТГВ)/легочная эмболия (ЛЭ)

Семейный анамнез ТГВ/ЛЭ (у ближайших родственников): Некоторые состояния, которые повышают риск ТГВ/ЛЭ являются наследственными.

Радикальная хирургия: Степень риска ТГВ/ЛЭ, связанного с большими хирургическими операциями, варьирует в зависимости от продолжительности иммобилизации. До хирургической стерилизации женщины нет необходимости прекращать прием комбинированных гормональных контрацептивов.

Тромбоз поверхностных вен

Варикоз вен: Варикозное расширение вен не является фактором риска развития ТГВ/ЛЭ.

Ишемическая болезнь сердца сейчас и ранее

Женщинам с сопутствующими заболеваниями сосудов следует избегать повышенного риска, связанного с применением комбинированных гормональных контрацептивов.

Инсульт

Женщинам с сопутствующими заболеваниями сосудов следует избегать повышенного риска, связанного с применением комбинированных гормональных контрацептивов.

Поражение клапанов сердца

У женщин с поражениями клапанов сердца применение комбинированных гормональных контрацептивов может еще больше увеличить риск артериального тромбоза; женщины с осложненными поражениями сердца подвержены наибольшему риску.

Головные боли

Аура является специфическим очаговым неврологическим симптомом, более подробную информацию по этому и другим диагностическим критериям см.: Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. Cephalgia. 2004; 24 (Suppl 1) 1-150. [http://216.25.100.131/ihscommon/guidelines/pdfs/ihc .It main no print.pdf](http://216.25.100.131/ihscommon/guidelines/pdfs/ihc.It%20main%20no%20print.pdf)

Характер вагинального кровотечения

Нерегулярные менструальные кровотечения бывают распространенным явлением среди здоровых женщин.

Необъяснимые вагинальные кровотечения

Среди состояний, сопровождающихся вагинальными кровотечениями, не отмечено тех, которые ухудшались бы в течение кратковременного периода в связи с приемом комбинированных гормональных контрацептивов.

Эндометриоз

Комбинированные гормональные контрацептивы не ухудшают, а в некоторых случаях уменьшают симптомы эндометриоза.

Цервикальный эктропион

Цервикальный эктропион не является фактором риска развития рака шейки матки, и нет необходимости в установлении каких-либо ограничений для применения комбинированных гормональных контрацептивов.

Рак шейки матки (в ожидании лечения)

Теоретически не исключено, что применение комбинированных гормональных контрацептивов может влиять на прогноз существующего заболевания до начала лечения женщина может принимать и комбинированные гормональные контрацептивы. Как правило, лечение этого заболевания приводит к стерилизации женщины.

Заболевания молочных желез

Семейный анамнез рака: Женщины с BRCA1 или BRCA2 имеют гораздо более высокий исходный уровень риска развития рака молочной железы, чем женщины, у которых нет лих мутаций. У многих женщин, в семейном анамнезе которых есть случаи рака молочной железы, такие мутации отсутствуют.

Рак молочной железы: Рак молочной железы представляет собой гормонально чувствительную опухоль, поэтому прогноз для женщин с текущим или недавним раком молочной железы может ухудшаться при применении комбинированных гормональных контрацептивов.

Рак эндометрия

Неизвестно, уменьшает ли применение КИК, КП или ВК риск развития рака эндометрия, как и в случае приема КОК. До начала лечения женщины могут применять КИК, КП или ВК. Как правило, лечение этого заболевания приводит к стерилизации женщины.

Рак яичников

Неизвестно, уменьшает ли применение КИК, КП или ВК риск развития рака яичников, как в случае приема КОК. До начала лечения женщины могут применять КИК, КП или ВК. Как правило, лечение этого заболевания приводит к стерилизации женщины.

Фибромы матки

КОК не стимулируют рост фибром матки; от КИК, КП или ВК такого действия также не ожидается.

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)

КОК способны уменьшить риск ВЗОМТ для женщин с ИППП, но не обеспечивают защиты от ВИЧ или ИППП нижнего отдела полового тракта. Насколько КИК, КП или ВК снижают риск ВЗОМТ для женщин с ИППП, пока неизвестно, но они не предохраняют от ВИЧ или ИППП нижнего отдела полового тракта.

ИППП

КОК способны уменьшить риск ВЗОМТ для женщин с ИППП, но не обеспечивают защиты от ВИЧ или ИППП нижнего отдела полового тракта. Насколько КИК, КП или ВК снижают риск ВЗОМТ для женщин с ИППП, пока неизвестно, но они не предохраняют от ВИЧ или ИППП нижнего отдела полового тракта.

Высокий риск вич-инфицирования

КОК способны уменьшить риск ВЗОМТ для женщин с ИППП, но не обеспечивают защиты от ВИЧ или ИППП нижнего отдела полового тракта. Насколько КИК, КП или ВК снижают риск ВЗОМТ для женщин с ИППП, пока неизвестно, но они не предохраняют от ВИЧ или ИППП нижнего отдела полового тракта.

Диабет

Хотя применение комбинированных гормональных контрацептивов может влиять на усвоение углеводов, основные опасения связаны с заболеваниями сосудов, сопутствующими диабету, и с дополнительным риском артериального тромбоза вследствие применения комбинированных гормональных контрацептивов.

Заболевания желчного пузыря

КОК могут вызывать незначительное увеличение риска заболевания желчного пузыря. Есть опасения, что КОК могут также ухудшать состояние текущего заболевания желчного пузыря. Однако, по результатам наблюдений, КИК, в отличие от КОК, оказывают

минимальное воздействие на функцию печени у здоровых женщин и не имеют эффекта частичного метаболизма гормонов при первом прохождении через печень.

Холестаз в анамнезе

По результатам наблюдений, КИК, в отличие от КОК, оказывают минимальное воздействие на функцию печени у здоровых женщин и не имеют эффекта частичного метаболизма гормонов при первом прохождении через печень. Однако, при наличии в анамнезе холестаза связанного с применением КОК можно предполагать, что у некоторых женщин, предрасположенных к этому заболеванию, в будущем также может развиваться холестаз в связи с эстрогеном.

Вирусный гепатит

АКТИВНЫЙ: По результатам наблюдений, КИК, в отличие от КОК, оказывают минимальное воздействие на функцию печени у здоровых женщин и не имеют эффекта частичного метаболизма гормонов при первом прохождении через печень. Однако в силу того, что КИК метаболизируются в печени, теоретически они могут оказывать неблагоприятное влияние на женщин с нарушенной функцией печени.

Цирроз

По результатам наблюдений, КИК, в отличие от КОК, оказывают минимальное воздействие на функцию печени у здоровых женщин и не имеют эффекта частичного метаболизма гормонов при первом прохождении через печень. Однако в силу того, что КИК метаболизируются в печени, теоретически они могут оказывать неблагоприятное влияние на женщин с нарушенной функцией печени.

Опухоли печени

По результатам наблюдений, КИК, в отличие от КОК, оказывают минимальное воздействие на функцию печени у здоровых женщин и не имеют эффекта частичного метаболизма гормонов при первом прохождении через печень. Однако в силу того, что КИК метаболизируются в печени, теоретически они могут оказывать неблагоприятное влияние на женщин с нарушенной функцией печени.

Железодефицитная анемия

Применение комбинированных гормональных контрацептивов может уменьшать кровопотери при менструациях.

1.15. 5 Контрацептивы прогестогенового ряда

ПТП = Противозачаточные таблетки прогестогенового ряда

МП/НЭ = Медроксипрогестерона ацетат пролонгированного действия (МОПАПД)/

Норэтистерона энантат (НЭЭ)

ЛНИ/ЭНИ - Левоноргестреловые имплантаты («Норплант» и «Джаделл») и

этоногестреловые имплантаты («Импланон»)

КОНТРАЦЕП-ТИВЫ ПРОГЕСТО- ГЕНОВОГО РЯДА (КПР)	КПР не защищают в том числе в период постоянного использования или в сочетании с презервативом обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ	От ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (при беременности или после родов), рекомендуется правильное использование презервативов - как самостоятельный метод защиты
---	---	--

СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ Инициация, Продолжение			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	ПТП	МП/ НЭ	ЛНИ/ ЭНИ	
ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ				
БЕРЕМЕННОСТЬ	Неприменимо			Пояснение: Применения КПР не требуется. В литературе отсутствуют какие-либо указания на отрицательное воздействие КПР на здоровье женщины или плода при случайном употреблении КПР во время беременности. Однако характер влияния МОПАПД на здоровье плода остается неясным.
ВОЗРАСТ				
а) от менархе до 18 лет	1	2	1	Доказательные факты: Имеющиеся данные (количество которых на настоящий момент ограничено) указывают на снижение минерализации костной ткани при длительном применении МОПАПД у лиц несовершеннолетнего возраста и отсутствие такого побочного эффекта при использовании левоноргестреловых имплантатов. Степень воздействия МОПАПД на максимальный уровень накопления костной массы у лиц несовершеннолетнего возраста не изучалась.
б) от 18 до 45 лет	1	1	1	Доказательные факты: Результаты исследований показали, что у женщин, использующих в качестве контрацептива МОПАПД, степень минерализации костной ткани была ниже, чем у женщин, не пользующихся таким противозачаточным средством. При этом указанное снижение, как правило, не превышало одного стандартного отклонения от нормы*. Результаты обследования активных пользователей контрацептива «Норплант» оказались неоднозначными*. В ходе одного из исследований было установлено, что у лиц, использующих в качестве контрацептива «Импланон» степень минерализации костной ткани оставалась стабильной в течение двух лет.
в) после 45 лет	1	2	1	Доказательные факты: У женщин в возрасте более 45 лет, использующих в качестве контрацептива МОПАПД, уровень минерализации костной ткани был сниженным в сравнении с таковым у лиц, не пользующихся данным противозачаточным средством. Однако в литературе имеются указания на то, что у женщин, прекративших использование МОПАПД до начала менопаузы, костная масса возрастала. Также, исследования показали, что в группе женщин, находящихся в менопаузе, степень минерализации костной ткани находилась примерно на одинаковом уровне вне зависимости от того, пользовалась ли женщина МОПАПД до наступления менопаузы или нет.
РОДЫ				
а) Ранее не рожавшие	1	1	1	
б) Рожавшие	1	1	1	

• См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

СОСТОЯНИЕ	Категория Инициация Продолжение			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	ПТП	МП/ НЭ	ЛНИ/ ЭКИ	
КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ				
а) < 6 недель после родов	3	3	3	<p>Пояснение: Существуют определенные опасения относительно влияния стероидных гормонов на здоровье новорожденных в течение первых 6 недель жизни. Однако во многих регионах мира показатели заболеваемости беременных и показатели материнской смертности находятся на высоком уровне. Ситуация при этом усугубляется отсутствием широкого доступа к медицинским услугам. В таких ситуациях, КПР являются одним из немногих средств контрацепции, которые имеются в свободной продаже и могут использоваться кормящими грудью женщинами сразу после родов.</p> <p>Доказательные факты: Результаты исследований оказывают, что использование контрацептивов прогестогенового ряда кормящими грудью женщинами в первые 6 недель после родов не оказывает какого-либо отрицательного воздействия ни на качество грудного вскармливания, ни на здоровье и развитие новорожденного. Однако характер влияния препаратов прогестогенового ряда на мозг и печень детей, находящихся на грудном вскармливании, на настоящий момент не изучен*</p>
б) от 6 недель до 6 месяцев после родов (ребенок находится в основном на грудном вскармливании)	1	1	1	
с) более 6 месяцев после родов	1	1	1	
ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД* (у не кормящих грудью женщин)				
а) менее 21 дня после родов	1	1	1	
б) > 21 дня после родов	1	1	1	
ПОСЛЕАБОРТНЫЙ ПЕРИОД				
а) Первый триместр	1	1	1	<p>Пояснение: Прием КПР допускается начинать сразу после аборта.</p>
б) Второй триместр	1	1	1	
с) Сразу после септического аборта	1	1	1	
ПОСЛЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ*	2	1	1	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА В АНАМНЕЗЕ	1	1	1	
КУРЕНИЕ				
а) Возраст < 35 лет	1	1	1	
б) Возраст > 35 лет				
(i) < 15 сигарет в день	1	1	1	

(ii) > 15 сигарет/день	1	1	1	
ОЖИРЕНИЕ Индекс массы тела (ИМТ) > 30 кг/м ²	1	1	1	Доказательные факты: В литературе имеются противоречивые данные относительно воздействия МОПАПД на набор веса и возникновение маточных кровотечений у женщин, страдающих ожирением, в сравнении с женщинами, не имеющими избыточного веса. Результаты исследований показывают, что снижения противозачаточного эффекта при использовании мягких капсул "Норплант" у женщин с избыточным весом не наблюдается.

СОСТОЯНИЕ	Категория Инициация Продолжение			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	ПТП	МП/ НЭ	ЛНИ/ ЭНИ	
НЕВОЗМОЖНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	н/п	н/п	н/п	Пояснение: Перед началом использования КПР рекомендуется измерить показатели кровяного давления. Однако, учитывая, что во многих регионах мира показатели заболеваемости беременных и показатели материнской смертности находились на высоком уровне, женщине не следует отказывать в применении КПР только потому, что нет возможности измерить ее артериальное давление.
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ				
МНОЖЕСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (такие, как немолодой возраст, курение, диабет и гипертония)	2	3	2	Пояснение: Одновременное наличие ряда серьезных рисков может существенно увеличивать риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Некоторые КПР могут увеличивать риск тромбоза сосудов, хотя степень риска в таком случае значительно ниже в сравнении с риском, возникающим при использовании КОК. Влияние МОПАПД и НЭЭ может сохраняться в течение некоторого времени после отказа от использования препарата.
ГИПЕРТЕНЗИЯ*				
Для всех категорий гипертонии в основе классификации лежит предположение об отсутствии других факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. В случае же, когда существует множество факторов риска, опасность сердечно-сосудистого заболевания может существенно возрастать. Однократного измерения артериального давления недостаточно для того, чтобы отнести женщину к категории гипертоников.				
а) В анамнезе гипертония, при которой артериальное давление не может быть измерено (включая гипертонию во время беременности)	2	2	2	Пояснение: Перед началом использования КПР рекомендуется измерить показатели кровяного давления. Однако, учитывая, что во многих регионах мира показатели заболеваемости беременных и показатели материнской смертности и находятся на высоком уровне, женщине не следует отказывать в применении КПР только потому, что нет возможности измерить ее артериальное давление.

b) Адекватно контролируемая гипертензия, когда артериальное давление можно измерить	1	2	1	Пояснение: Эффективное лечение артериальной гипертензии позволяет снизить риск развития острого инфаркта миокарда и инсульта в сравнении с ситуациями, когда такое лечение не проводится. Несмотря на отсутствие каких-либо сообщений в литературе по данному вопросу, есть все основания полагать, что женщины-пользователи КПР, получающие адекватное лечение по поводу артериальной гипертензии и находящиеся под соответствующим наблюдением врача, подвергаются меньшему риску развития острого инфаркта миокарда и инсульта в сравнении с пользователями КПР, не получающими необходимой врачебной помощи
с) Повышенное артериальное давление (правильно измеренное)				
(i) систолическое 140-159 или диастолическое 90-99	1	2	1	Пояснение: Имеющиеся данные (объем которых на настоящий момент является ограниченным) свидетельствуют о том, что в группе женщин, страдающих артериальной гипертензией, использование ПТП или инъекционных контрацептивов прогестогенового ряда способствовало снижению риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.
(ii) систолическое > 160 или диастолическое > 100	2	3	2	
d) Сосудистые заболевания	2	3	2	
ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ (когда измеряемое в настоящее время артериальное давление находится в норме)	1	1	1	

СОСТОЯНИЕ	Категория Инициация Продолжение			ОБЪЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	ПТП	МП/ НЭ	ЛНИ/ ЭНИ	
ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ) /ЛЕГОЧНАЯ ЭМБОЛИЯ (ЛЭ)				
a) ТГВ/ЛЭ в анамнезе	2	2	2	
b) ТГВ/ЛЭ в настоящее время	3	3	3	
c) Семейный анамнез ТГВ/ЛЭ (у ближайших родственников)	1	1		
d) Радикальная хирургия				
(i) с длительной иммобилизации	2	2	2	
(ii) без длительной иммобилизации	1	1	1	
e) «Малая» хирургия без иммобилизации	1	1	1	

ВЫЯВЛЕННЫЕ ТРОМБОГЕННЫЕ МУТАЦИИ (например, фактор V Лейдена; протромбиновая мутация; недостаточность протеина S, Протеина C и антитромбина)	2	2	2	Пояснение: Регулярный скрининг нецелесообразен из-за редкости подобных случаев и высокой стоимости процедуры.
ТРОМБОЗ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН				
а) Варикоз вен	1	1	1	
б) Поверхностный тромбофлебит	1	1	1	
	1	С		
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА СЕЙЧАС И РАНЕЕ*	2	3	3	
ИНСУЛЬТ* (инсульт в анамнезе)	2	3	3	
УСТАНОВЛЕННЫЕ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ	2	2	2	Пояснение. Регулярный скрининг нецелесообразен из-за редкости подобных случаев и высокой стоимости процедуры. Некоторые виды гиперлипидемии являются факторами риска возникновения сосудистых заболеваний.
ПОРАЖЕНИЕ КЛАПАНОВ СЕРДЦА			1	
а) без осложнений	1	1	1	
б) с осложнениями (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе)	1	1	1	

СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ Инициация Продолжение			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ			
	ПТП	МП/ НЭ	ПНИ/ ЭНИ				
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ							
ГОЛОВНЫЕ БОЛИ*	1	С	1	С	1	С	
а) немигренозные (средние или сильные)	1	1	1	1	1	1	Пояснение: Данная классификация зависит от точности дифференциальной диагностики мигрени и головной боли другой этиологии. Появление сильных головных болей или ощутимых изменений в интенсивности таковых требует проведения соответствующего обследования, классификация применима в отношении женщин, не подверженных другим факторам риска возникновения инсульта. Факторами риска развития инсульта являются возраст, артериальная гипертензия и курение.
б) мигрень							
(i) без очаговых неврологических симптомов							
Возраст < 35	1	2	2	2	2	2	
Возраст > 35	1	2	2	2	2	2	

(ii) с очаговыми неврологическими симптомами, в любом возрасте	2	3	2	3	2	3	
ЭПИЛЕПСИЯ	1		1		1		Пояснение: Если женщина принимает противосудорожные препараты, назначать КПР следует с учетом рекомендаций, приводимых в разделе о взаимодействии лекарственных препаратов. Некоторые противосудорожные препараты могут снижать эффективность КПР.
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА							
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	1		1		1		Пояснение: Данная классификация разработана с учетом результатов наблюдения за пациентами, страдающими определенными видами депрессивных расстройств. Данные о влиянии КПР на течение маниакально-депрессивного психоза или послеродовой депрессии отсутствуют. Не исключается возможность лекарственного взаимодействия при одновременном применении некоторых антидепрессантов и гормональных контрацептивов. Доказательные факты: Исследования показали, что КПР не способствует усугублению депрессивных симптомов у женщин с депрессивными состояниями в сравнении с Основной группой.
ИНФЕКЦИИ И РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОГО ТРАКТА							
ХАРАКТЕР ВАГИНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ*							
а) нерегулярные без больших кровопотерь		2		2		2	
б) Обильные или длительные кровотечения включая регулярные и нерегулярные)		2		2		2	Пояснение: Появление вагинальных кровотечений необычной интенсивности может свидетельствовать о наличии серьезной патологии.
НЕОБЪЯСНИМЫЕ ВАГИНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ* (подозрение на серьезное заболевание)							Пояснение: При подозрении на беременность или наличие серьезной патологии (например, опухоли органов малого таза) необходимо провести соответствующее обследование и пересмотр принадлежности пациентки к той или иной категории
До обследования		2		3		3	
ЭНДОМЕТРИОЗ		1		1		1	
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ (включая кисты)		1		1		1	
ВЫРАЖЕННАЯ ДИСМНОРЕЯ				1		1	

СОСТОЯНИЕ	Категория Инициация Продолжение			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬ-НЫЕ ФАКТЫ
	ПТП	МП/ НЭ	ЛНИ/ ЭНИ	
БОЛЕЗНИ ТРОФОБЛАСТА				
а) Доброкачественные гестационные болезни трофобласта	1	1	1	
б) Злокачественные гестационные болезни трофобласта	1	1	1	
ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ ЭКТРОПИОН	1	1	1	
ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ(ЦИН)	1	2	2	Пояснение: При хроническом течении ВИЧ-инфекции длительное применение МОПАГД (более 5 лет) может увеличивать риск возникновения преинвазивной внутриэпителиальной и инвазивной карциномы.
РАК ШЕЙКИ МАТКИ (в ожидании лечения)*	1	2	2	
ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ *				
а) Недиагностированное образование	2	2	2	Пояснение: Женщина должна быть подвергнута обследованию как можно раньше.
б) Доброкачественное заболевание молочной железы	1	1	1	
с) Семейный анамнез рака	1	1	1	
д) Рак молочной железы:				
(i) в настоящее время	4	4	4	
(ii) в прошлом и без рецидивов в последние 5 лет	3	3	3	
РАК ЭНДОМЕТРИЯ*	1	1	1	
РАК ЯИЧНИКОВ*	1	1	1	
ФИБРОМЫ МАТКИ*				
а) без изменения полости матки	1	1	1	
б) С изменением полости матки	1	1	1	
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА(ВЗОМТ)*				
а) ВЗОМТ в анамнезе (предполагая, что в настоящем факторов риска ИППП не установлено)				
(i) с последующей беременностью	1	1	1	
(ii) без последующей беременности	1	1	1	
б) ВЗОМТ - в настоящее время	1	1	1	

СОСТОЯНИЕ	Категория Инициация продолжение			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬ-НЫЕ ФАКТЫ
	ПТП	МП/ НЭ	ЛНИ/ ЭНИ	
ИППП*				
а) Гнойный цервицит, хламидиоз или гонорея в настоящее время	1	1	1	Пояснение: Имеющиеся данные (объем которых на настоящий момент является ограниченным) свидетельствуют о том, что вероятность развития хламидийных цервицитов у пользователей МОПАД, подвергающихся высокому риску заражения ИППП, может увеличиваться. Что касается других ИППП, то здесь либо имеются прямые указания на отсутствие связи между использованием МОПАД и заражением ИППП, либо не представляется возможным сделать какое-либо заключение в связи с ограниченностью имеющихся данных. Данные о влиянии других КПР отсутствуют.
б) Другие ИППП (за исключением ВИЧ и гепатит)	1	1	1	
с) Вагинит (включая вагинальный трихомоноз и бактериальный вагиноз)	1	1	1	
д) Повышенный риск ИППП	1	1	1	
ВИЧ/СПИД				
ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ*	1	1	1	Доказательные факты: В целом, имеющиеся данные не дают однозначного ответа в отношении того, возрастет ли риск заражения ВИЧ-инфекцией при использовании КПР
ВИЧ-ПОЗИТИВНЫЕ	1	1	1	Доказательные факты: Результаты исследований не дают однозначного ответа в отношении того, способствует ли использование МОПАД увеличению риска распространения ВИЧ-инфекции и вируса простого герпеса (HSV) в группе женщин, являющихся носителями ВИЧ-инфекции.
СПИД	1	1	1	Пояснение: Если женщина принимает антиретровирусные препараты (АРВ), назначать КПР необходимо в соответствии с рекомендациями, изложенными в разделе о взаимодействии лекарственных препаратов. Ввиду возможности лекарственного взаимодействия между гормональными контрацептивами и АРВ, носители ВИЧ-инфекции, применяющие АРВ, относятся к категории «2».
ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ				
шистосомоз				
а) Без осложнений	1	1	1	Доказательные факты: Некоторые источники указывают, что использование МОПАД при шистосомозе не оказывает

				отрицательного воздействия на функцию печени.
b) Фиброз печени (если выраженный, см. цирроз)	1	1	1	
ТУБЕРКУЛЕЗ*				
a) Нетазовый	1	1	1	Пояснение: Если женщина принимает рифампицин, назначать КПР необходимо в соответствии с рекомендациями, изложенными в разделе о взаимодействии лекарственных препаратов. Не исключается возможность снижения эффективности КПР при использовании КПР.
b) Установленный тазовый	1	1	1	
МАЛЯРИЯ	1	1	1	

СОСТОЯНИЕ	Категория Инициация Продолжение			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	ПТП	МП/ НЭ	ЛНИ/ ЭНИ	
ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ				
ДИАБЕТ				
a) Во время беременности	1	1	1	
b) Без поражения сосудов				
(i) инсулино-независимые	2	2	2	
(ii) инсулино-зависимые	2	2	2	
c) Непропатия/ ретинопатия/ нейропатия	2	3	2	
d) Другие сосудистые осложнения или диабет продолжительностью >20 лет	2	3	2	
НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ				
a) Простой зоб	1	1	1	
b) Гипертиреоз	1	1	1	
c) Гипотиреоз	1	1	1	
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ				
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ				
a) С клиническими симптомами				
i) после холецистэктомии	2	2	2	
(ii) после медикаментозного лечения	2	2	2	
(iii) в настоящее время	2	2	2	
b) Бессимптомные	2	2	2	
ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ*				
a) Связанный с беременностью	1	1	1	
b) Связанный с применением КПР	2	2	2	
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ*				

а) Активный	3	3	3	
б) Несовместительность	1	1	1	
ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ*				
а) Легкий (компенсированный)	2	2	2	
б) Тяжелый (декомпенсированный)	3	3	3	
ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ*				
а) Доброкачественная (аденома)	3	3	3	
б) Злокачественная (гепатома)	3	3	3	
АНЕМИИ				
ТАЛАССЕМИЯ	1	1	1	
СЕРПОВИДНО-КЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ	1	1	1	Доказательные факты: Использование КПР при серповидно-клеточной анемии не оказывало отрицательного влияния на гематологические показатели, а в некоторых случаях даже уменьшало выраженность клинических симптомов.
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ	1	1	1	

Дополнительные комментарии

Возраст

От менархе до 18 лет: Существуют теоретические опасения по поводу того, что использование МОПАПД может приводить к снижению уровня эстрогенов в крови у женщин в возрасте до 18 лет, а также препятствовать набору соответствующей пиковой массы костной ткани.

➤ 45 лет: Существуют теоретические опасения по поводу того, что использование МОПАПД может приводить к снижению уровня эстрогенов в крови у женщин в возрасте более 45 лет, а также препятствовать полному восстановлению утраченной костной массы после отказа от дальнейшего применения данного средства контрацепции.

После родов

< 21 дня: не кормящие грудью женщины могут начинать прием КПР сразу после родов без какого-либо вреда для своего здоровья

После внематочной беременности

Несмотря на то, что абсолютная частота случаев наступления внематочной беременности при использовании ПТП превышает таковую при применении других КПР, тем не менее, она ниже показателя, характерного для группы женщин, не пользующихся противозачаточными средствами.

Гипертензия

Заболевание сосудов: Существуют опасения относительно возможности снижения уровня эстрогенов и HDL в крови женщин, пользующихся КПР, в особенности, МОПАПД и НЭЭ. Однако риск возникновения таких последствий использования ПТП или Норпланта расценивается как относительно низкий. Последствие МОПАПД и НЭЭ может сохраняться в течение некоторого времени после отказа от использования этих контрацептивов.

Тромбоз глубоких вен (ТГВ)/легочная эмболия (ЛЭ)

Некоторые КПР могут увеличивать риск возникновения тромбоза вен, хотя такой риск существенно меньше, чем при использовании КОК.

Ишемическая болезнь сердца сейчас и ранее

Существуют опасения относительно возможности снижения уровня эстрогенов и HDL в крови женщин, пользующихся КПР, в особенности, МОПАПД и НЭЭ. Однако риск возникновения таких последствий использования ПТП или Норпланта расценивается как относительно низкий. Последствие МОПАПД и НЭЭ может сохраняться в течение некоторого времени после отказа от использования этих контрацептивов.

Инсульт

Существуют опасения относительно возможности снижения уровня эстрогенов и HDL в крови женщин, пользующихся КПР, в особенности, МОПАПД и НЭЭ. Однако риск возникновения таких последствий использования ПТП или Норпланта расценивается как относительно низкий. Последствие МОПАПД и НЭЭ может сохраняться в течение некоторого времени после отказа от использования этих контрацептивов.

Головные боли

Аура является специфическим очаговым неврологическим симптомом. Более подробную информацию по этому и другим диагностическим критериям см.: Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. Cephalalgia. 2004; 24 (Suppl 1):1-150. http://216.25.100.131/ihscommon/guidelines/pdfs/ihcII_main_no_print.pdf

Существуют опасения, что сильные головные боли могут возрастать по интенсивности при использовании НЭЭ, МОПАПД или противозачаточных имплантатов. Последствие МОПАПД и НЭЭ может сохраняться в течение некоторого времени после отказа от использования этих контрацептивов.

Характер вагинального кровотечения

Нерегулярные менструальные кровотечения бывают распространенным явлением среди здоровых женщин. Использование КПР часто приводит к нарушению регулярности менструальных кровотечений. Вживление имплантата может изменять цикличность менструальных кровотечений, особенно, в течение первых 3-6 месяцев (иногда нарушение менструального цикла может сохраняться в течение более длительного времени). Вероятность возникновения аменореи выше при использовании эстрогестреловых контрацептивов, нежели при применении левоноргестреловых препаратов.

Характер вагинальных кровотечений

Использование КПР может нарушать регулярность менструальных кровотечений и таким образом затушевывать симптомы основной патологии. Последствие МОПАПД и НЭЭ может сохраняться в течение некоторого времени после отказа от использования этих контрацептивов.

Рак шейки матки (в ожидании лечения)

Теоретически не исключено, что применение комбинированных гормональных контрацептивов может влиять на прогноз существующего заболевания. До начала лечения женщина может принимать комбинированные гормональные контрацептивы. Как правило, лечение этого заболевания приводит к стерилизации женщины.

Заболевания молочных желез

Рак молочной железы: Рак молочной железы представляет собой гормонально чувствительную опухоль, поэтому прогноз для женщин с текущим или недавним раком молочной железы может ухудшаться при применении комбинированных гормональных контрацептивов.

Рак эндометрия

До начала лечения женщины могут применять КПР. Как правило, лечение этого заболевания приводит к стерилизации женщины.

Рак яичников

До начала лечения женщины могут применять КПР. Как правило, лечение этого заболевания приводит к стерилизации женщины.

Фибромы матки

КОК не стимулируют рост фибром матки.

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)

КОК способны уменьшить риск ВЗОМТ у женщин с ИППП, но не обеспечивают защиты от ВИЧ или ИППП нижнего отдела половых путей. Насколько КПР снижают риск ВЗОМТ для женщин с ИППП, пока неизвестно, но они не предохраняют от ВИЧ или ИППП нижнего отдела половых путей.

ИППП

КОК способны уменьшить риск ВЗОМТ у женщин с ИППП, но не обеспечивают защиты от ВИЧ или ИППП нижнего отдела половых путей. Насколько КПР снижают риск ВЗОМТ для женщин с ИППП, пока неизвестно, но они не предохраняют от ВИЧ или ИППП нижнего отдела половых путей.

Высокий риск вич-инфицирования

КОК способны уменьшить риск ВЗОМТ у женщин с ИППП, но не обеспечивают защиты от ВИЧ или ИППП нижнего отдела половых путей. Насколько КПР снижают риск ВЗОМТ для женщин с ИППП, пока неизвестно, но они не предохраняют от ВИЧ или ИППП нижнего отдела поповых путей.

Диабет

Не сосудистые заболевания: КПР могут изменять метаболизм углеводов.

Нефропатия, ретинопатия, нейропатия: Существуют опасения относительно возможности снижения уровня эстрогенов и HDL в крови женщин, пользующихся КПР, в особенности, МОПАПД и НЭЭ. Последствие МОПАПД и НЭЭ может сохраняться в течение некоторого времени после отказа от использования этих контрацептивов. Некоторые КПР могут увеличивать риск возникновения тромбоза вен, хотя такой риск существенно меньше, чем при использовании КОК.

Другие заболевания сосудов или диабет продолжительностью более 20 лет: Существуют опасения относительно возможности снижения уровня эстрогенов и HDL в крови женщин, пользующихся КПР, в особенности, МОПАПД и НЭЭ. Последствие МОПАПД и НЭЭ может сохраняться в течение некоторого времени после отказа от использования этих контрацептивов. Некоторые КПР могут увеличивать риск возникновения тромбоза вен, хотя такой риск существенно меньше, чем при использовании КОК.

Холестаз в анамнезе

Теоретически, наличие в анамнезе холестаза, возникшего в связи с использованием КОК, дает основания ожидать появления холестаза при применении других КПР. Однако каких-либо официальных подтверждений данной теории не существует.

Вирусный гепатит

Активный: В силу того, что метаболизм КПР происходит в печени, использование препаратов из данной группы может оказывать неблагоприятное воздействие на здоровье женщин с нарушенной функцией печени. Хотя риск такого рода аналогичен риску, возникающему при использовании КОК, тем не менее, он несколько ниже, чем во втором случае.

Цирроз печени

В силу того, что метаболизм КПР происходит в печени, использование препаратов из данной группы может оказывать неблагоприятное воздействие на здоровье женщин с нарушенной функцией печени. Хотя риск такого рода аналогичен риску, возникающему при использовании КОК, тем не менее, он несколько ниже, чем во втором случае.

Опухоли печени

В силу того, что метаболизм КПР происходит в печени, использование препаратов из данной группы может оказывать неблагоприятное воздействие на здоровье женщин с нарушенной функцией печени. Помимо этого, использование КПР может стимулировать рост опухолей. Хотя риск такого рода аналогичен риску, возникающему при использовании КОК, тем не менее, он несколько ниже, чем во втором случае.

Железодефицитная анемия

Изменение характера менструальных кровотечений, являющееся следствием применения КПР, оказывает незначительное воздействие на уровень гемоглобина в крови.

1.15.6 Таблетки для неотложной контрацепции (ТНК)

ТАБЛЕТКИ ДЛЯ НЕОТЛОЖНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ (ТНК) (включая комбинированные оральные контрацептивные таблетки и контрацептивные таблетки левоноргестрела)	ТНК не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов - как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.	
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ	ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
БЕРЕМЕННОСТЬ	н/п	Пояснение: Хотя этот метод не показан для женщин с установленной или подозреваемой беременностью, случаев отрицательного воздействия ТНК на здоровье женщины, протекание ее беременности или состояние плода при их случайном приеме не зафиксировано.
КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ	1	
ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В АНАМНЕЗЕ	1	
ТЯЖЕЛЫЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В АНАМНЕЗЕ* (ишемическая болезнь сердца, инсульт, другие не тромбозмболические состояния)	1	
СТЕНОКАРДИЯ*	2	
МИГРЕНЬ*	2	
ТЯЖЕЛЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ (включая желтуху)	2	

ПОВТОРНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ТНК	1	Пояснение: Повторное применение ТНК является указанием на то, что женщина нуждается в консультации по другим методам контрацепции. Частое многократное применение ТНК может быть вредным для женщины, состояния которой классифицированы как 2, 3 или 4 для применения КОК, КИК или ПТП.
ИЗНАСИЛОВАНИЕ*	1	

Дополнительные комментарии

Тяжелые сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе

Продолжительность применения ТНК меньше, чем обычная продолжительность регулярного приема КОК или ПТП, и поэтому они будут иметь меньшее клиническое воздействие.

Стенокардия

Продолжительность применения ТНК меньше, чем обычная продолжительность регулярного приема КОК или ПТП, и поэтому они будут иметь меньшее клиническое воздействие.

Мигрень

Продолжительность применения ТНК меньше, чем обычная продолжительность регулярного приема КОК или ПТП, и поэтому они будут иметь меньшее клиническое воздействие.

Тяжелые заболевания печени (включая желтуху)

Продолжительность применения ТНК меньше, чем обычная продолжительность регулярного приема КОК или ПТП, и поэтому они будут иметь меньшее клиническое воздействие.

Изнасилование

В случае изнасилования никаких ограничений для использования ТНК нет.

1.15.7 Внутриматочные средства (ВМС)

Си = медьсодержащие ВМС

ЛНГ = левоноргестрел-высвобождающий ВМС (20 мкг/24 часа)

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ВМС)	ВМС не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности и или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов - как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.		
СОСТОЯНИЕ	Категория Инициация Продолжение		ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	Си- ВМС	ЛНГ- ВМС	
ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ			
БЕРЕМЕННОСТЬ	4	4	Пояснение: ВМС не должны применяться по время беременности из-за риска серьезных инфекций тазовых органов и септического самопроизвольного аборта.
ВОЗРАСТ*			
а) От менархе до 20 лет	2	2	
б) > 20 лет	1	1	

РОДЫ*			
а) Ранее не рожавшие	2	2	Доказательные факты: Имеются противоречивые данные в отношении того, связано ли применение ВМС с бесплодием среди нерожавших женщин, хотя по результатам последних тщательных исследований увеличение риска бесплодия маловероятно.
б) Рожавшие	1	1	
ПОСЛЕ РОДОВ* (у кормящих или не кормящих грудью, в том числе после кесарева сечения)			
а) < 48 часов	2	3	Доказательные факты: Зафиксировано увеличение числа случаев выпадения ВМС при их введении с некоторой задержкой после родов по сравнению с тем, когда ВМС вводятся сразу после родов, и при немедленном введении ВМС после родов по сравнению с тем, когда они вводятся через определенный интервал.
б) от 48 часов до 4 недель	3	3	
с) > 4 недель	1	1	
д) пуэрперальный сепсис	4	4	
ПОСЛЕ АБОРТА*			
а) Первый триместр	1	1	Пояснение: ВМС можно вводить немедленно после самопроизвольного или индуцированного аборта в первом триместре. Доказательные факты: Уровень риска развития осложнений не зависит от момента введения ВМС - сразу после аборта или по истечении некоторого времени. Случаи выпадения наблюдались чаще, когда ВМС вводились после аборта на втором триместре, чем после аборта на первом триместре. Выбор вводимых после аборта ВМС - ЛИГ-ВМС или Си-ВМС - не влияет на уровень безопасности или вероятность выпадения.
б) Второй триместр	2	2	
с) Сразу после септического аборта	4	4	

СОСТОЯНИЕ	Категория Инициация		ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	Продолжение		
	Си-ВМС	ЛНГ /ВМС	
ПОСЛЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	1	1	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА В АНАМНЕЗЕ (см. раздел «После родов», включая «Состояние после кесарева сечения»)	1	1	
КУРЕНИЕ			
а) Возраст < 35 лет	1	1	
б) Возраст > 35 лет	1	1	
(i) < 15 сигарет в день			
(ii) > 15 сигарет в день	1	1	

ОЖИРЕНИЕ индекс массы тела (ИМТ) > 30 кг/м ²	1	1	
НЕВОЗМОЖНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	н/п	н/п	Пояснение: Хотя для обеспечения качественного профилактического обслуживания, возможно, целесообразно измерять артериальное давление, это не имеет прямого отношения к вопросам безопасного и эффективного применения ВМС. Женщине не следует отказываться в применении ВМС только потому, что нет возможности измерить ее артериальное давление.
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ			
МНОЖЕСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (такие, как немолодой возраст, курение, диабет и гипертония)	1	2	
ГИПЕРТЕНЗИЯ*			
Для всех категорий гипертонии в основе классификации лежит предположение об отсутствии других факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. В случае же, когда существует множество факторов риска, опасность сердечно-сосудистого заболевания может существенно возрасти. Однократного измерения артериального давления недостаточно для того, чтобы отнести женщину к категории гипертоников.			
а) В анамнезе гипертония, при которой артериальное давление не может быть измерено (включая гипертензию во время беременности)	1	2	
б) Адекватно контролируемая гипертония, когда артериальное давление можно измерить	1	1	
с) Повышенное артериальное давление (правильно измеренное)			
(i) систолическое 140-159 или диастолическое 90-99	1	1	
(ii) систолическое >160 или диастолическое >100	1	2	
д) Заболевания сосудов	1	2	
ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ (когда артериальное давление можно измерить и в данный момент оно находится в норме)	1	1	

СОСТОЯНИЕ	Категория Инициация, Продолжение			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ) / ЛЕГОЧНАЯ ЭМБОЛИЯ (ЛЭ)*				
a) ТГВ/ЛЭ в анамнезе	4			
b) ТГВ/ЛЭ в настоящее время	4			
c) Семейный анамнез ТГВ/ЛЭ (у ближайших родственников)	2			
d) Радикальная хирургия				
(i) с длительной иммобилизацией	4			
(ii) без длительной иммобилизации	2			
e) «Малая» хирургия без иммобилизации	1			
ВЫЯВЛЕННЫЕ ТРОМБОГЕННЫЕ МУТАЦИИ (например, фактор V Лейдена; протромбиновая мутация; недостаточность протеина S, протеина C и антитромбина)	4			Пояснение: Регулярный скрининг нецелесообразен из-за редкости подобных случаев и высокой стоимости процедуры. Доказательные факты: В группе женщин с тромбогенными мутациями риск возникновения тромбоза у пользователей КОК был в 2-20 раз выше, чем у женщин, не использующих данное противозачаточное средство.
ТРОМБОЗ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН*				
a) Варикоз вен	1			
b) Поверхностный тромбофлебит	2			
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА СЕЙЧАС И РАНЕЕ*	4			
ИНСУЛЬТ (инсульт в анамнезе)*	4			
УСТАНОВЛЕННЫЕ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ	2/3			Пояснение: Регулярный скрининг нецелесообразен из-за редкости подобных случаев и высокой стоимости процедуры. В то время как некоторые виды гиперлипидемии входят в группу факторов риска развития сосудистых заболеваний, данная категория должна оцениваться на основании конкретного вида гиперлипидемии, тяжести заболевания, а также наличия других факторов риска по сердечно-сосудистым заболеваниям.
ПОРАЖЕНИЕ КЛАПАНОВ СЕРДЦА*				
a) без осложнений	2			
b) с осложнениями (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе)	4			
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ				
ГОЛОВНЫЕ БОЛИ*		И	П	Пояснение: Следует выяснить причину любых новых головных болей или значительных изменений в характере прежних головных болей.
a) немигренозные (средние или сильные)	1	1	1	

б) мигрень				
без очаговых неврологических симптомов				
Возраст < 35	1	2	2	
Возраст >35	1	2	2	
С очаговыми неврологическими симптомами, в любом возрасте	1	2	3	

СОСТОЯНИЕ	Категория и Инициация Продолжение			ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	Си ВМС	ЛНГ	ВМС	
ЭПИЛЕПСИЯ	1	1		
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА				
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	1			Пояснение: Классификация основывается на докательных фактах, касающихся женщин с некоторыми видами депрессивных расстройств. Данные по биполярному психозу или послеродовой депрессии отсутствуют. Не исключена возможность лекарственного взаимодействия между определенными антидепрессивными препаратами и гормональными контрацептивами.
ИНФЕКЦИИ И РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОГО ТРАКТА				
ХАРАКТЕР ВАГИНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ*		И	П	
а) нерегулярные без больших кровопотерь	1	1	1	
б) Обильные или длительные кровотечения (включая регулярные и нерегулярные)	2	1	2	Пояснение: Необычайно сильные кровотечения должны вызывать подозрение на наличие серьезной сопутствующей патологии. Доказательные факты: Среди женщин с обильными или длительными кровотечениями применение ЛНГ-ВМС оказывало положительный эффект на лечение меноррагии.
НЕОБЪЯСНИМЫЕ ВАГИНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ (подозрение на серьезное заболевание)		И	П	Пояснение: Если подозревается беременность или сопутствующая патология (например, злокачественный процесс в органах малого таза), женщину необходимо полностью обследовать, а категория должна быть определена после обследования. Перед обследованием нет необходимости удалять ВМС.
До обследования	4	2	4	
ЭНДОМЕТРИОЗ*	2			Доказательные факты: При применении ЛНГ-ВМС у женщин с эндометриозом отмечалось уменьшение дисменореи и болей в области малого таза.
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ (включая кисты)	1			
ВЫРАЖЕННАЯ ДИСМЕНОРЕЯ*	2			

БОЛЕЗНИ ТРОФОБЛАСТА*	3	3		
а) Доброкачественные гестационные болезни трофобласта				
б) Злокачественные гестационные болезни трофобласта	4	1	2	
ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ ЭКТРОПИОН	1	1		
ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ				
РАК ШЕЙКИ МАТКИ* (в ожидании лечения)	И	П	И	П
	4	2	4	2

СОСТОЯНИЕ	Категория Инициация Продолжение				ПОЯСНЕНИЯ /ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	Си-ВМС		Си ВМС		
ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ*					
а) Недиагностированное образование	1		2		
б) Доброкачественное заболевание молочной железы	1				
с) Семейный анамнез рака	1		1		
д) Рак молочной железы					
(i) в настоящее время	1		4		
(ii) в прошлом, без рецидивов за последние 5 лет	1		3		
РАК ЭНДОМЕТРИЯ*	И	П	И	П	
	4	2	4	2	
РАК ЯИЧНИКОВ*	3	2	3	2	
ФИБРОМЫ МАТКИ*					Доказательные факты у женщин с фибромами при применении ЛНГ-ВМС не отмечено признаков ухудшения состояния здоровья. Более того, у некоторых женщин наблюдалось ослабление симптомов и уменьшение размеров фибромы.
а) Без изменения полости матки					
б) изменение полости матки	1		1		
АНАТОМИЧЕСКИЕ АНОМАЛИИ*					
а) Измененная полость матки (любая врожденная или приобретенная аномалия, изменяющая полость матки таким образом, что это несовместимо с введением ВМС)	4		4		

б) Другие аномалии (включая стеноз шейки матки или разрывы шейки матки), не изменяющие полость матки или не препятствующие введению ВМС	2		2		
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНО В МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)*	И	П	И	П	
а) ВЗОМТ в анамнезе (предполагая, что в настоящем факторов риска ИППП не установлено)					
(i) с последующей беременностью	1	1	1	1	
(ii) без последующей беременности	2	2	2	2	
в) ВЗОМТ- в настоящее время	4	2	4	2	Пояснение для продолжения: Необходимо лечение ВЗОМТ с помощью соответствующих антибиотиков. Как правило, нет необходимости в удалении ВМС, если пациентка желает продолжать их применение. (См. Некоторые практические рекомендации по использованию контрацептивов. ВОЗ: Женева, 2002) Продолжительное применение ВМС зависит от информированного выбора женщины, а также от факторов риска ИППП и ВЗОМТ, которым она подвержена в настоящее время. Доказательные факты: Среди женщин, пользующихся ВМС, которые проходили лечение ВЗОМТ, не отмечено различий в течении болезни, обусловленные тем, удалены у них ВМС или оставлены.

СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ				ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	Инициация		Продолжение		
	Cu ВМС		Cu ВМС		
ИППП*	И	II	И	II	
а) Гнойный цервицит хламидиоз или гонорея в настоящее время	4	2	4	2	Пояснение для продолжения: Необходимо лечение ИППП с помощью соответствующих антибиотиков. Как правило, нет необходимости в удалении ВМС, если пациентка желает продолжать их применение. Продолжительное применение ВМС зависит от информированного выбора женщины, а также от факторов риска ИППП и ВЗОМТ, которым она подвержена в настоящее время. Доказательные факты: Нет данных в отношении того, насколько введение ВМС женщинам с ИППП увеличивает риск ВЗОМТ, по сравнению с теми, которые ими не пользуются. Среди женщин, которым были введены ВМС, абсолютный риск последующего развития ВЗОМТ у женщин с ИППП на момент введения ВМС был невысоким, но выше, чем у женщин, не имеющих ИППП на момент введения ВМС.
Другие ИППП (за исключением ВИЧ-инфекции и гепатита)	2	2	2	2	Пояснение: См. также пункты (а) и (d).
Вагинит (включая	1	2	2	2	

вагинальный трихомоноз и бактериальный вагиноз)					
d) Повышенный риск ИППП	2/3	2	2/3	2	Пояснение для продолжения: Если женщина в силу своих и индивидуальных обстоятельств имеет очень высокую вероятность подвергнуться заражению гонореей или хламидийной инфекцией, ее состояние квалифицируется как категория 3. Доказательные факты: По результатам исследования с использованием алгоритма классификации уровней риска ИППП среди женщин, пользующихся ВМС, осложнения вследствие применения ВМС были отмечены у 11% женщин, подверженных высокому риску ИППП, по сравнению с 5% аналогичных случаев среди женщин, не отнесенных к категории повышенного риска.
ВИЧ/СПИД					
ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ	И	П	И	П	Доказательные факты: У женщин, подверженных высокому риску ВИЧ-инфекции, использование медьсодержащих ВМС не повышает риск инфицирования ВИЧ.
	2	2	2	2	
ВИЧ-ПОЗИТИВНЫЕ	2	2	2	2	Доказательные факты: в отношении пользования ВМС имеются некоторые немногочисленные данные, свидетельствующие об отсутствии повышения риска общих осложнений или осложнений, связанных с инфекцией, при сравнении женщин, инфицированных и не инфицированных вирусом ВИЧ, кроме того, у ВИЧ-инфицированных женщин применение ВМС не ведет к повышению риска передачи вируса половым партнерам.
СПИД	3	2	3	2	Пояснение для продолжения: Женщины, больные СПИДом, при использовании ВМС должны быть полностью обследованы на наличие инфекционных заболеваний тазовых органов
ЭФФЕКТИВНАЯ АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ	2	2	2	2	
ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ					
шистосомоз					
Без осложнений	1		1		
Фиброз печени (если выраженный, см. цирроз)	1		1		
ТУБЕРКУЛЕЗ	И	П	И	П	
a) Нетазовый	1	1	1	1	
b) Установленный тазовый	4	3	4	3	
МАЛЯРИЯ	1		1		

СОСТОЯНИЕ	Категория Инициация Продолжение		ПОЯСНЕНИЯ /ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	Си-ВМС	Си-ВМС	
ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ			
ДИАБЕТ*			
a) Во время беременности в анамнезе	1	1	
b) Без поражения сосудов			
(i) инсулино-независимые	1	2	
(ii) инсулино-зависимые	1	2	
(iii) Нефропатия/	1	2	

ретинопатия/ нейропатия			
d) Другие сосудистые осложнения или диабет продолжительностью >20 лет	1	2	
НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ			
a) Простой зоб	1	1	
b) Гипертиреоз	1	1	
c) Гипотиреоз	1	1	
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ			
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ			
a) С клиническими симптомами			
(i) после холецистэктомии	1	2	
(ii) после медикаментозного лечения	1	2	
(iii) в настоящее время	1	2	
Бессимптомные	1	2	
ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ*			
a) Связанные с беременностью	1	1	
b) Связанные с применением КОК	1	2	
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ*			
a) Активный	1	3	
b) Носительство	1	1	
ЦИРРОЗ*			
a) Легкий (компенсированный)	1	2	
b) Тяжелый (декомпенсированный)	1	3	
ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ*			
a) Доброкачественная (аденома)	1	3	
b) Злокачественная (гепатома)	1	3	
АНЕМИИ			
ТАЛАССЕМИЯ*	2	1	
СЕРПОВИДНО-КЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ*	2	1	
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ*	2	1	

СОСТОЯНИЕ	Категория Инициация		ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	Продолжение	Продолжение	
	Си-ВМС	Си-ВМС	
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ			
ПРЕПАРАТЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФЕРМЕНТЫ ПЕЧЕНИ			
a) Рифампицин	1	1	Доказательные факты: По данным одного исследования, рифабутин, который относится к тому же классу препаратов, что и рифампицин, не оказывает влияния на эффективность ЛНГ-ВМС
b) Некоторые противосудорожные	1	1	

средства (фенигоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин)			
АНТИБИОТИКИ (исключая рифампицин)	1	1	
а) Гризеофульвин	1	1	
б) Другие антибиотики	1	1	
АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ (АРВ)	2/3	2/3	Пояснение: СПИД классифицируется как категория «3» при введении ВМС и как категория «2» при продолжении применения ВМС, если женщина не находится на продвинутой стадии АРВ-терапии (в случае чего и при введении, и при продолжении использования ВМС состояние классифицируется как категория «2»).

Дополнительные комментарии

Возраст

От менархе до 20 лет: Не исключен риск выпадения ВМС у нерожавших, а также риск ИППП вследствие особенностей сексуального поведения молодежи.

Роды

Не рожавшие ранее имеют повышенный риск выпадения ВМС

После родов

< 48 часов, от 48 часов до 4 недель, > 4 недель: Вероятность того, что при использовании ЛНГ-ВМС новорожденный может подвергаться риску воздействия стероидных гормонов в течение первых 6 недель после родов такая же, как и при применении других контрацептивов прогестогенового ряда.

Пуэрперальный сепсис: Введение ВМС может существенно ухудшить состояние.

После аборта

Сразу после септического аборта введение ВМС может существенно ухудшить состояние.

После внематочной беременности

Абсолютный риск внематочной беременности очень низок в силу высокой эффективности ВМС. Однако, если при применении ВМС оплодотворение все-таки происходит, относительная вероятность внематочной беременности сильно повышается.

Гипертензия

Теоретически не исключено влияние левоноргестрела (ЛНГ) на липиды. Для медьсодержащих ВМС ограничений нет.

Тромбоз глубоких вен (ТГВ) / легочная эмболия (ЛЭ)

Некоторые прогестины могут повышать риск развития венозного тромбоза, но в гораздо меньшей степени, чем при применении КОК.

Ишемическая болезнь сердца сейчас или ранее

Теоретически не исключено влияние левоноргестрела (ЛНГ) на липиды. Для медьсодержащих ВМС ограничений нет.

Инсульт

Теоретически не исключено влияние левоноргестрела (ЛНГ) на липиды. Для медьсодержащих ВМС ограничений нет.

Головные боли

Аура является специфическим очаговым неврологическим симптомом, более подробную информацию по этому и другим диагностическим критериям см.: Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. Cephalalgia. 2004; 24 (Suppl 1): 1-150. http://216.25.100.131/ihscommon/gLMdelines/pdfs/ihc_II_main_no_print.pdf

Характер вагинальных кровотечений

Применение ЛНГ-ВМС нередко вызывает изменения в менструальных циклах. Со временем у женщин, пользующихся ЛНГ-ВМС, возрастает вероятность наступления аменореи, поэтому ЛНГ-ВМС иногда могут быть показаны для коррекции сильных кровотечений.

Эндометриоз

Применение медьсодержащих ВМС может усугубить дисменорею, связанную с этим заболеванием.

Выраженная дисменорея

Дисменорея может усиливаться при применении медьсодержащих ВМС. Применение ЛНГ-ВМС способствует уменьшению дисменореи.

Болезни трофобласта

Существует повышенный риск перфорации, поскольку для лечения таких заболеваний может потребоваться многократное проведение кюретажа матки.

Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (ЦИН)

Теоретически существуют некоторые опасения, что применение ЛНГ-ВМС может стимулировать прогрессирование ЦИН.

Рак шейки матки (в ожидании лечения)

При введении ВМС существует повышенная опасность инфицирования и кровотечения. По-видимому, в период лечения ВМС придется удалить, но с этого времени женщина подвержена риску беременности.

Заболевания молочных желез

Рак молочной железы: Рак молочной железы представляет собой гормонально чувствительную опухоль. Вероятность прогрессирования заболевания может быть ниже при использовании ЛНГ-ВМС, чем при применении КОК или высокодозовых ПТП.

Рак эндометрия

Не исключен повышенный риск инфицирования, перфорации и кровотечения при введении ВМС. По-видимому, в период лечения ВМС придется удалить, но с этого времени женщина подвержена риску беременности.

Рак яичников

По-видимому, в период лечения ВМС придется удалить, но с этого времени женщина подвержена риску беременности.

Фибромы матки

Без изменения полости матки: Женщины с сильными или продолжительными кровотечениями должны быть отнесены к этой категории.

С изменением полости матки: Фибромы матки, изменяющие ее полость, могут быть несовместимы с введением и правильным размещением ВМС.

Анатомические аномалии

Измененная полость матки: При наличии анатомической аномалии, которая изменяет полость матки, правильное размещение ВМС может оказаться невозможным.

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)

ВМС не обеспечивают защиты от ИППП/ВИЧ/ВЗОМТ. Для женщин, не подверженных высокому риску ИППП, введение ВМС не представляет серьезной опасности развития ВЗОМТ. Необходимо принимать во внимание такие моменты, как уровень риска ИППП, существующий в настоящее время, и желание женщины забеременеть в будущем.

ИППП

ВМС не обеспечивают защиты от ИППП/ВИЧ/ВЗОМТ. Имеются серьезные опасения, что введение ВМС повышает опасность развития ВЗОМТ у женщин, которые на данный момент больны ИППП или подвержены высокому риску заражения этими инфекциями

Высокий риск ВИЧ-инфекции

ВМС не обеспечивают защиты от ИППП/ВИЧ/ВЗОМТ.

Туберкулез

Введение ВМС может существенно ухудшить состояние.

Диабет

Остается неизвестным, может ли то количество левоноргестрела (ЛНГ), которое высвобождается из ВМС, оказывать какое-то влияние на обмен углеводов и липидов или нет. При применении некоторых прогестогенов может повышаться риск тромбоза, хотя и не столь сильно, как при применении КОК.

Холестаз в анамнезе

Наличие в анамнезе холестаза, связанного с применением КОК, может служить основанием для того, чтобы предполагать возможность развития холестаза и при использовании ЛНГ-ВМС. Неизвестно, существует ли риск холестаза при применении ЛНГ-ВМС.

Вирусный гепатит

Активный: Прогестогены метаболизируются в печени и их применение может неблагоприятно влиять на женщин с нарушениями функции печени. Эта проблема аналогична той, которая возникает при применении КОК, но не столь серьезна, как в последнем случае.

Цирроз

Прогестогены метаболизируются в печени и их применение может неблагоприятно влиять на женщин с нарушениями функции печени. Эта проблема аналогична той, которая возникает при применении КОК, но не столь серьезна, как в последнем случае.

Опухоли печени

Прогестогены метаболизируются в печени и их применение может неблагоприятно влиять на женщин с нарушениями функции печени. Кроме того, применение может стимулировать рост опухолей. Эта проблема аналогична той, которая возникает при применении КОК, но не столь серьезна, как в последнем случае.

Талассемия

Имеются опасения в отношении повышенного риска кровопотерь при применении медьсодержащих ВМС.

Серповидноклеточная анемия

Имеются опасения в отношении повышенного риска кровопотерь при применении медьсодержащих ВМС.

Железодефицитная анемия

Имеются опасения в отношении повышенного риска кровопотерь при применении медьсодержащих ВМС.

1.15.8 Медьсодержащие ВМС для неотложной контрацепции (Э-ВМС)

Этот метод высоко эффективен для предотвращения беременности. Медь высвобождающие ВМС могут быть использованы в течение пяти дней после незащищенного полового акта в качестве средства неотложной контрацепции (Э-ВМС). Однако в случае, если можно рассчитать время овуляции, Си-ВМС могут быть при необходимости введены и по истечении пяти дней после полового контакта, но не более чем через пять дней после овуляции.

Медицинские критерии для интервального введения Cu-ВМС также применимы и для введения Си-ВМС в качестве средства неотложной контрацепции (Э-ВМС).

МЕДЬСОДЕРЖАЩИЕ ВМС ДЛЯ НЕОТЛОЖНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ	ВМС не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов - как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.	
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ	ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
БЕРЕМЕННОСТЬ	A	Пояснение: ВМС не показаны в период беременности и не должны применяться из-за риска серьезных инфекций тазовых органов и септического самопроизвольного аборта.
ИЗНАСИЛОВАНИЕ*		
a) Высокий риск ИППП	3	
b) Низкий риск ИППП	1	

Дополнительные комментарии

Изнасилование

Имеются серьезные основания предполагать, что применение ВМС повышает риск ВЗОМТ у женщин, уже больных ИППП или подверженных высокому риску заражения этими инфекциями.

1.1.5.9 Барьерные методы

Мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы

Спермицид (вагинальная пленка, таблетки, пенка, гель)

Диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ	Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов - как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.
Женщины, для которых беременность является недопустимым риском ввиду их состояния здоровья, должны знать, что барьерные методы предохранения от беременности могут оказаться неприемлемыми для тех из них, кто не может использовать их регулярно и правильно, поскольку эти методы характеризуются более высоким процентом неудачных исходов при несоблюдении правил их применения.	

СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	П	С	Д	
ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ				
БЕРЕМЕННОСТЬ	н/п	н/п	н/п	Пояснение: Ни один из этих методов не показан в качестве средства контрацепции в период беременности. Однако для женщин, которые продолжают быть подвержены высокому риску заражения ИППП/ВИЧ, рекомендуется правильное и регулярное использование презервативов в течение беременности.
ВОЗРАСТ				
а) От менархе до 40 лет	1	1	1	
б) от 40 лет	1	1	1	
РОДЫ				
а) Ранее не рожавшие	1	1	1	
б) Рожавшие	1	1	2	Пояснение: У рожавших женщин существует более высокая вероятность выпадения цервикальных колпачков, чем у нерожавших.
КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ				
а) < 6 недель после родов	1	1	Н/П	Пояснение: Диафрагма и колпачок не показаны до завершения процесса инволюции матки.
в) от 6 недель до 6 месяцев после родов (в основном кормление грудью)	1	1	1	
с) > 6 месяцев после родов	1	1	1	
ПОСЛЕ АБОРТА				
а) Первый триместр	1	1	1	
б) Второй триместр	1	1	1	Пояснение: Диафрагма и колпачок не показаны в течение 6 недель после аборта на втором триместре беременности.
с) Сразу после септического аборта	1	1	1	
ПОСЛЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	1	1	1	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА В АНАМНЕЗЕ	1	1	1	
КУРЕНИЕ				
а) Возраст < 35	1	1	1	
б) Возраст > 35				
(i) < 15 сигарет в день	1	1	1	
(ii) 15 сигарет в день	1	1	1	
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ			ПОЯСНЕНИЯ/ ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	П	С	Д	
ОЖИРЕНИЕ -Индекс массы тела (ИМТ) > 30 кг/м ²	1	1	1	
АНАТОМИЧЕСКИЕ АНОМАЛИИ	1	1	нп	Пояснение: Диафрагму нельзя использовать в некоторых случаях выпадения матки. Применение колпачка не показано для женщин с выраженными анатомическими изменениями шейки матки.
НЕВОЗМОЖНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	н п	и п	нп	Пояснение: Хотя для обеспечения качественного профилактического обслуживания, возможно, целесообразно измерять артериальное давление то непрямого отношения к вопросам безопасного

				и эффективного применения барьерных методов. Женщине не следует отказываться в применении барьерных методов только потому, что нет возможности измерить ее артериальное давление.
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ				
МНОЖЕСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (такие, как немолодой возраст, курение, диабет и гипертония)	1	1	1	
ГИПЕРТЕНЗИЯ				
a) в анамнезе гипертония, при которой артериальное давление не может быть измерено (включая гипертонию во время беременности)	1	1	1	
b) Адекватно контролируемая гипертония, когда артериальное давление можно измерить	1	1	1	
c) Повышенное артериальное давление (правильно измеренное	1	1	1	
(i) систолическое 140-159 или диастолическое 90-99	1	1	1	
(ii) систолическое >160 или диастолическое >100	1	1	1	
d) Заболевание сосудов	1	1	1	
ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ (когда артериальное давление можно измерить и в данный момент оно находится в норме)	1	1	1	
ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ) / ЛЕГОЧНАЯ ЭМБОЛИЯ (ЛЭ)				
a) ТГВ/ЛЭ в анамнезе	1	1	1	
b) ТГВ/ЛЭ в настоящее время	1	1	1	
c) Семейный анамнез ТГВ/ЛЭ (у ближайших родственников)	1	1	1	
d) Радикальная хирургия				
(i) с длительной иммобилизацией	1	1	1	
(ii) без длительной иммобилизации	1	1	1	
e) «Малая» хирургия без иммобилизации	1	1	1	
ВЫЯВЛЕННЫЕ ТРОМБОГЕННЫЕ МУТАЦИИ (например, фактор V Лейдена; протромбиновая мутация, недостаточность протеина S, протеина C и антитромбина)	1	1	1	Пояснение: Регулярный скрининг нецелесообразен из-за редкости подобных случаев и высокой стоимости процедуры

СОСТОЯНИЕ				ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
ТРОМБОЗ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН				
а) Варикоз вен	1	1	1	
б) Поверхностный тромбофлебит	1	1	1	
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА СЕЙЧАС И РАНЕЕ				
ИНСУЛЬТ (инсульт в анамнезе)	1	1	1 1	
УСТАНОВЛЕННЫЕ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ	1	1	1	Пояснение: Регулярный скрининг нецелесообразен из-за редкости подобных случаев и высокой стоимости процедуры
ПОРАЖЕНИЕ КЛАПАНОВ СЕРДЦА*				
а) Без осложнений	1	1	1	
б) с осложнениями легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит	1	1	2	
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ				
ГОЛОВНЫЕ БОЛИ				
а) немигренозные (средние или сильные)	1	1	1	
в) мигрень				
(i) без очаговых неврологических симптомов				
Возраст < 35	1	1	1	
Возраст > 35	1	1	1	
(ii) с очаговыми неврологическими симптомами, в любом возрасте	1	1	1	
ЭПИЛЕПСИЯ	1	1	1	
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА				
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	1	1	1	
ИНФЕКЦИИ И РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОГО ТРАКТА				
НЕОБЪЯСНИМЫЕ ВАГИНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ (подозрение на серьезное заболевание)				Пояснение: Если подозревается беременность или сопутствующая патология (например, злокачественный процесс в органах малого таза), женщину необходимо полностью обследовать, а категория должна быть определена после обследования.
До обследования	1	1	1	
ЭНДОМЕТРИОЗ	1	1	1	
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ (включая кисты)	1	1	1	
ВЫРАЖЕННАЯ ДИСМЕНОРЕЯ	1	1	1	

БОЛЕЗНИ ТРОФОВЛАСТА				
а) Доброкачественные гестационные болезни трофобласта	1	1	1	
б) Злокачественные гестационные болезни трофобласта	1	1	1	
ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ ЭКТРОПИОН	1	1	1	
ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ (ЦИН)	1	1	1	Пояснение: Применение колпачка не рекомендуется. Для использования диафрагмы ограничений нет.

СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ			ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	П	С	Л	
РАК ШЕЙКИ МАТКИ* (в ожидании лечения)	1	2	1	Пояснение: Применение колпачка не рекомендуется. Для использования диафрагмы ограничений нет.
ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ				
а) Недиагностированное образование	1	1	1	
б) Доброкачественное заболевание молочной железы	1	1	1	
с) Семейный анамнез рака	1	1	1	
д) Рак молочной железы:				
(i) в настоящее время	1	1	1	
(ii) в прошлом и без рецидивов в последние 5 лет	1	1	1	
РАК ЭНДОМЕТРИЯ	1	1	1	
РАК ЯИЧНИКОВ	1	1	1	
ФИБРОМЫ МАТКИ				
а) Без изменения полости матки	1	1	1	
б) С изменением полости матки	1	1	1	
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)				
а) ВЗОМТ в анамнезе (предполагая, что в настоящем факторов риска ИППП не установлено)				
(i) с последующей беременностью	1	1	1	
(ii) без последующей беременности	1	1	1	
ВЗОМТ - в настоящее время	1	1	1	
ИППП				
а) Гнойный цервицит, хламидиоз или гонорея в настоящее время	1	1	1	
б) Другие ИППП (за исключением ВИЧ-инфекции и гепатита)	1	1	1	
с) Вагинит (включая вагинальный трихомоноз и бактериальный вагиноз)	1	1	1	
д) Повышенный риск ИППП	1	1	1	

ВИЧ/СПИД				
ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ*	1	4	3	Доказательные факты: Многократное применение спермицида моноксинол-9 или большие дозы этого препарата могут вызывать повреждения тканей половых органов, что может повысить риск заражения ВИЧ-инфекцией.
ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ	1	4	3	
СПИД	1	4	3	
ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ				
ШИСТОСОМОЗ				
a) Без осложнений	1	1	1	
b) фиброз печени	1	1	1	
ТУБЕРКУЛЕЗ				
a) Нетазовый	1	1	1	
b) Установленный тазовый	1	1	1	
МАЛЯРИЯ	1	1	1	

СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ			ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	П	С	Л	
	1	1	1	
СИНДРОМ ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА В АНАМНЕЗЕ			1	
ИНФЕКЦИИ МОЧЕ-ВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ	1	1		
ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ				
ДИАБЕТ				
a) Во время беременности в анамнезе	1	1	1	
b) Без поражения				
(i) инсулино-независимые	1	1	1	
(ii) инсулино-зависимые	1	1	1	
c) Нефропатия/ ретинопатия/ нейропатия	1	1	1	
d) Другие сосудистые осложнения или диабет продолжительностью >20 лет	1	1	1	
НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ				
a) Простой зоб	1	1	1	
b) Гипертиреоз	1	1	1	
c) Гипотиреоз	1	1	1	
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ				
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ				
a) С клиническими симптомами				

(i) после холецистэктомии	1	1	1	
(ii) после медикаментозного печения	1	1	1	
(iii) в настоящее время	1	1	1	
b) Бессимптомные	1	1	1	
ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ				
a) Связанные с беременностью	1	1	1	
b) Связанные с применением КОК в анамнезе	1	1	1	
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ				
a) Активный	1	1	1	
b) Носительство	1	1	1	
ЦИРРОЗ				
a) Легкий (компенсированный)	1	1	1	
b) Тяжелый (декомпенсированный)	1	1	1	
ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ				
a) Доброкачественная (аденома)	1	1	1	
Злокачественная (гепатома)	1	1	1	
АНЕМИИ				
ТАЛАССЕМИЯ				
	1	1	1	
СЕРПОВИДНОКЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ				
	1	1	1	
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ				
	1	1	1	

СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ			ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	п	с	д	
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ				
ПРЕПАРАТЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФЕРМЕНТЫ ПЕЧЕНИ				
a) Рифампицин	1	1	1	
b) Некоторые противосудорожные средства (фенигоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин)	1	1	1	
АНТИБИОТИКИ (исключая рифампицин)				
a) Грюеофульвин	1	1	1	
b) Другие антибиотики	1	1	1	
АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ				
	1	1	1	
АЛЛЕРГИЯ НА ЛАТЕКС	3	1	3	Пояснение: Это не относится к пластиковым презервативам/ диафрагмам

Дополнительные комментарии

Ожирение

При сильном ожирении введение диафрагмы или колпачка может быть проблематичным.

Поражение клапанов сердца

Опасность инфицирования мочевыводящих путей при использовании диафрагмы может быть сопряжена с повышенным риском для женщины, страдающей подострым бактериальным эндокардитом.

Рак шейки матки (в ожидании лечения)

Множественное применение ноноксинола-9 или большие дозы этого препарата могут вызывать раздражение влагалища и шейки матки или их абразию.

Высокий риск ВИЧ-инфицирования

Категория «3» для применения диафрагмы установлена из-за возможных проблем, связанных со спермицидами, а не самой диафрагмой.

Синдром токсического шока в анамнезе

Синдром токсического шока был отмечен после применения противозачаточной губки и диафрагмы.

Инфекции мочевыводящих путей

Применение диафрагмы и спермицидов может повлечь за собой повышение риска инфекций мочевыводящих путей.

Справочная литература по барьерным методам:

1. Wilkinson D et al. Nonoxonyl-9 for preventing vaginal acquisition of HIV infection by women from men. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002, 4:CD003936.

1.15.10 Методы отслеживания фертильности

Метод планирования семьи, основанные на отслеживании фертильности (МОФ), предусматривают определение фертильных дней в течение менструального цикла либо путем наблюдения за признаками фертильности (такими, как цервикальная секреция и базальная температура), либо путем подсчета дней цикла. В фертильный период методы МОФ могут использоваться в сочетании с воздерживанием или барьерными методами. В случае применения барьерных методов см. раздел, посвященный барьерным методам. Не существует медицинских состояний, которые могли бы ухудшиться в результате применения методов МОФ. В целом, эти методы могут быть рекомендованы без каких-либо ограничений в отношении того, что будут иметь неблагоприятные последствия для здоровья пациентов, которые отдают предпочтение именно таким способам контрацепции. Однако в некоторых обстоятельствах при их использовании могут возникнуть дополнительные сложности. Наличие таких обстоятельств предполагает, что (1) применение этих методов следует отложить до того момента, пока проблемы не будут устранены или решены, либо (2) необходима специальная консультация, и, как правило, в любом случае требуется помощь более квалифицированного врача для обеспечения правильного использования этих методов.

Определения

СМ Методы, основанные на методах МОФ, основанные на отслеживании признаков фертильности симптомов (например, наличие цервикальной секреции и базальная температура), такие, как «метод шеечной слизи», «симптомтермальный метод» и «метод двух дней».

КМ Календарные методы МОФ, основанные на подсчете фертильных дней по календарю, такие, как «календарный ритмический метод» и «метод стандартных дней».

А. Метод приемлем. В данных обстоятельствах медицинских противопоказаний для применения того или иного метода МОФ не существует.

С. Необходима особая осторожность. Метод используется в обычном порядке, но с дополнительной осторожностью, подготовкой и мерами предосторожности. Применительно к методам МОФ, это, как правило, означает, что, возможно, женщине потребуется специальная консультация для обеспечения правильного использования этого метода в данных обстоятельствах.

D. Рекомендуется отсрочка. Применение этого метода следует отложить до проведения надлежащей диагностики и/или принятия соответствующих мер по устранению патологического состояния. Женщине следует предложить временно использовать альтернативные методы контрацепции.

Н/П Не применимо

МЕТОДЫ ОТСЛЕЖИВАНИЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ	Методы, основанные на отслеживании фертильности, не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов - как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.	
Женщины, для которых беременность является недопустимым риском ввиду их состояния здоровья, должны знать, что методы предохранения от беременности, основанные на отслеживании фертильности, могут оказаться неприемлемыми для тех, кто не может использовать их регулярно и правильно, поскольку эти методы характеризуются более высоким процентом неудачных исходов при несоблюдении правил их применения		
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ	
	СМ	КМ
ПОЯСНЕНИЯ /ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ		
ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ		
БЕРЕМЕННОСТЬ	н/п	
	Пояснение: Применение методов МОФ не показано в период беременности.	
ПЕРИОД ЖИЗНИ		
а) После менархе	С	С
Приближение менопаузы	С	С
КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ*		
а) < 6 недель после родов	D	D
б) > 6 недель после родов	С	D
с) После начала менструации	С	С
ПОСЛЕ РОДОВ* (у женщин, не кормящих грудью)		
а) < 4 недель	D	D
б) > 4 недель	A	D
ПОСЛЕАБОРТА*	С	D
ИНФЕКЦИИ И РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОГО ТРАКТА		
НЕРЕГУЛЯРНЫЕ ВАГИНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ*	0	D
ВЛАГАЛИЩНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ*	0	A
ПРОЧЕЕ		
ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВ, ВЛИЯЮЩИХ НА РЕГУЛЯРНОСТЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА, УРОВЕНЬ ГОРМОНОВ И/ИЛИ ПРИЗНАКИ ФЕРТИЛЬНОСТИ*	C/D	C/D
ЗАБОЛЕВАНИЯ, КОТОРЫЕ СОПРОВОЖДАЮТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ ТЕМПЕРАТУРЫ*		
а) Хронические заболевания	С	A
б) Острые заболевания	D	A

Дополнительные комментарии

Кормление грудью

В период кормления грудью методы МОФ могут быть менее эффективными, чем в другое время.

< 6 недель после родов: В первые 6 месяцев после родов у женщин, которые кормят грудью и у которых отсутствует менструация, функция яичников чаще всего ослаблена и недостаточна для появления выраженных признаков фертильности или гормональных изменений. Однако по истечении некоторого времени и по мере постепенного перехода младенца с грудного молока на другие продукты питания вероятность восстановления фертильности повышается.

После начала менструации: Когда женщина обнаруживает признаки фертильности (в частности, цервикальную секрецию), она может использовать метод, основанный на симптомах. В случае, если после родов у нее уже 3 раза были менструации, она может пользоваться календарным методом. До этого женщине, которая планирует впоследствии применять МОФ, следует рекомендовать барьерный метод.

После родов

< 4 недель: У женщин, которые не кормят грудью, в течение первых 4 недель после родов функция яичников, как правило, ослаблена, недостаточна для того чтобы вызывать необходимость в применении того или иного метода МОФ либо продуцировать явные признаки фертильности или гормональные изменения. Но, несмотря на то, что риск наступления беременности очень невысок, следует предложить метод контрацепции, пригодный для применения в послеродовой период.

> 4 недель: На этом этапе послеродового периода, у не кормящих грудью женщин функция яичников уже, как правило, в достаточной степени восстанавливается для того, чтобы продуцировать явные признаки фертильности или гормональные изменения; и со временем вероятность этого все более возрастает. Если у женщины после родов уже 3 раза были менструации, она может пользоваться календарными методами отслеживания фертильности. До этого времени женщине должен быть рекомендован метод контрацепции, пригодный для применения в послеродовой период.

После аборта

У женщин после аборта яичники обычно функционируют в достаточной мере для того, чтобы продуцировать явные признаки фертильности или гормональные изменения; и со временем эта способность быстро восстанавливается. Женщины могут начинать пользоваться календарными методами отслеживания фертильности уже с того момента, когда у них была хотя бы одна менструация после аборта (например, женщины, у которых до наступления беременности продолжительность менструального цикла составляла, как правило, от 26 до 32 дней могут применять «метод стандартных дней»). До этого времени женщине следует рекомендовать методы контрацепции, пригодные для применения в постабортный период.

Нерегулярные вагинальные кровотечения

В подобной ситуации методы МОФ являются ненадежными. Поэтому таким пациентам следует рекомендовать применение барьерных методов до восстановления регулярности вагинальных кровотечений и возможности надлежащего использования МОФ. Пациент нуждается в обследовании и, возможно, в лечении - в зависимости от диагноза.

Влагалищные выделения

Поскольку наличие влагалищных выделений затрудняет распознавание цервикальной секреции, прежде чем рекомендовать пациентке методы отслеживания фертильности по цервикальной секреции, следует провести ее обследование и при необходимости лечение.

Применение лекарств, влияющих на регулярность менструального цикла, уровень гормонов и/или признаки фертильности

Прием определенных видов препаратов, регулирующих эмоциональное состояние, таких, как литиевые, трициклические антидепрессанты и седативные средства, а также некоторых антибиотиков и противовоспалительных лекарств может оказывать влияние на регулярность менструального цикла или признаки фертильности. Следует тщательно изучить ситуацию и предложить использование барьерных методов до установления степени воздействия таких препаратов или прекращения их приема.

Заболевания, которые сопровождаются повышением температуры

Повышенная температура может затруднить интерпретацию базальной температуры, но никакого эффекта на цервикальную секрецию она не оказывает. В связи с этим применение метода контрацепции, основанного на измерении температуры, следует отложить до тех пор, пока не пройдет острая стадия заболевания. Методы, основанные на измерении температуры, не подходят для женщин с постоянно повышенной температурой. Кроме того, некоторые хронические заболевания влияют на регулярность менструального цикла, затрудняя использование календарных методов отслеживания фертильности.

1.15.11 Метод лактационной аменореи

Метод, основанный на использовании явления лактационной аменореи, не защищает от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов - как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ. Женщины, для которых беременность является недопустимым риском ввиду их состояния здоровья, должны знать, что метод предохранения от беременности, основанный на явлении лактационной аменореи, может оказаться неприемлемым ввиду относительно высокого процента неудачных исходов при применении данного метода.

Консенсус, достигнутый на совещании в Боладжпо, заложил научную основу для определения состояний, при которых грудное вскармливание может использоваться в качестве безопасного и эффективного способа регулирования рождаемости. В ходе этого совещания были сформулированы программные руководящие принципы использования метода лактационной аменореи в планировании семьи. Упомянутые руководящие принципы включают комплекс из трех критериев, удовлетворение которых полностью гарантирует предупреждение незапланированной беременности: (1) У женщины отсутствуют менструальный цикл (аменорея); (2) Женщина имеет ребенка, который находится полностью или почти полностью на грудном вскармливании; (3) Женщина находится в послеродовом периоде, который составляет менее 6 месяцев.

Основным преимуществом грудного вскармливания остается то, что оно является источником идеально сбалансированного питания для ребенка и обеспечивает защиту от различных заболеваний. Не существует каких-либо расстройств здоровья, при которых использование метода лактационной аменореи было бы противопоказано. Также, нет никаких документально подтвержденных доказательных фактов, указывающих на неблагоприятное воздействие метода на здоровье матери. Однако, определенные состояния или обстоятельства, отрицательным образом влияющие на качество грудного вскармливания, могут также влиять на длительность периода аменореи, что, соответственно, снижает привлекательность лактационной аменореи как метода планирования семьи. Группа упомянутых состояний и обстоятельств включает:

ВИЧ-инфекция

Грудное вскармливание должно всячески поддерживаться и поощряться во всех случаях, когда лабораторные анализы указывают на отсутствие ВИЧ-инфекции у матери, а также тогда, когда ВИЧ-статус матери точно не установлен. Если мать является носителем ВИЧ-инфекции и существует возможность замены грудного вскармливания более приемлемым, доступным с точки зрения финансовых затрат, постоянным и безопасным источником питания для ребенка, то в этом случае рекомендуется избегать кормления грудью. В особых случаях допускается применять грудное вскармливание только в течение первых месяцев жизни ребенка; при этом переход на альтернативный метод вскармливания необходимо осуществить как можно раньше. Женщины, являющиеся носительницами ВИЧ-инфекции, должны получать необходимую консультацию относительно возможных рисков и ожидаемой пользы от применения того или иного метода вскармливания. Им также должна оказываться помощь в выборе метода вскармливания, который является наиболее оптимальным при существующих обстоятельствах. Такие женщины должны находиться под наблюдением врача и получать необходимую помощь, включая помощь в выборе и практическом применении соответствующего метода контрацепции, а также в обеспечении ребенка сбалансированным и полноценным питанием.

Прием лекарственных препаратов в период грудного вскармливания

В целях предупреждения неблагоприятного воздействия на здоровье ребенка, метод грудного вскармливания не рекомендуется использовать женщинам, принимающим такие лекарственные препараты как антимагнетолиты, бромокринтин, некоторые антикоагулянты, кортикостероиды (при высоких дозировках), циклоспорин, эрготамин, литий, психотропные и радиоактивные препараты резерпин.

Патологические состояния/дефекты развития новорожденных

В эту группу входят врожденные дефекты ротовой полости, челюстей или твердого неба; гипотрофия или недоношенность новорожденных, при которых требуется проведение интенсивной неонатальной терапии, а также некоторые нарушения метаболизма у новорожденных, которые могут затруднять процесс кормления грудью.

1.15.12 Прерванный половой акт

Прерванный половой акт не обеспечивает защиты от заражения ВИЧ/СПИДом. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов - как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ. Женщины, имеющие абсолютные противопоказания к беременности, должны в обязательном порядке уведомляться о том, что прерванный половой акт не может являться для них адекватным методом контрацепции ввиду относительно высокой частоты случаев его несостоятельности, возникающих под воздействием ряда типичных субъективных факторов.

Прерванный половой акт представляет собой традиционный метод регулирования рождаемости. Суть данного метода состоит в том, что мужчина полностью извлекает половой член из влагалища и отводит его на достаточное расстояние от наружных половых органов женщины до начала семяизвержения. При этом сперма не попадает во влагалище женщины, что, соответственно, исключает контакт между сперматозоидами и яйцеклеткой. Метод прерванного полового акта может рекомендоваться в случаях, когда:

- половые партнеры имеют достаточно высокую мотивацию и способны эффективно пользоваться данным методом;

- религиозные или философские принципы и убеждения, которых придерживается данная пара, не допускают использования других методов контрацепции;
- половые партнеры вступили в половой акт, не имея в своем распоряжении каких-либо средств контрацепции, помимо прерванного полового сношения;
- половые партнеры нуждаются во временном методе контрацепции до начала применения постоянного метода предупреждения беременности;
- частота половых сношений является невысокой.

Метод прерванного полового акта обладает теми преимуществами, что он, в частности, не влияет на грудное вскармливание и всегда может использоваться в качестве основного или вспомогательного средства контрацепции. Помимо этого, применение данного метода не связано с какими-либо финансовыми затратами и не требует использования химических веществ. Метод прерванного полового акта не оказывает какого-либо прямого отрицательного воздействия на здоровье половых партнеров. Мужчины и женщины, входящие в высокую группу риска инфицирования ВИЧ/СПИДом, должны использовать презерватив при каждом половом акте.

Метод прерванного полового акта не прощает неправильного исполнения, и его эффективность целиком зависит от готовности и способности половых партнеров прибегать к данному методу контрацепции при каждом половом сношении.

1.15.13 Методы хирургической стерилизации

Учитывая, что стерилизация представляет собой хирургический метод, приводящий к стойкой потере фертильности, особое внимание должно уделяться тому, чтобы клиент принимал решение в пользу данного метода на основе полной добровольности и информированности. В особенности, данное положение касается лиц молодого возраста, не рожавших женщин, мужчин, еще не имеющих детей, а также лиц, страдающих психическими заболеваниями (включая депрессивные расстройства). Врач должен проводить комплексную беседу с каждым пациентом, ставя его/ее в известность в отношении необратимости стерилизации и наличия альтернативных высокоэффективных методов долгосрочной контрацепции. Особое внимание должно уделяться лицам молодого возраста. Решение при этом должно приниматься с учетом местного законодательства и норм, регулирующих проведение стерилизации.

Трансцервикальные методы женской стерилизации в настоящем документе не рассматриваются.

На данный момент не существует такого заболевания, при котором стерилизация была бы абсолютно противопоказана, хотя некоторые состояния или обстоятельства могут требовать, принятия определенных мер предосторожности. При ряде состояний и обстоятельств, отмеченных кодом «С» (при проведении стерилизации необходимо соблюдать особую осторожность), «D» (стерилизацию рекомендуется отсрочить до наступления благоприятного момента) или «S» (для проведения стерилизации требуется наличие специальных условий), теоретические опасения или доказанные риски могут перевешивать потенциальную пользу от стерилизации (в особенности, женской стерилизации). В тех ситуациях, когда риск, связанный с проведением стерилизации, превышает ожидаемые выгоды, рекомендуется выбор альтернативных высокоэффективных методов долгосрочной контрацепции. Решение в таких случаях должно приниматься на индивидуальной основе с учетом рисков и потенциальных выгод стерилизации, рисков, связанных с наступлением нежелательной беременности, а также доступности и приемлемости альтернативных методов контрацепции.

Приводимая ниже классификация состояний (4 категории) разработана на основе результатов всестороннего анализа эпидемиологических и клинических доказательных фактов, касающихся допустимости проведения процедуры стерилизации. Стерилизация

должна проводиться только высококвалифицированным медицинским персоналом в условиях современной клиники, оснащенной соответствующим оборудованием, инструментами и расходными материалами. Обеспечение максимальной безопасности пациента требует, чтобы предоставление такого рода услуг осуществлялось с соблюдением соответствующих руководящих принципов, включая протоколы по профилактике инфекции.

Условные обозначения

А. Метод приемлем

Медицинских противопоказаний для проведения стерилизации не существует

С. Необходима особая осторожность. Стерилизация может быть проведена в условиях обычной клиники с соблюдением дополнительных мер предосторожности.

Д. Рекомендуется отсрочка. Стерилизацию рекомендуется отложить до проведения надлежащей диагностики и/или устранения патологического состояния. До стерилизации рекомендуется использовать альтернативные временные методы контрацепции.

С. Необходимы специальные условия

Стерилизация должна проводиться опытным хирургом под общей анестезией и при наличии всех других необходимых клинических условий. В таких случаях врачебный персонал должен быть в состоянии выбрать наиболее оптимальный метод стерилизации и режим анестезии. Если пациент направляется на стерилизацию в специализированную клинику или ожидается задержка в проведении стерилизации по каким-либо другим причинам, то в таком случае врач может порекомендовать альтернативный метод контрацепции.

А. Хирургическая стерилизация женщин

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ ЖЕНЩИН	Стерилизация не защищает от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов - как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.	
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ	ПОЯСНЕНИЯ /ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ		
БЕРЕМЕННОСТЬ	D	
МОЛОДОЙ ВОЗРАСТ*	C	Пояснение: Молодые женщины, как и все лица женского пола, должны ставиться в известность в отношении того, что стерилизация приводит к стойкой потере способности к деторождению, и что существуют альтернативные высокоэффективные методы долгосрочной контрацепции.
		Доказательные факты: Исследования показывают, что до 20% женщин, подвергшихся стерилизации в молодом возрасте, позднее сожалели о таком шаге. Также, молодой возраст пациента, обратившегося в клинику с просьбой о проведении стерилизации, позволяет почти наверняка предсказать, что такой пациент будет раскаиваться в принятом решении позднее.
РОДЫ*		
a) Не рожавшие	A	
b) Рожавшие	A	
КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ	A	
ПОСЛЕ РОДОВ*		
a) < 7 дней	A	
от 7 до 42 дней	D	
> 42 дней	A	

b) Презклампсия/эклампсия		
(i) легкая презклампсия	A	
(II) тяжелая презклампсия/эклампсия	D	<p>Пояснение: Если состояние пациентки остается стабильным при выполнении диагностической хирургической процедуры или лапароскопии, то в этом случае допускается ушить разрыв стенки матки и произвести перевязку маточных труб (при условии, что это не будет связано с дополнительным риском для здоровья женщины).</p>
c) Затянувшееся состояние разрыва плодного пузыря: >24 часов	D	
d) Пуэрперальный сепсис, лихорадка во время родов или в послеродовом периоде	D	
e) Сильное кровотечение в дородовом или послеродовом периоде	D	
f) Тяжелая травма половых путей: разрыв шейки матки ИПП влагалища во время родов	S	
j) Разрыв или прободение матки		
ПОСЛЕ АБОРТА*	A	
a) Неосложненный аборт	в D	
b) Послеабортный сепсис или лихорадка		
c) Интенсивное послеабортное кровотечение		
d) Тяжелая травма половых путей: разрыв шейки матки или влагалища во время аборта	D S	<p>Пояснение: Если состояние пациентки остается стабильным при выполнении диагностической хирургической процедуры или лапароскопии, то в этом случае допускается ушить разрыв маточной стенки и произвести перевязку маточных труб (при условии, что это не будет связано с дополнительным риском для здоровья женщины).</p>
p) Прободение матки, острая гематометра	D	
ПОСЛЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	A	
КУРЕНИЕ	A	
a) Возраст < 35 лет	A	
b) Возраст > 35 лет	A	
(i) < 15 сигарет в день		
(ii) > 15 сигарет в день		
ОЖИРЕНИЕ	C	<p>Доказательные факты: Процент осложнений при проведении стерилизации у женщин с избыточным весом был выше нежели при выполнении аналогичной операции у женщин, не страдающих ожирением. -23 Пояснение: Проведение стерилизации у женщин с избыточным весом может быть связано с дополнительными трудностями, включая повышенный риск нагноения раны и несостоятельности швов. Помимо этого, у таких пациенток наблюдается нарушение респираторных функций и к ним чаще всего приходится применять общую анестезию.</p>
Индекс массы тела (ИМТ) > 30 кг/м ²		
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
Множественные факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (такие, как немолодой возраст, курение, диабет и гипертония)	S	

ГИПЕРТЕНЗИЯ		
<p>Для всех категорий гипертензии в основе классификации лежит предположение об отсутствии других факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. В случае же, когда существует множество факторов риска, опасность сердечно-сосудистого заболевания может существенно возрасти. Однократного измерения артериального давления недостаточно для того, чтобы относить женщину к категории гипертоников.</p>		
<p>а) Адекватно контролируемая гипертензия б) Повышенное артериальное давление (правильно измеренное) (i) систолическое 140-159 или диастолическое 90-99 (ii) систолическое > 160 или диастолическое > 100 с) Заболевание сосудов</p>	<p>C C S S</p>	<p>Пояснение: Если у женщины имеется повышенное артериальное давление, то перед выполнением стерилизации его необходимо привести в норму. При контролируемой гипертензии имеется повышенный риск возникновения анестезиологических осложнений и сердечной аритмии. В таких ситуациях особенно важно внимательно следить за артериальным давлением во время операции.</p>
<p>Высокое артериальное давление во время беременности в анамнезе (когда артериальное давление можно измерить и в данный момент оно находится в норме)</p>	<p>A</p>	
<p>ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ) /ЛЕГОЧНАЯ ЭМБОЛИЯ (ЛЭ)* а) ТГВ/ЛЭ в анамнезе б) ТГВ/ЛЭ в настоящее время с) Семейный анамнез ТГВ/ЛЭ (у ближайших родственников) д) Радикальная хирургия (i) с длительной иммобилизацией (ii) без длительной иммобилизации е) «Малая» хирургия без иммобилизации</p>	<p>A D A D A A</p>	<p>Пояснение: В целях снижения риска ТГВ/ЛЭ пациенту рекомендуется вставать с постели после операции как можно раньше.</p>
<p>ВЫЯВЛЕННЫЕ ТРОМБОГЕННЫЕ МУТАЦИИ (например, фактор V Лейдена; протромбиновая мутация, недостаточность протеина S, протеина C и антитромбина)</p>	<p>A</p>	<p>Пояснение: Регулярный скрининг нецелесообразен из-за редкости подобных случаев и высокой стоимости процедуры.</p>
<p>ТРОМБОЗ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН а) Варикоз вен б) Поверхностный тромбофлебит</p>	<p>A A</p>	
<p>ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА СЕЙЧАС И РАНЕЕ* а) Ишемическая болезнь сердца в текущем периоде б) Ишемическая болезнь сердца в анамнезе</p>	<p>D C</p>	
<p>ИНСУЛЬТ (инсульт в анамнезе)</p>	<p>C</p>	
<p>УСТАНОВЛЕННЫЕ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ</p>	<p>A</p>	<p>Пояснение: Регулярный скрининг нецелесообразен из-за редкости подобных случаев и высокой стоимости процедуры.</p>
<p>ПОРАЖЕНИЕ КЛАПАНОВ СЕРДЦА а) без осложнений б) с осложнениями (легочная гипертензия, риск фибрилляции)</p>	<p>C S</p>	<p>Пояснение: Перед операцией пациентке назначается профилактический курс антибиотикотерапии Пояснение: Пациентка подвергается высокому риску развития осложнений, связанных с</p>

предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе)		анестезией и хирургическим вмешательством При неполном излечении таких состояний, как фибрилляция предсердий или текущий подострый бактериальный эндокардит, операцию следует отложить до полного их устранения
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ		
ГОЛОВНЫЕ БОЛИ* а) немигренозные (средние или сильные) б) мигрень (i) без очаговых неврологических симптомов Возраст < 35 (ii) с очаговыми неврологическими симптомами, в любом возрасте	A A A A	
ЭПИЛЕПСИЯ	C	
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА		
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	C	
ИНФЕКЦИИ И РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОГО ТРАКТА		
ХАРАКТЕР ВАГИНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ а) нерегулярные без больших кровопотерь б) Обильные или длительные кровотечения (включая регулярные и нерегулярные)	A A	
НЕОБЪЯСНИМЫЕ ВАГИНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ (подозрение на серьезное заболевание) До обследования	0	Пояснение: Перед операцией необходимо провести диагностику причин данного состояния.
ЭНДОМЕТРИОЗ	S	
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ (включая кисты)	A	
ВЫРАЖЕННАЯ ДИСМЕНОРЕЯ	A	
БОЛЕЗНИ ТРОФОБЛАСТА а) Доброкачественные гестационные болезни трофобласта б) Злокачественные гестационные болезни трофобласта	A D	
ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ ЭКТРОПИОН	A	
ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРА-ЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ(ЦИН)*	A	
РАК ШЕЙКИ МАТКИ* (в ожидании лечения)	0	
ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ* а) Недиагностированное образование б) Доброкачественное заболевание молочной железы с) Семейный анамнез рака д) Рак молочной железы: (i) в настоящее время (ii) в прошлом и без рецидивов в последние 5 лет	A A A C A	

РАК ЭНДОМЕТРИЯ*	0	
РАК ЯИЧНИКОВ*	D	
ФИБРОМЫ МАТКИ* а) Без изменения полости матки б) С изменением полости матки	C C	
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)* а) ВЗОМТ в анамнезе (предполагая, что в настоящем факторов риска ИППП не установлено) (i) с последующей беременностью (ii) без последующей беременности б) ВЗОМТ - в настоящее время	A C D	Пояснение: Необходимо провести тщательное обследование органов малого таза с тем, чтобы исключить рецидив или хроническое течение инфекционного заболевания и определить степень подвижности матки
ИППП* а) Гнойный цервицит, хламидиоз или гонорея в настоящее время Другие ИППП (за исключением ВИЧ-инфекции и гепатита) б) Вагинит (включая вагинальный трихомоноз и бактериальный вагиноз) с) Повышенный риск ИППП	И Л А А	Пояснение: Стерилизация может быть произведена только в том случае, если лечение полностью устраняет симптомы заболевания.
ВИЧ/СПИД		
ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ	Л	Пояснение: Регулярный скрининг не требуется. При выполнении всех хирургических операций необходимо строго соблюдать соответствующие меры профилактики инфекции, включая общие меры предосторожности. После стерилизации рекомендуется в течение определенного времени пользоваться презервативами
ВИЧ-ПОЗИТИВНЫЕ	Л	
СПИД	S	Пояснение: Наличие какого-либо заболевания, связанного со СПИДом, может потребовать отсрочки в проведении стерилизации.
ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ		
ШИСТОСОМОЗ а) Без осложнений б) Фиброз печени	A C	Пояснение: Может потребоваться оценка функционального состояния печени.
ТУБЕРКУЛЕЗ а) Нетазовый б) Установленный тазовый	A S	
МАЛЯРИЯ	A	
ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
ДИАБЕТ* а) Во время беременности Без поражения сосудов (i) инсулино-независимые (ii) инсулино-зависимые б) Нефропатия/ ретинопатия/ нейропатия с) Другие сосудистые осложнения или диабет продолжительностью >20 лет	A C C S S	Пояснение: Если уровень сахара в крови снизить не удастся, пациента рекомендуется направить в лечебное учреждение соответствующего профиля. Пояснение: В таких случаях возможно снижение скорости заживления и присутствует высокий риск нагноения раны. Рекомендуется назначение профилактического курса антибиотикотерапии. Доказательные факты: Процент осложнений при проведении стерилизации на фоне диабета был выше нежели при выполнении аналогичной операции у женщин, не страдающих диабетом.22
НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	A S C	

а) Простой зоб б) Гипертиреоз в) Гипотиреоз		
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ а) клиническими симптомами после холецистэктомии (i) после медикаментозного лечения (ii) в настоящее время б) Бессимптомные	А А О А	
ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ а) Связанный с беременностью б) Связанный с применением КОК	А Л	
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ* а) Активный б) Носительство	Д А	Пояснение: При выполнении всех хирургических операции необходимо строго соблюдать соответствующие меры профилактики инфекции, включая общие меры предосторожности.
ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ а) Легкий (компенсированный) б) Тяжелый (декомпенсированный)	С С	Пояснение: Требуется коррекция функции печени и показателей свертываемости крови. Необходима оценка функционального состояния печени.
ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ а) Доброкачественная (аденома) б) Злокачественная (гепатома)	С С	Пояснение: Требуется коррекция функции печени и показателей свертываемости крови. Необходима оценка функционального состояния печени.
АНЕМИИ		
ТАЛАССЕМИЯ	С	
СЕРПОВИДНО-КЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ *	С	
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ Гемоглобин < 70 г/л	Д С	Пояснение: Необходимо провести диагностику основного заболевания. При проведении стерилизации на фоне анемии необходимо следить за уровнем гемоглобина в крови, как до операции, так и в послеоперационном периоде. При недостаточности периферийного кровообращения возможно замедление скорости заживления ран.
ДРУГИЕ СОСТОЯНИЯ, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ПРИ ЖЕНСКОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ		
МЕСТНЫЕ ИНФЕКЦИИ Инфекция кожи и области живота	Д	Пояснение: Существует повышенный риск инфицирования в послеоперационном периоде.
НАРУШЕНИЕ СВЕРТЫВАЕМОСТИ КРОВИ*	С	
БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ* а) Острые заболевания (бронхит, пневмония) б) Хронические заболевания (i) астма (ii) бронхит (iii) эмфизема (iiii) легочная инфекция	Д С С С С	Пояснение: Операцию следует отложить до полного лечения респираторного заболевания. В противном случае существует повышенный риск развития анестезиологических и других осложнений перед операцией, во время операции и в послеоперационном периоде.
СИСТЕМНАЯ ИНФЕКЦИЯ ИЛИ ГАСТРОЭНТЕРИТ*	Д	
НЕПОДВИЖНОСТЬ МАТКИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ИЛИ ИНФЕКЦИИ*	С	

ГРЫЖА БРЮШНОЙ СТЕНКИ ИЛИ ПУПОЧНАЯ ГРЫЖА	S	Пояснение: По возможности, операцию по поводу грыжи и перевязку маточных труб следует проводить одновременно.
ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА*	C	
БОЛЕЗНИ ПОЧЕК*	C	
ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ ИСТОЩЕНИЯ*	C	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ИЛИ ТАЗОВОЙ ПОЛОСТИ В АНАМНЕЗЕ		Пояснение: Наличие хирургического вмешательства на органах брюшной или тазовой полости в анамнезе повышало риск развития осложнений после стерилизации.
СТЕРИЛИЗАЦИЯ ОДНОВРЕМЕННО С ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ а) Плановая операция б) Неотложное состояние (без предварительной консультации) с) Инфекция	C D D	
СТЕРИЛИЗАЦИЯ ОДНОВРЕМЕННО С КЕСАРЕВЫМ СЕЧЕНИЕМ*	A	

В. Хирургическая стерилизация мужчин

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ МУЖЧИН	Стерилизация не защищает от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов - как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.	
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ	ОБОСНОВАНИЕ/КОММЕНТАРИИ
молодой возраст	C	Пояснение: Молодые мужчины, как и все лица мужского пола, должны ставиться в известность в отношении того, что стерилизация приводит к стойкой потере фертильности, и что существуют альтернативные высоко эффективные методы долгосрочной контрацепции. Доказательные факты: Мужчины, подвергшиеся стерилизации в молодом возрасте, чаще обращались к врачу с просьбой восстановить проходимость семенных протоков нежели мужчины, которым вазэктомия была произведена в более позднем возрасте. 18
МЕСТНЫЕ ИНФЕКЦИИ* а) инфекция кожного покрова мошонки б) острая ИППП с) баланит д) эпидидимит или орхит	D D D D	
ТРАВМА МОШОНКИ В АНАМНЕЗЕ	C	
СИСТЕМНАЯ ИНФЕКЦИЯ ИЛИ ГАСТРОЭНТЕРИТ*	0	
ОБЪЕМНОЕ ВАРИКОЦЕЛЕ*	C	
ОБЪЕМНОЕ ГИДРОЦЕЛЕ*	C	
ФИЛЯРИАЗ; ЭЛЕФАНТИАЗ*	D	

НЕДИАГНОСТИРОВАННОЕ ВНУТРИМОШОНОЧНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ*	D	
КРИПТОРХИЗМ	C	Пояснение: Если крипторхизм носит двусторонний характер и фертильность пациента является доказанной, то в таком случае необходимо проведение обширной операции в целях обнаружения семенных протоков, что, соответственно, переводит процедуру стерилизации в категорию «S». Если крипторхизм является односторонним и фертильность пациента доказана, вазэктомия проводится со стороны нормального яичка с последующим выполнением спермограммы в соответствии с обычно процедурой, если процесс образования спермы не прекращается, то в этом случае может возникнуть необходимость в проведении более обширной операции в целях поиска другого семенного протока, что, соответственно, переводит процедуру стерилизации в категорию «S».
ПАХОВАЯ ГРЫЖА*		
СЕРПОВИДНО-КЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ		
НАРУШЕНИЕ СВЕРТЫВАЕМОСТИ КРОВИ*	S	
ДИАБЕТ*	C	
ВИЧ/СПИД		
ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ- ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫЕ	A L	Пояснение: Регулярный скрининг не требуется. При выполнении всех хирургических операций необходимо строго соблюдать соответствующие меры профилактики инфекции, включая общие меры предосторожности. После стерилизации рекомендуется в течение определенного времени пользоваться презервативами.
СПИД	S	Пояснение: Наличие какого-либо заболевания, связанного со СПИДом, может потребоваться отсрочка в проведении стерилизации.
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА		
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	C	

Дополнительные комментарии

А. Хирургическая стерилизация женщин

Роды

Не рожавшие женщины: Молодые женщины, как и все лица женского пола, должны ставиться в известность в отношении того, что стерилизация приводит к стойкой потере способности к деторождению, и что существуют альтернативные высокоэффективные методы долгосрочной контрацепции.

Послеродовой период

< 7 дней после родов: Стерилизация может быть выполнена немедленно после родов без вреда для здоровья женщины.

от 7 до 42 дней: Выполнение стерилизации на фоне неполной инволюции матки связано с высоким риском послеоперационных осложнений.

Преэклампсия /эклампсия: Существует повышенный риск развития анестезиологических осложнений.

Затянувшееся состояние разрыва плодного пузыря (более 24 часов): Существует повышенный риск развития послеоперационных осложнений.

Пуэрперальный сепсис, лихорадка во время родов или в послеродовом периоде: Существует повышенный риск развития инфекции в послеоперационном периоде.

Сильное кровотечение в дородовом или послеродовом периоде: У женщины может развиться анемия и, соответственно, неспособность переносить дополнительную потерю крови.

Тяжелая травма половых путей: разрыв шейки матки или влагалища во время родов: Возможно, что женщина перенесла значительную потерю крови и у нее развилась анемия.

Разрыв или прободение матки: Не исключено, что женщина перенесла значительную потерю крови или повреждение органов брюшной полости, что может приводить к повышенному риску инфицирования.

Послеабортный период

Послеабортный сепсис или лихорадка: Существует повышенный риск развития инфекции в послеоперационном периоде.

Интенсивное послеабортное кровотечение: У женщины может развиться анемия и, соответственно, неспособность переносить дополнительную потерю крови.

Тяжелая травма половых путей: разрыв шейки матки или влагалища во время аборта: У женщины может развиться анемия и, соответственно, неспособность переносить дополнительную потерю крови. Стерилизация может быть более болезненной для женщины.

Прободение матки: Не исключено, что женщина перенесла значительную потерю крови или повреждение органов брюшной полости, что может приводить к повышенному риску инфицирования.

Острая гематометра: У женщины может развиться анемия и, соответственно, неспособность переносить дополнительную потерю крови.

Множественные факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний

При одновременном присутствии нескольких факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний женщина может подвергаться повышенному риску развития осложнений, связанных с проведением анестезии и непосредственно хирургического вмешательства.

Ишемическая болезнь сердца сейчас и ранее

Женщина может подвергаться повышенному риску развития осложнений, связанных с проведением анестезии и непосредственно хирургического вмешательства.

Рак шейки матки

Как правило, лечение этого заболевания приводит к стерилизации женщины.

Рак эндометрия

Как правило, лечение этого заболевания приводит к стерилизации женщины.

Рак яичников

Как правило, лечение этого заболевания приводит к стерилизации женщины.

Фибромы матки

В зависимости от размера и локализации фибромы, могут возникнуть трудности с определением местоположения маточных труб и восстановлением подвижности матки.

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)

ВЗОМТ могут приводить к повышенному риску инфицирования или образования спаек в послеоперационном периоде.

ИППП

Существует повышенный риск инфицирования в послеоперационном периоде.

Диабет

Существует риск развития гипогликемии или кетоацидоза.

Нарушения функции щитовидной железы

Женщина может подвергаться повышенному риску развития осложнений, связанных с проведением анестезии и непосредственно хирургического вмешательства.

Вирусный гепатит

Женщина может подвергаться повышенному риску осложнений, связанных с проведением анестезии и непосредственно хирургического вмешательства.

Серповидно-клеточная анемия

Существует повышенный риск легочных, сердечных или неврологических осложнений, а также нагноения раны в послеоперационном периоде.

Нарушение коагуляционных свойств крови

Женщины с нарушениями коагуляционных свойств крови подвергаются повышенному риску развития гематологических осложнений в результате хирургического вмешательства.

Болезни органов дыхания

При проведении лапароскопии возможно острое нарушение функций сердечно-сосудистой и респираторной системы в результате пневмоперитонеума или нахождения в позе Тренделенбурга.

Системная инфекция или гастроэнтерит

Существует риск, развития инфекции в послеоперационном периоде, осложнений в результате обезвоживания организма или осложнении анестезиологического характера.

Неподвижность матки в результате перенесенной операции или инфекции

Сниженная подвижность матки, фаллопиевых труб и кишечника может затруднить проведение лапароскопии или минилапаротомии, а также увеличить риск развития осложнений в послеоперационном периоде.

Диафрагмальная грыжа

При проведении лапароскопии возможно острое нарушение функций сердечно-сосудистой и респираторной системы в результате пневмоперитонеума или нахождения в позе Тренделенбурга.

Болезни почек

Возможно нарушение свертываемости крови. Женщина может подвергаться повышенному риску инфицирования и гиповолемического шока. Болезни почек могут приводить к возникновению фоновой анемии, нарушению электролитного баланса, метаболизма лекарственных препаратов и экскреторной функции.

Тяжелая степень истощения

Существует повышенный риск инфицирования и снижения скорости заживления ран в послеоперационном периоде.

Стерилизация одновременно с кесаревым сечением

Выполнение стерилизации одновременно с кесаревым сечением не увеличивает риск развития осложнений у пациентов с хирургически стабильным состоянием.

В. Хирургическая стерилизация мужчин

Местные инфекции

Существует повышенный риск развития инфекции в послеоперационном периоде.

Системная инфекция или гастроэнтерит

Существует повышенный риск развития инфекции в послеоперационном периоде.

Объемное варикоцеле

Могут возникнуть трудности с обнаружением или невозможность обнаружения семенного протока. Одномоментное удаление варикоцеле и выполнение вазэктомии снижает риск развития осложнений в послеоперационном периоде.

Объемное гидроцеле

Могут возникнуть трудности с обнаружением или невозможность обнаружения семенного протока. Одномоментное удаление гидроцеле и выполнение вазэктомии снижает риск развития осложнений в послеоперационном периоде.

Филяриаз элифантиаз

Поражение мошонки элифантиазом может практически исключать возможность пальпаторного исследования семенного канатика и яичек.

Недиагностированное внутримошоночное образование

Такое образование может указывать на наличие первичной патологии, вызвавшей его появление

Паховая грыжа

Вазэктомия может быть произведена одновременно с ликвидацией паховой грыжи.

Нарушение свертываемости крови

Нарушение свертываемости крови ведет к повышенному риску развития послеоперационной гематомы, которая, в свою очередь, является причиной повышенного риска инфицирования.

Диабет

Диабет является фактором повышенного риска нагноения раны в послеоперационном периоде. При появлении признаков инфицирования раны необходимо назначить курс антибиотикотерапии.

1.16. Сводные таблицы

СОСТОЯНИЕ	КОК	КИК	КП/ ВК	ПТП	МОПАП Д/НЭЭ	ЛИГ/ ЭТГ имплант анты	Си-ВМС	ЛНГ- ВМС
Инициация								
Продолжение								
ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ								
БЕРЕМЕННОСТЬ	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п	4	4
РОДЫ								
а) Ранее не рожавшие	1	1	1	1	1	1	2	2
б) Рожавшие	1	1	1	1	1	1	1	1
КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ								

а) < 6 недель после родов	4	4	4	3	3	3		
б) от 6 недель до 6 месяцев после родов (в основном кормление грудью)	3	3	3	1	1	1		
с) > 6 месяцев после родов	2	2	2	1	1	1		
ПОСЛЕ РОДОВ (у не кормящих грудью женщин)								
а) < 21 дня	3	3	3	1	1	1		
б) > 21 дня	1	1	1	1	1	1		
ПОСЛЕ РОДОВ (у кормящих или не кормящих грудью женщин) в том числе после кесарева сечения								
а) < 48 часов							2	3
б) > 48 часов до 4 недель							3	3
с) > 4 недель							1	1
д) Пуэрперальный сепсис							4	4
ПОСЛЕ АБОРТА								
а) Первый триместр	1	1	1		1	1		1
б) Второй триместр	1	1	1	1	1	1	2	2
с) Сразу после септического аборта	1	1	1	1	1	1	А	4
ПОСЛЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	1	1	1	2	1	1	1	1
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА В АНАМНЕЗЕ (см. раздел После родов, включая состояние после кесарева сечения)	1	1	1	1	1	1	1	1
КУРЕНИЕ								
а) Возраст < 35	2	2	2	1	1	1	1	1
б) Возраст > 35								
(i) <15 сигарет в день	3	2	3	1	1	1	1	1
(ii) >15 сигарет в день	4	3	А	1	1	1	1	1
ОЖИРЕНИЕ Индекс массы тела (ИМТ) > 30 кг/м ²	2	2	1	1	1	1	1	1
НЕВОЗМОЖНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п

СОСТОЯНИЕ	КОК	КИК	КП/ВК	ПТП	МОПАПД/НЭЭ	ЛНГ/ ЭТГ ИМПЛАНТАНТЫ	Су ВМС	ЛНГ-ВМС
Инициация								
Продолжение								
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ								
МНОЖЕСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (такие как немолодой возраст, курение, диабет и гипертония)	41	4	4	2	3	2	1	2

ГИПЕРТЕНЗИЯ								
а) в анамнезе гипертензия, при которой артериальное давление не может быть измерено (включая гипертензию во время беременности)	3	3	3	1	2	2	1	2
б) Адекватно контролируемая гипертензия, когда артериальное давление можно измерить	3		3	1	2	1	1	1
с) Повышенное артериальное давление (правильно измеренное)								
(i) систолическое 140-159 или диастолическое 90-99	3	3	3	1	2	1	1	1
(ii) систолическое > 160 или диастолическое > 100	4	4	4	2	3	2	1	2
д) Заболевания сосудов	4	4	4	2	3	2	1	2
ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ (когда артериальное давление можно измерить и в данный момент оно находится в норме)	2	2	2	1	1	1	1	1
ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ) / ЛЕГОЧНАЯ ЭМБОЛИЯ (ЛЭ)								
а) ТГВ/ЛЭ в анамнезе	4	4	4	2	2	2	1	2
б) ТГВ/ЛЭ в настоящее время	4	4	4	3	3	3	1	3
с) Семейный анамнез ТГВ/ЛЭ (у ближайших родственников)	2	2	2	1	1	1	1	1
д) Радикальная хирургия								
(i) с длительной иммобилизацией	4	4	4	2	2	2	1	2
(ii) без длительной иммобилизации	2	2	2	1	1	1	1	1
е) «Малая» хирургия без иммобилизации	1	1	1	1	1	1	1	1
ВЫЯВЛЕННЫЕ ТРОМБОГЕННЫЕ МУТАЦИИ (например, фактор V Лейдена; протромбиновая	4	4	4		2	2	1	2

мутация; недостаточность протеина S, протеина С и антитромбина)															
Состояние	КОК	КИК	КП/ ВК	ПТП	МОПАД /НЭЭ	ЛИГ ЭТГ имплан- танты	Си- ВЫМС	ЛИГ-ВМС							
Инициация Продолжение															
ТРОМБОЗ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН															
а) Варикоз вен	1	1	1		1	1	1	1							
б) Поверхностный тромбофлебит	2	2	2	1	1	1	1	1							
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА СЕЙЧАС И РАНЕЕ				и	п		И	п		И	п				
	4	4	4	2	3	3	2	3	1	2	3				
ИНСУЛЬТ (инсульт в анамнезе)				1	с		1	с							
	4	4	4	2	3	3	2	3	1					2	
УСТАНОВЛЕННЫЕ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ (для безопасного применения методов контрацепции скрининг не обязателен)	2/3	2/3	2/3	2		2	2		1					2	
ПОРАЖЕНИЕ КЛАПАНОВ СЕРДЦА															
а) Без осложнений	2	2	2	1		1	1		1						
б) С осложнениями (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе)	4	4	4	1		1	1		2					2	
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ															
ГОЛОВНЫЕ БОЛИ	И	П	И	П	И	П	И	П	И	П	И	П		И	П
а) Немигренозные (средние или сильные)	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
б) Мигрень															
(i) без очаговых неврологических симптомов															
Возраст <35	2	3	2	3	2	3	1	2	2	2	2	2	1	2	2
Возраст >35	3	4	3	4	3	4	1	2	2	2	2	2	1	2	2
(ii) с очаговыми неврологическими симптомами (в любом возрасте)	4	4	4	4	4	1	2	3	2	3	2	3	1	2	3
ЭПИЛЕПСИЯ	1		1		1		1		1		1		1		1
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА															
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	1		1		1		1		1		1		1		1

СОСТОЯНИЕ	КОК	КИК	КП/ВК	ПТП	МОПАПД /НЭЭ	ЛНГ/ЭТГ	Си/ ВМС		ЛНГ-ВМС	
Инициация										
ИНФЕКЦИИ И РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОГО ТРАКТА										
ХАРАКТЕР ВАГИНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ									1	1
а) Нерегулярные без больших кровопотерь	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1
б) Обильные или длительные кровотечения (включая регулярные и нерегулярные)		1	1		2		2	1	1	2
НЕОБЪЯСНИМЫЕ ВАГИНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ (подозрение на серьезное заболевание)							1	С	1	С
До обследования	2	1	2	2	3	3	4	2	4	2
ЭНДОМЕТРИОЗ	1	1	1	1	1	1	2			1
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ (включая кисты)	1		1	1	1	1	1			1

ВЫРАЖЕННАЯ ДИСМЕНОРЕЯ	1	1	1	1			2			1
БОЛЕЗНИ ТРОФОБЛАСТА										
а) Доброкачественные гестационные болезни трофобласта	1	1	1	1	1	1	3			3
б) Злокачественные гестационные болезни трофобласта	1	1	1	1	1	1	4			4
ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ ЭКТРОПИОН	1	1	1	1	1	1	1			1
ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ(ЦИН)	2	2	2	1	2	2	1			2

Состояние инициация Продолжение	КОК	КИК	КП/ВК	ПТП	МОПАПД /НЭЭ	ЛНГ/ЭТГ	Си- ВМС		ЛНГ/ВМС	
РАК ШЕЙКИ МАТКИ							И	П	И	П
	2	2	2	1	2	2	4	2	4	
ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ										
а) Заболевания молочных желез	2	2	2	2	2	2				2
б) Доброкачественное заболевание молочной железы	1	1	1	1	1	1	1			

с) Семейный анамнез рака	1	1	1	1	1	1	1				
d) Рак молочной железы											
(i) в настоящее время	4	4	4	4	4	4	1	4			
(ii) в прошлом и без рецидивов в последние 5 лет	3		3	3	3	3					
РАК ЭНДОМЕТРИЯ							И	П	И	П	
1	1	1	1	1	1	1	4	2	4	2	
РАК ЯИЧНИКОВ							И	П	И	П	
1	1	1	1	1	1	1	3	2	3	2	
ФИБРОМЫ МАТКИ											
a) Без изменения полости матки	1	1	1	1	1	1					
b) С изменением полости матки	1	1	1	1	1	1	4		4		
АНАТОМИЧЕСКИЕ АНОМАЛИИ											
a) С изменением полости матки							4		4		
b) Без изменения полости матки							2		2		
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)											
a) ВЗОМТ в анамнезе (предполагая, что в настоящем факторов риска ИППП не установлено)							И	П	И	П	
(i) с последующей беременностью	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
(ii) без последующей беременности	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	
b) ВЗОМТ - в настоящее время	1	1	1	1	1	1	4	2	4	2	

СОСТОЯНИЕ	КОК	КИК	КП/ВК	ПТП	МОПАПД/НЭЭ	ЛНГ/ЭГГ имплантанты	Си-ВМС	ЛНГ/ВМС
Инициация Продолжение								
ИППП								
a) Гнойный цервицит, хламидиоз или гонорея в настоящее время	1		1	1	1	1	4	
b) Другие ИППП (за исключением ВИЧ-инфекции и гепатита)	1		1	1	1	1	2	2

с) Вагинит (включая вагинальный трихомоноз и бактериальный вагиноз)	1		1	1	1	1	2	1	2	
д) Повышенный риск ИППП	1	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
ВИЧ/СПИД										
ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
ВИЧ-позитивные	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
СПИД	1	1	г	г	1	1	3	2	2	2
ЭФФЕКТИВНАЯ АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ							2	2	2	2
ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ										
ШИСТОСОМОЗ										
а) Без осложнений	1	1	1	1	1	1	1			1
б) Фиброз печени	1	1	1	1	1	1				
ТУБЕРКУЛЕЗ										
							И	П	И	П
а) Нетазовый	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
б) Установленный тазовый	1	1	1	1	1	1	4	3	4	3
МАЛЯРИЯ	1	1	1	1	1	1	1			1
ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ										
ДИАБЕТ										
а) Во время беременности в анамнезе	1	1	1	1	1	1	1			1
б) Без поражения сосудов										
(i) инсулино-независимые	2	2	2	2	2	2				2
(ii) инсулино-зависимые	2	2	2	2	2	2	1			2
с) Нефропатия/ ретинопатия/ нейропатия	3/4	3/4	3/4	2	3	2				2
д) Другие сосудистые осложнения диабета продолжительностью >20 лет	3/4	3/4	3/4		3	2	1			2
НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ										
а) Простой зоб	1	1	1	1	1	1	1			1
б) Гипертиреоз	1	1	1	1	1	1				1
с) Гипотериоз	1	1	1	1	1	1				
СОСТОЯНИЕ										
	КОК	КИК	КП ВК	ПТП	МОПАД /НЭЭ	ЛНГ/ЭТГ имплан- танты	Си- ВМС	ЛНГ-ВМС		
Инициация	Предложение									
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ										

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ								
а) С клиническими симптомами								
(i) после холецистэктомии	2	2	2	2	2	2	1	2
(ii) после медикаментозного лечения	3	2	3	2	2	2	1	2
(iii) в настоящее время	3	2		7	2	2	1	2
б) бессимптомные	2	2	2	1	2		1	2
ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ								
а) Связанные с беременностью	2	2	2	1	1	1	1	1
б) Связанные с применением КОК	3	2	3	2	2		1	2
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ								
а) Активный	4	3/4	1	3	3	3	1	3
б) Носительство	1	1	1	1	1	1	1	1
ЦИРРОЗ								
а) Легкий (компенсированный)	3	2		2	2	2	1	2
б) Тяжелый (декомпенсированный)	4	3		3			1	3
ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ								
а) Доброкачественная (аденома)	4		С	1	3	3	1	3
б) Злокачественная (гепатома)	4	3/4	1	3	3	3	1	3
АНЕМИИ								
ТАЛАССЕМИЯ	1	1	1	1	1	1	2	1
СЕРПОВИДНО-КЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ	2	2	2	1	1		2	1
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ	1	1	1	1	1		2	1
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ								
ПРЕПАРАТЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФЕРМЕНТЫ ПЕЧЕНИ								
а) Рифампицин	3	2		3	2		1	1
б) Некоторые противосудорожные средства (фенитоин, карбамазелин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин)	3	2		3	2		1	5
АНТИБИОТИКИ (исключая рифампицин)								
а) Гризеофульвин	2	1	2	2	1	2	1	1
б) Другие антибиотики	1	1	1	1	1		1	1
Антиретровирусная терапия	2	2	2	2	2	2	2/3	2/3

1.17 КОК и антиретровирусная терапия

Некоторые данные, полученные в результате небольших (и в основном неопубликованных) исследований, указывают на возможность изменения фармакокинетических свойств однократной дозы КОК под воздействием различных антиретровирусных препаратов. Однако, никаких исследований, направленных на изучение клинических проявлений взаимодействия КОК и антиретровирусных препаратов, не проводилось, и клиническое значение вышеупомянутого изменения фармакокинетики (в особенности в тех случаях, когда исследование прекращалось до момента достижения устойчивой концентрации КОК в крови) остается неясным. В приводимой ниже таблице содержится краткая сводка имеющихся на настоящий момент доказательных фактов, касающихся воздействия антиретровирусных препаратов на уровень стероидных контрацептивных веществ в крови, а также влияния гормональных контрацептивов на содержание антиретровирусных препаратов в крови.

Таблица 1. Изменение фармакокинетических свойств в результате лекарственного взаимодействия КОК и антиретровирусных препаратов

Воздействие антиретровирусной терапии на:	Содержание стероидных контрацептивов в крови	Содержание антиретровирусных препаратов в крови
Ингибиторы протеазы		
Нелфинавир (Nelfinavir)		Данные отсутствуют
Ритонавир (Ritonavir)		Данные отсутствуют
Лопинавир/ритонавир (Lopinavir/ritonavir)		Данные отсутствуют
Атазанавир (Atazanavir)		Данные отсутствуют
Ампренавир (Amprenavir)		
Индинавир (Indinavir)		Данные отсутствуют
Саквинавир (Saquinavir)	Данные отсутствуют	Без изменений
Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы		
Невирапин (Nevirapine)		Без изменений
Эфавиренз (Efavirenz)		Без изменений
Делавирдин (Delavirdine)		Данные отсутствуют

Глава 2. Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции

Перечень вопросов:

1. Когда женщина может начать прием комбинированных оральных контрацептивов?
2. Что можно предпринять в случае, если женщина пропустила очередной прием комбинированного орального контрацептива?
3. Что может предпринять женщина при рвоте и/или тяжелой диарее, возникающей в результате приема комбинированных оральных контрацептивов или противозачаточных таблеток прогестогенового ряда?
4. Когда женщина может начать использование комбинированных инъекционных контрацептивов?
5. Когда женщина может произвести повторное введение комбинированного инъекционного контрацептива?
6. Когда женщина может начать прием противозачаточных таблеток прогестогенового ряда?
7. Что можно предпринять в случае, если женщина пропустила очередной прием противозачаточной таблетки прогестогенового ряда?
8. Что может предпринять женщина при рвоте, возникающей в результате приема таблеток для неотложной контрацепции?
9. Когда женщина может начать использование инъекционных контрацептивов прогестогенового ряда (ИКП) - МПАПД или НЭЭ?
10. Когда женщина может произвести повторное введение инъекционных контрацептивов прогестогенового ряда (ИКП) - МПАПД или НЭЭ?
11. Что можно предпринять при нарушениях менструального цикла, вызванных использованием инъекционных контрацептивов прогестогенового ряда – МПАПД или НЭЭ?
12. Когда женщине можно вживить противозачаточный имплантат?
13. Что можно предпринять при нарушениях менструального цикла, возникающих при вживлении противозачаточного имплантата?
14. Когда можно устанавливать медьсодержащую внутриматочную спираль?
15. Что можно предпринять при нарушениях менструального цикла, возникающих при установке медьсодержащей внутриматочной спирали?
16. Что можно предпринять при обнаружении у женщины, пользующейся медьсодержащей внутриматочной спиралью, воспалительного заболевания органов малого таза?
17. Что следует предпринять при обнаружении беременности у женщины, пользующейся медьсодержащей ВМС?
18. Что можно предпринять, если у женщины, пользующейся календарным методом контрацепции, менструальный цикл длится менее 26 или более 32 дней?
19. Какие обследования и анализы должны проводиться в плановом порядке перед принятием решения в пользу того или иного метода контрацепции?
20. Каким образом надлежит организовывать диспансерное наблюдение за состоянием здоровья женщин, пользующихся КОК, ПТП, противозачаточным имплантатом или ВМС?

1. Когда женщина может начать прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК)?

Сколько упаковок противозачаточных таблеток (комбинированного типа или прогестогенового ряда) следует назначать женщине при первом и повторном визитах к врачу?

Первый и повторные визиты к врачу

Врач должен назначить женщине годовой запас таблеток (в зависимости от желания самой женщины и предполагаемой продолжительности пользования оральными контрацептивами). При этом следует соблюдать оптимальный баланс между желательностью обеспечения женщине максимально свободного доступа к пользованию противозачаточными таблетками и ограниченностью имеющихся ресурсов.

Система восполнения запасов должна быть достаточно гибкой и позволять женщине свободно приобретать таблетки в нужном ей количестве и в удобное для нее время.

Примечания:

По заключению экспертной группы, наложение каких-либо ограничений на количество упаковок контрацептива, назначаемых женщине при посещении врача, может приводить к нежелательному перерыву в использовании метода гормональной контрацепции и, соответственно, увеличивать риск наступления беременности.

Основные неразрешенные вопросы

Каким образом изменение количества упаковок гормональных противозачаточных таблеток, выдаваемых женщине при первом и повторном визитах к врачу, влияет на последовательность и регулярность приема КОК и ПТП?

Вопрос в рамках систематического обзора

Каким образом вживление имплантата в различные дни менструального цикла влияет на выраженность противозачаточного эффекта? Уровень доказанности: 11-3; косвенное подтверждение.

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

1. Brache V, Alvarez F, Faundes A, Cochon L, Thevenin F. Effect of preovulatory insertion of Norplantimplants over luteinizing hormone secretion and follicular development Fertility & Sterility 1996;65: Ш 0-4.
2. Dunson TR, Blumenthal PD, Alvarez F, Brache V, Cochon L, Dalberth B et al. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Norplant implant users. Part I. Changes in cervical mucus. Fertility & Sterility 1998;69:258-66.
3. Brache V, Blumenthal PD, Alvarez F, Dunson TR, Cochon L, Faundes A. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Norplant implant users. II. Effect on the ovarian function in the first cycle of use. Contraception 1999;59:245-51.

Другие источники

1. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. British Medical Journal 2000;321:1259-62.
2. Wilcox AJ, Dunson DB, Weinberg CR, Trussed J, Baird DD. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. Contraception 2001; 63:211-5.

Основные неразрешенные вопросы

В течение скольких дней после начала менструального цикла допускается вживлять этоногестреловые имплантаты и в течение какой части данного менструального цикла будет действовать вживленный имплантат?

По прошествии какого времени после вживления этоногестрелового имплантата можно говорить о возникновении надежного противозачаточного эффекта?

Как скоро восстанавливается способность к зачатию после удаления этоногестрелового имплантата?

Отказ от ВМС (включая ВМС с *гормональным* компонентом) в пользу КОК. Прием КОК можно начинать в течение 5 дней после начала менструального кровотечения. Применения дополнительного метода контрацепции не требуется. ВМС может быть удалена в течение этого периода.

Также, прием КОК может начинаться в любое другое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна.

Если в течение данного менструального цикла женщина жила активной половой жизнью и с начала менструации прошло более 5 дней, то в этом случае рекомендуется удалить ВМС во время следующего менструального цикла.

Если в течение данного менструального цикла женщина не жила половой жизнью и с начала менструации прошло более 5 дней, то в этом случае ей рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительное противозачаточное средство в течение последующих 7 дней. Если в качестве вышеупомянутого дополнительного средства контрацепции служит внутриматочная спираль, то ее следует удалить во время очередного менструального цикла.

Если у женщины отсутствует менструальный цикл или менструальные кровотечения носят нерегулярный характер, то прием КОК должен осуществляться в соответствии с рекомендациями для других женщин, страдающих аменореей.

Примечания:

По мнению экспертной рабочей группы, вероятность того, что овуляция произойдет в течение первых 5 дней после начала менструации, является достаточно низкой. Считается, что подавление овуляции будет менее эффективным в том/случае, если прием КОК начинается по прошествии 5 дней после начала менструального цикла. Надежный, контрацептивный эффект (предотвращение овуляции) обеспечивается регулярным приемом КОК в течение 7 дней.

Необходимость в использовании дополнительного метода контрацепции при отказе от другого гормонального средства в пользу КОК зависит от конкретных характеристик предыдущего гормонального препарата.

Учитывая определенное беспокойство в отношении риска возникновения беременности при удалении ВМС во время менструального цикла, когда имел место недавний половой контакт, эксперты рабочей группы рекомендуют оставлять ВМС на месте до начала следующего менструального цикла.

2. Что можно предпринять в случае, если женщина пропустила очередной прием комбинированного орального контрацептива?

Пропуск очередного приема активной гормональной таблетки (с 1 по 21 день)

В этом случае женщине необходимо:

Как можно раньше принять пропущенную таблетку контрацептива.

Принять следующую по очереди таблетку в обычное время. Это означает, что женщине может понадобиться принять 2 таблетки контрацептива в течение одного дня или даже принять 2 таблетки одновременно.

Продолжать принимать таблетки по обычной схеме, т.е. по одной таблетке в день. Применения дополнительного метода контрацепции в данном случае не требуется. Женщина начала прием очередной упаковки таблеток позже положенного срока на 2 и более дней.

В этом случае женщине необходимо:

Начать прием таблеток из новой упаковки. (Если женщина предпочитает начинать прием контрацептива в определенный день недели, то ей следует избавиться от неиспользованной упаковки и начать прием таблеток в соответствии с новым графиком).

Продолжать принимать таблетки по обычной схеме, т.е. по одной таблетке в день.

Воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительное противозачаточное средство в течение последующих 7 дней. При необходимости, женщина может прибегнуть к неотложной контрацепции. Женщина пропустила прием 2-4 таблеток из первой серии 7 активных (гормональных) таблеток (с 1 по 7 день).

В этом случае женщине необходимо:

Как можно раньше принять пропущенную таблетку контрацептива. (Если женщина предпочитает следовать своему обычному графику приема таблеток, тогда ей следует избавиться от всех других пропущенных таблеток).

Принять следующую по очереди таблетку в обычное время. Это означает, что женщине может понадобиться принять 2 таблетки контрацептива в течение одного дня или даже принять 2 таблетки одновременно.

Продолжать принимать таблетки по обычной схеме, т.е. по одной таблетке в день. Воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительное противозачаточное средство в течение последующих 7 дней.

При необходимости, женщина может прибегнуть к неотложной контрацепции. Женщина пропустила прием 2-4 таблеток из средней серии 7 активных (гормональных) таблеток (с 8 по 14 день).

В этом случае женщине необходимо:

Как можно раньше принять пропущенную таблетку контрацептива. (Если женщина предпочитает следовать своему обычному графику приема таблеток, тогда ей следует избавиться от всех других пропущенных таблеток).

Принять следующую по очереди таблетку в обычное время. Это означает, что женщине может понадобиться принять 2 таблетки контрацептива в течение одного дня или даже принять 2 таблетки одновременно.

Продолжать принимать таблетки по обычной схеме, т.е. по одной таблетке в день. Применения дополнительного метода контрацепции в данном случае не требуется.

Женщина пропустила прием 2-4 таблеток из последней серии 7 активных (гормональных) таблеток (с 15 по 21 день).

В этом случае женщине необходимо:

Как можно раньше принять пропущенную таблетку контрацептива. (Если женщина предпочитает следовать своему обычному графику приема таблеток, то ей следует избавиться от всех других пропущенных таблеток).

Принять следующую по очереди таблетку в обычное время. Это означает, что женщине может понадобиться принять 2 таблетки контрацептива в течение одного дня или даже принять 2 таблетки одновременно.

Продолжать принимать таблетки по обычной схеме, т.е. по одной таблетке в день. Избавиться от неактивных таблеток и приступить к приему таблеток из следующей упаковки. Применения дополнительного метода контрацепции в данном случае не требуется.

Женщина пропустила прием 5 и более активных (гормональных) таблеток подряд в течение одной недели (с 1 по 21 день)

В этом случае женщине необходимо:

Как можно раньше принять пропущенную таблетку контрацептива. (Если женщина предпочитает следовать своему обычному графику приема таблеток, то в этом случае ей следует избавиться от всех других пропущенных таблеток).

Принять следующую по очереди таблетку в обычное время, Это означает, что женщине может понадобиться принять 2 таблетки контрацептива в течение одного дня или даже принять 2 таблетки одновременно.

Продолжать принимать таблетки по обычной схеме, т.е. по одной таблетке в день. Избавиться от неактивных таблеток и приступить к приему таблеток из следующей упаковки. Воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительное противозачаточное средство в течение последующих 7 дней. При необходимости, женщина может прибегнуть к неотложной контрацепции.

Женщина пропустила прием 1 и более неактивных (негормональных) таблеток (с 22 по 28 день - упаковка из 28 таблеток) В этом случае женщине необходимо:

Избавиться от пропущенных неактивных таблеток.

Продолжать принимать таблетки по обычной схеме, т.е. по одной таблетке в день.

Приступить к приему таблеток из следующей упаковки в соответствии с обычным графиком.

Применения дополнительного метода контрацепции в данном случае не требуется.

Примечания:

По мнению экспертной рабочей группы, нерегулярный или неправильный прием противозачаточных таблеток является основной причиной наступления нежеланной беременности. Надежный противозачаточный эффект (предотвращение овуляции) достигается регулярным приемом КОК в течение 7 дней.

Многие женщины (включая тех, которые пользуются упаковками противозачаточных таблеток, размеченными по дням недели) придерживаются графика контрацепции, предусматривающего начало приема таблеток из новой упаковки в строго определенный день недели. Если женщина, следующая такому графику, пропускает прием одной или нескольких таблеток, то в этом случае ей следует избавиться от пропущенных таблеток, если она намеревается продолжать прием таблеток по своему обычному графику. Отказ от выполнения данной рекомендации может повлечь за собой нарушение менструального цикла.

В целом, рекомендации экспертной рабочей группы могут быть сведены к трем основным пунктам:

1. Если женщина пропустила очередной прием активной гормональной таблетки, то в таком случае ей рекомендуется принять пропущенную таблетку как можно раньше.
2. Если женщина пропустила очередной прием гормональной противозачаточной таблетки, то в этом случае вероятность наступления беременности будет зависеть не только от количества пропущенных таблеток, но и оттого, на каком этапе менструального цикла был пропущен очередной прием контрацептива. Наибольший риск наступления беременности присутствует в том случае, когда пропуск очередного приема гормонального контрацептива приходится на начало или конец серии активных гормональных таблеток, т.е. в том случае, когда период нулевого гормонального воздействия превышает стандартный 7-дневный промежуток.
3. Если женщина пропустила прием очередной таблетки в течение первой недели менструального цикла (включая случаи позднего начала менструации) или пропускала прием 5 и более таблеток, то в этом случае ей рекомендуется воздерживаться от половых сношений или использовать дополнительное противозачаточное средство в течение последующих 7 дней.

Вопрос в рамках систематического обзора

Какое влияние оказывает пропуск очередного приема гормональных контрацептивов в различные дни менструального цикла на выраженность противозачаточного эффекта?
Уровень доказанности: I; косвенное подтверждение.

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

1. Molloy BG, Coulson KA, Lee JM, Watters JK. "Missed pill" conception: fact or fiction? British Medical Journal Clinical Research Ed 1985;290:1474-5.
2. Van der Spuy ZM, Sohnius U, Pienaar CA, Schall R. Gonadotropin and estradiol secretion during the week of placebo therapy in oral contraceptive pill users. Contraception 1990;42: 597-609.

3. Tayob Y., Robinson G., Adams J., Nye M, Whitelaw N., Shaw RW et al. Ultrasound appearance of the ovaries during the pill-free interval. *The British Journal of Family Planning* 1990; 16:94-6.
4. Van Heusden AM, Fauser BC. Activity of the pituitary-ovarian axis in the pill-free interval during use of low-dose combined oral contraceptives. *Contraception* 1999;59:237-43.
5. Hamilton C.J., Hoogland HJ. Longitudinal ultrasonographic study of the ovarian suppressive activity of a low-dose triphasic oral contraceptive during correct and incorrect pill intake. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1989; 161:11 59-62.
6. Killick SR, Bancroft K., Oelbaum S., Morris J., Elstein M. Extending the duration of the pill-free interval during combined oral contraception. *Advances in Contraception* 1990; 6:33-40.
7. Landgren BM, Diczfalusy E. Hormonal consequences of missing the pill during the first two days of three consecutive artificial cycles. *Contraception* 1984; 29:437-46.
8. Elomaa K., Rolland R., Brosens I., Moorrees M., Deprest J., Tuominen J. et al. Omitting the first oral contraceptive pills of the cycle does not automatically lead to ovulation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1998; 179:41 -6.
9. Landgren BM, Csemiczky G. The effect of follicular growth and luteal function of missing the pill" A comparison between a monophasic and a triphasic combined oral contraceptive. *Contraception* 1991; 43:149-59.
10. Hedon B., Cristol P., Plauchut A., Vallon AM, Desachamps F.Taillant ML et al. Ovarian consequences of the transient interruption of combined oral contraceptives. *International Journal of Fertility* 1992; 37:270-6.
11. Letterie GS, Chow GE. Effect of "missed" pills on oral contraceptive effectiveness. *Obstetrics & Gynecology* 1992;79:979-82.
12. Letterie GS. A regimen of oral contraceptives restricted to the periovulatory period may permit folliculogenesis but inhibit ovulation. *Contraception* 1998;57:39-44.
13. Elomaa K., Lahteenmaki P. Ovulatory potential of preovulatory sized follicles during oral contraceptive treatment. *Contraception* 1999; 60:275-9.
14. Spona J., Elstein M., Feichtinger W., Sullivan H., Ludicke F., Muller U. Shorter pill-free interval in combined oral contraceptives decreases follicular development. *Contraception* 1996; 54:71-7.
15. Sullivan H., Furniss H., Spona J., Elstein M. Effect of 21-day and 24-day oral contraceptive regimens containing gestodene (60 microg) and ethinyl estradiol 05 microg) on ovarian activity. *Fertility & Sterility* 1999; 72:115-20.
16. Chowdhury V., Joshi UM, Gopalkrishna K., Betrabet S., Metha S., Saxena B. "Escape" ovulation in women due to the missing of low-dose combination oral contraceptive pills. *Contraception* 1980; 22:241-7.
17. Wang E., Shi S., Cekan SZ, Landgren BM, Diczfalusy E. Hormonal consequences of "missing the pill". *Contraception* 1982; 26:545-66.

18. Nuttall ID, Elstein M., McCafferty F., Seth J., Cameron ED. The effect of ethinyl estradiol 20 meg and levonorgestrel 250 meg on the pituitary-ovarian function during normal tablet-taking and when tablets are missed. *Contraception* 1982; 26:121-35.
19. Morris SE, Grume GV, Cameron ED, Buckingham MS, Everitt JM, Elstein M. Studies on low-dose oral contraceptives: plasma hormone changes in relation to deliberate pill ('Microgynon 30') omission. *Contraception* 1979; 20:61-9.

Другие источники:

1. Wiicox AJ, Dunson D., Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal* 2000; 321:1259-62.
2. Wiicox AJ, Dunson DB, Weinberg CR, Trussell J., Baird DD. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception* 2001; 63:211-5.

3. Что может предпринять женщина при рвоте и/или тяжелой диарее, возникающей в результате приема комбинированных оральных контрацептивов (КОК) или противозачаточных таблеток прогестогенового ряда (ПТП)?

Возникновение рвоты (любой этиологии) в течение 2 часов после приема активной (гормональной) таблетки.

В этом случае женщине следует принять еще одну активную таблетку. Возникновение сильной рвоты или диареи, длящейся в течение 24-х и более часов.

В этом случае женщине следует продолжить прием таблеток (если это возможно) несмотря на испытываемый физический дискомфорт.

Если рвота или диарея продолжаются в течение 2 и более дней, женщине следует начать прием контрацептива по схеме, рекомендуемой в случаях, когда пропущен прием очередной таблетки (таблеток).

Примечания

В то время как экспертная рабочая группа не обнаружила каких-либо прямых указаний на причину возникновения рвоты или диареи при приеме КОК или ПТП, однако, по мнению экспертов, она является аналогичной причиной, вызывающей рвоту и диарею при пропуске очередной таблетки контрацептива.

Вопрос в рамках систематического обзора

Какое влияние оказывает рвота или диарея, возникающая при приеме КОК или ПТП, на надежность противозачаточного эффекта? Уровень доказанности: I; косвенное подтверждение.

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

1. Elomaa K., Ranta S., Tuominen J., Lahteenmaki P. Charcoal treatment and risk of escape ovulation in oral contraceptive users. *Human Reproduction* 2001; 16:76-81.

Основные неразрешенные вопросы:

Является ли возникновение сильной рвоты и/или диареи достаточным основанием для перехода к схеме приёма контрацептива, рекомендуемой в случаях, когда женщина пропустила прием очередной таблетки?

4. Когда женщина может начать использование комбинированных инъекционных контрацептивов?

путем и содержащих в качестве активного вещества медроксипрогестерона ацетат или эстрадиола ципионат (Cyclofem/Lunelle), они также применимы в отношении комбинированных инъекционных контрацептивов, содержащих в качестве действующего агента норэтистерона энантат или эстрадиола валерат (Mesigyna).

Наличие регулярных менструальных циклов

Женщина может получить первую инъекцию КИК в течение 7 дней после начала менструального кровотечения. При этом не требуется использования какого-либо дополнительного средства контрацепции.

Также, допускается начинать прием КИК в любое другое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. Если прием КИК начинается по прошествии 7 дней после начала менструального кровотечения, женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительный метод контрацепции в течение последующих 7 дней.

Отсутствие менструальных циклов

При отсутствии менструального цикла прием КИК допускается начинать в любое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. В этом случае женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительный метод контрацепции в течение последующих 7 дней.

Период грудного вскармливания

Если после родов прошло более 6 месяцев и у женщины отсутствует менструальный цикл, то прием КИК может осуществляться в соответствии с рекомендациями, которые обычно даются женщинам с аменореей.

Если после родов прошло более 6 месяцев, и у женщины восстановился менструальный цикл, то прием КИК может начинаться с учетом рекомендаций, которые обычно даются женщинам с нормальным месячным циклом.

Если послеродовой период не превышает 6 недель и ребенок находится в основном на грудном вскармливании, то в этом случае прием КИК является противопоказанным. Назначения КИК следует избегать, если послеродовой период составляет от 6 недель до 6 месяцев, и основным методом кормления ребенка является грудное вскармливание, за исключением тех случаев, когда использование более подходящих средств контрацепции является по тем или иным причинам невозможным или недопустимым.

Отказ от другого метода гормональной контрацепции в пользу КИК

При отказе от какого-либо другого гормонального противозачаточного средства в пользу КИК, первая инъекция КИК может выполняться без промежуточной паузы, при условии, что женщина последовательно и точно выполняла рекомендации по приему предыдущего препарата и имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. При этом нет необходимости дожидаться начала следующего менструального цикла.

Если предыдущий гормональный контрацептив вводился также инъекционным путем, то первая инъекция КИК должна выполняться в день предполагавшейся очередной инъекции предыдущего контрацептива. При этом нет необходимости прибегать к какому-либо дополнительному способу контрацепции.

Отказ от негормональной контрацепции (исключая ВМС) в пользу КИК

Женщина может получить первую инъекцию КИК немедленно после отказа от предыдущего метода контрацепции, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. При этом нет необходимости дожидаться начала следующего менструального цикла.

женщина не беременна. При этом нет необходимости дожидаться начала следующего менструального цикла.

5. Когда женщина может произвести повторное введение комбинированного инъекционного контрацептива (КИК)?

Примечания

Хотя ниже следующие рекомендации разработаны с учетом имеющейся информации о комбинированных контрацептивах, вводимых инъекционным путем и содержащих в качестве активного вещества медроксипрогестерона ацетат или эстрадиола ципионат (Cyclofem/Lunelle), они также применимы в отношении комбинированных инъекционных контрацептивов, содержащих в качестве активного вещества норэтистерона энантат или эстрадиола валерат (Mesigyna).

Рекомендуемый интервал между повторными инъекциями КИК

Повторные инъекции КИК должны производиться через каждые 4 недели.

Получение инъекции КИК раньше рекомендуемого срока

Если по каким-либо обстоятельствам соблюдение рекомендуемого интервала между повторными инъекциями КИК является невозможным, допускается произвести инъекцию на 1 -7 дней раньше графика. Однако в этом случае возможно нарушение менструального цикла.

Получение инъекции КИК позже рекомендуемого срока

Если по каким-либо обстоятельствам соблюдение рекомендуемого интервала между повторными инъекциями КИК является невозможным, допускается произвести инъекцию на 1 -7 дней позже установленного графика.

Если запоздание превышает 7 дней, инъекция может быть произведена, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. В этом случае женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительный метод контрацепции в течение последующих 7 дней. При необходимости, женщина может прибегнуть к неотложной контрацепции.

Примечания

По мнению экспертной рабочей группы, риск наступления овуляции является минимальным в первой половине второго месяца, следующего за последней инъекцией.

Вопрос в рамках систематического обзора

Каким образом пропуск приема ПТП в различные дни менструального цикла влияет на выраженность противозачаточного эффекта?

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

Узкоспециальной справочной литературы по данному вопросу авторами найдено не было.

Другие источники

1. McCann MF, Potter LS. Progestin-only oral contraception: a comprehensive review. *Contraception* 1994;50 (6Suppl 1):S1-195.

Основные неразрешенные вопросы

Каким образом количество пропущенных ПТП и время, на которое приходится пропуск в приеме контрацептива, влияют на риск возникновения нежелательной беременности?

Если женщина пропускает прием очередной таблетки ПТП, то является ли 48-часовой период приема ПТП под прикрытием дополнительного средства контрацепции достаточным для полного восстановления противозачаточного эффекта ПТП? Влияет ли ко-

Насколько четко женщины, пользующиеся ПТП, понимают и выполняют указания по приему таблеток, включая инструкции по использованию дополнительного метода контрацепции при пропуске очередного приема ПТП?

Насколько точно можно прогнозировать риск возникновения беременности при использовании ПТП, опираясь на результаты ультразвукового обследования, гормональных исследований и анализа состава цервикальной слизи?

Каковы наиболее эффективные методы врачебного консультирования и разъяснительной работы, позволяющие обеспечить последовательное, грамотное и регулярное пользование ПТП?

Отказ от ВМС (включая ВМС с гормональным компонентом) в пользу ПТП

Прием ПТП можно начинать в течение 5 дней после начала менструального кровотечения. Применения дополнительного метода контрацепции не требуется. ВМС может быть удалена в течение этого периода.

Также, женщина может начать прием ПТП в любое другое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна.

Если в течение данного менструального цикла женщина жила активной половой жизнью и с начала менструации прошло более 5 дней, то в этом случае рекомендуется удалить ВМС во время следующего менструального цикла.

Если в течение данного менструального цикла женщина не жила половой жизнью и с начала менструации прошло более 5 дней, то в этом случае ей рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительное противозачаточное средство в течение последующих 2 дней. Если в качестве вышеупомянутого дополнительного средства контрацепции служит внутриматочная спираль, то ее следует удалить во время следующего менструального цикла.

Если у женщины отсутствует менструальный цикл или менструальные кровотечения носят нерегулярный характер, то прием ПТП должен осуществляться в соответствии с рекомендациями для женщин с аменореей.

Примечания:

По мнению экспертной рабочей группы, вероятность того, что овуляция произойдет в течение первых 5 дней после начала менструации, является достаточно низкой. Считается, что подавление овуляции будет менее эффективным в том случае, если прием ПТП начинается по прошествии 5 дней после начала менструального цикла. Надежный противозачаточный эффект (изменение свойств цервикальной слизи) обеспечивается по прошествии примерно 48 часов после начала приема ПТП.

Необходимость в использовании дополнительного метода контрацепции при отказе от другого гормонального средства в пользу ПТП зависит от конкретных характеристик предыдущего гормонального препарата.

Учитывая определенное беспокойство в отношении риска возникновения беременности при удалении ВМС во время менструального цикла, когда имел место недавний половой контакт, эксперты рабочей группы рекомендуют оставлять ВМС на месте до начала следующего менструального цикла.

6. Когда женщина может начать прием противозачаточных таблеток прогестогенового ряда (ПТП)?

Наличие регулярных менструальных циклов

Женщина может начать прием противозачаточных таблеток, содержащих только прогестоген (ПТП), в течение 5 дней после начала менструального кровотечения. При этом использования какого-либо дополнительного средства контрацепции не требуется.

Женщина может начать прием противозачаточных таблеток, содержащих только прогестоген (ПТП), в течение 5 дней после начала менструального кровотечения. При этом использования какого-либо дополнительного средства контрацепции не требуется. Также, допускается начинать прием ПТП в любое другое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. Если прием ПТП начинается по прошествии 5 дней после начала менструального кровотечения, женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо пользоваться дополнительным средством контрацепции в течение последующих 2 дней.

Отсутствие менструальных циклов

При отсутствии менструального цикла прием ПТП допускается начинать в любое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. В этом случае женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо пользоваться дополнительным средством контрацепции в течение последующих 2 дней.

Период грудного вскармливания

Если после родов прошло более 6 недель и менее 6 месяцев и у женщины отсутствует менструальный цикл, то прием препарата может начинаться в любое время. Если женщина принимает ПТП и ребенок находится полностью или в основном на грудном вскармливании, то использования какого-либо дополнительного средства контрацепции не требуется.

Если после родов прошло более 6 недель, и у женщины восстановился менструальный цикл, то прием ПТП может начинаться с учетом рекомендаций, которые обычно даются женщинам с нормальным месячным циклом.

Если послеродовой период не превышает 6 недель и ребенок находится в основном на грудном вскармливании, то назначения следует избегать за исключением тех случаев, когда использование более подходящих средств контрацепции является по тем или иным причинам невозможным или недопустимым.

Отказ от другого метода гормональной контрацепции в пользу ПТП

При отказе от какого-либо другого гормонального противозачаточного средства в пользу ПТП, прием ПТП может начинаться без какой-либо промежуточной паузы, при условии, что женщина последовательно и точно выполняла рекомендации по приему предыдущего гормонального препарата либо имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. При этом нет необходимости дожидаться начала следующего менструального цикла.

Если предыдущий гормональный контрацептив вводился инъекционным путем, то прием следует начинать в день предполагаемой очередной инъекции предыдущего контрацептива. При этом нет необходимости прибегать к какому-либо дополнительному способу контрацепции.

Отказ от негормональной контрацепции (исключая ВМС) в пользу ПТП

Прием препарата можно начинать в течение 5 дней после начала менструального кровотечения. Применения дополнительного метода контрацепции не требуется.

Также, женщина может начать прием немедленно после отказа от предыдущего метода контрацепции или в любое другое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. Если прием ПТП начинается по прошествии 5 дней после начала менструального кровотечения, женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительное противозачаточное средство в течение последующих 2 дней.

Основные неразрешенные вопросы

Каким образом количество пропущенных таблеток КОК и время на которое приходится пропуск очередного приема контрацептива, влияют на степень риска возникновения беременности? Существуют ли какие-либо существенные различия в данном отношении между отдельными лицами и группами населения?

Насколько точно пользователи КОК понимают содержание указаний по приему гормональных противозачаточных таблеток и следуют таким инструкциям, включая использование дополнительного способа контрацепции при пропуске приема очередной таблетки?

Способствует ли сокращение длительности периодов нулевого следствия существенному возрастанию вероятности наступления беременности?

Возможно ли компенсировать пропуск очередного приема КС этинилэстрадиола, приемом аналогичного КОК, в особенности, в тех случаях, когда требуется применение другого, противозачаточного средства?

Насколько точно можно прогнозировать риск возникновения беременности при пользовании КОК, опираясь на результаты ультразвукового обследования и содержания гормонов в крови и исследования состава цервикальной слизи?

Каковы наиболее эффективные методы консультирования и информации, обеспечивающие максимальную последовательность при пользовании комбинированными оральными контрацептивами?

7. Что можно предпринять в случае, если женщина пропустила очередной прием противозачаточной таблетки прогестогенового ряда?

Если у женщины имеется регулярный менструальный цикл (в эту категорию относятся также женщины, имеющие ребенка на грудном вскармливании) и промедление в приеме одной или более таблеток составляет 3 и более часов, то в этом случае женщине необходимо:

- Как можно раньше принять одну таблетку контрацептива.
- Продолжать принимать таблетки по обычной схеме, т.е. по одной таблетке в день.
- Воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительное противозачаточное средство в течение последующих 2 дней.

При необходимости, женщина может прибегнуть к неотложной контрацепции.

Если женщина имеет ребенка на грудном вскармливании, у нее отсутствует менструальный цикл и промедление в приеме одной или более таблеток составляет 3 и более часов, то в этом случае женщине необходимо:

- Как можно раньше принять одну таблетку контрацептива
- Продолжать принимать таблетки по обычной схеме, т.е. по одной таблетке в день.

Если продолжительность послеродового периода не превышает 6 месяцев, то в этом случае применения дополнительного метода контрацепции не требуется.

Примечания:

По мнению экспертной рабочей группы, нерегулярный или неправильный прием противозачаточных таблеток является основной причиной наступления нежелательной беременности. Эксперты подчеркивают важность ежедневного приема ПТП примерно в одно и то же время суток. Считается, что надежный противозачаточный эффект (изменение свойств цервикальной слизи) обеспечивается по прошествии примерно 48 часов после начала приема ПТП.

8. Что может предпринять женщина при рвоте, возникающей в результате приема таблеток для неотложной контрацепции (ТНК)?

При возникновении рвоты в течение 2 часов после приема таблеток для неотложной контрацепции женщине следует:

Как можно быстрее принять следующую дозу ТНК. Если ТНК представлены комбинированными таблетками эстроген-прогестогенового ряда (КОК), женщине рекомендуется предварить прием второй дозы ТНК приемом противорвотного средства. Если рвота не прекращается, повторная доза ТНК может быть введена вагинальным путем.

Примечания

Экспертная рабочая группа отмечает, что таблетки для неотложной контрацепции, изготовленные с использованием только прогестогена, вызывают тошноту и рвоту при приеме гораздо реже, чем комбинированные таблетки для неотложной контрацепции эстроген-прогестогенового ряда (КОК)

Вопрос в рамках систематического обзора

Каким образом возникновение рвоты или диареи при приеме ПТП влияет на выраженность противозачаточного эффекта?

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

Узкоспециальной справочной литературы по данному вопросу авторами не указывается.

Основные неразрешенные вопросы

Приводит ли возникновение рвоты в течение 2 часов после приема ТНК к существенному снижению противозачаточного эффекта?

9. Когда женщина может начать использование инъекционных контрацептивов прогестогенового ряда (ИКП) - МПАПД или НЭЭ?

Вопрос в рамках систематического обзора

Каким образом начало использования ИКП в различные дни менструального цикла влияет на выраженность противозачаточного эффекта? Уровень доказанности: 11-1; косвенное подтверждение.

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

1. Siriwongse T, Snidvongs W, Tantayaporn P, Leepitpaiboon S. Effect of depomedroxyprogesterone acetate on serum progesterone levels when administered on various cycle days. *Contraception* 1982;26: 487-93.
2. Petta CA, Faundes A, Dunson TR, Ramos M, DeLucio M, Faundes D et al. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Depo-Provera users Part I. Changes in cervical mucus. *Fertility & Sterility* 1998;69:252-7.
3. Petta CA, Faundes A, Dunson TR, Ramos M, DeLucio M, Faundes D et al. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Depo-Provera users. II. Effects on ovarian function. *Fertility & Sterility* 1998; 70:817-20.

Другие источники

1. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal* 2000;321:1259-62.
2. Wilcox AJ, Dunson DB, Weinberg CR, Trussell J, Baird DD. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception* 2001;63:2П-5.

Основные неразрешенные вопросы

По прошествии какого времени после начала введения МПАПД и НЭЭ инъекционным путем можно говорить о возникновении надежного противозачаточного эффекта?

Насколько точно можно прогнозировать риск возникновения беременности при использовании ИКП, опираясь на результаты ультразвукового обследования, гормональных исследований и анализа состава цервикальной слизи?

Если прием ИКП начинается в течение 7 дней после начала менструального кровотечения, то в этом случае нет необходимости прибегать к какому-либо дополнительному способу контрацепции.

Если прием ИКП начинается по прошествии 7 дней после начала менструального кровотечения, то в этом случае женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительный метод контрацепции в течение последующих 7 дней.

Отказ от использования ВМС (включая ВМС с гормональным компонентом) в пользу ИКП. Первая инъекция ИКП может быть произведена в течение 7 дней после начала менструального кровотечения. Применения дополнительного метода контрацепции в этом случае не требуется. ВМС может быть удалена в течение этого периода.

Также, женщина может получить первую инъекцию ИКП в любое другое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна.

Если в течение данного менструального цикла женщина жила активной половой жизнью и с начала менструации прошло более 7 дней, то в этом случае ВМС рекомендуется удалить во время следующего менструального цикла.

Если в течение данного менструального цикла женщина не жила половой жизнью и с начала менструации прошло более 7 дней, то в этом случае ей рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительный метод контрацепции в течение последующих 7 дней. Если в качестве вышеупомянутого дополнительного средства контрацепции служит внутриматочная спираль, то ее следует удалить во время следующего менструального цикла.

Если у женщины отсутствует менструальный цикл или менструальные кровотечения носят нерегулярный характер, то использование ИКП должно осуществляться в соответствии с рекомендациями для женщин с аменореей.

Примечания

По мнению экспертной рабочей группы, инъекция ИКП, произведенная не позднее 7-го дня менструального цикла, позволяет существенно снизить вероятность возникновения овуляции и, соответственно, беременности.

Необходимость в использовании дополнительного метода контрацепции при отказе от другого гормонального средства в пользу ИКП зависит от конкретных характеристик предыдущего гормонального метода контрацепции.

Учитывая определенное беспокойство в отношении риска возникновения беременности при удалении ВМС во время менструального цикла, когда имел место недавний половой контакт, эксперты рабочей группы рекомендуют оставлять ВМС на месте до начала следующего менструального цикла.

В то время как по оценкам экспертов надежный контрацептивный эффект (изменение свойств цервикальной слизи) при использовании противозачаточных таблеток прогестогенового ряда (ПТП) обеспечивается по прошествии примерно 48 часов после начала приема таблеток, длительность периода, необходимого для достижения указанного эффекта при введении прогестогеновых контрацептивов инъекционным путем, остается неясной.

10. Когда женщина может произвести повторное введение инъекционных контрацептивов прогестогенового ряда (ИКП) - МПАПД или НЭЭ?

Рекомендуемый интервал между повторными инъекциями

Повторные инъекции МПАПД должны производиться через каждые 3 месяца. Повторные инъекции НЭЭ должны производиться через каждые 2 месяца.

Получение инъекции раньше рекомендуемого срока

Если по каким-либо обстоятельствам соблюдение рекомендуемого интервала между повторными инъекциями МПАПД или НЭЭ является невозможным, допускается произвести инъекцию на 2 недели раньше графика.

Получение инъекции позже рекомендуемого срока

Если по каким-либо обстоятельствам соблюдение рекомендуемого интервала между повторными инъекциями МПАПД или НЭЭ является невозможным, допускается произвести инъекцию на 2 недели позже установленного графика. При этом нет необходимости прибегать к какому-либо дополнительному средству контрацепции.

Если запоздание превышает 2 недели, повторная инъекция МПАПД или НЭЭ может быть произведена, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. В этом случае женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительное средство контрацепции в течение последующих 7 дней. При необходимости, женщина может прибегнуть к неотложной контрацепции.

Попеременное использование МПАПД или НЭЭ

Попеременное использование МПАПД и НЭЭ не рекомендуется.

Если возникает необходимость в переходе с МПАПД на НЭЭ или наоборот, то в этом случае первую инъекцию нового препарата следует производить в день, когда предполагалось сделать инъекцию предыдущего препарата.

Введение повторной дозы ИКП в случае, если тип предыдущего инъекционного контрацептива и/или время предшествующей инъекции неизвестны

Инъекция может быть произведена, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. В этом случае женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительное средство контрацепции в течение последующих 7 дней.

При необходимости, женщина может прибегнуть к неотложной контрацепции.

Примечания:

По мнению экспертной рабочей группы, вероятность возникновения овуляции является минимальной в течение 2 недель, следующих за днем, когда должна была быть произведена повторная инъекция (рекомендуемый интервал между повторными инъекциями МПАПД и НЭЭ составляет, соответственно, 3 месяца и 2 месяца).

Механизм действия, медицинские критерии допустимости применения и побочные эффекты МПАПД и НЭЭ являются аналогичными. Соответственно, переключение с МПАПД на НЭЭ или наоборот не представляет опасности для здоровья женщины.

В то время как по оценкам экспертов надежный контрацептивный эффект (изменение свойств цервикальной слизи) при использовании ИКП обеспечивается по прошествии примерно 48 часов после начала приема таблеток, длительность периода, необходимого для достижения указанного эффекта при введении прогестогеновых контрацептивов инъекционным путем, остается неясной.

Вопрос в рамках систематического обзора

Как скоро после последней инъекции ИКП происходит восстановление овуляторного цикла и фертильности? Уровень доказанности: 11-3; косвенное подтверждение.

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

1. Pardthaisong T. Return of fertility after the use of the injectable contraceptive DepoProvera: Updated data analysis. *Journal of Biosocial Science* 1984; 16:23-34.
2. Anonymous. ICMR (Indian Council of Medical Research) Task Force on Hormonal Contraception. Return of fertility following discontinuation of an injectable contraceptive — norethisterone oenanthate (NET-EN) 200 mg dose. *Contraception* 1986; 34:573-82

3. Ortiz A, Hiroi M, Stanczyk FZ, Goebelsmann U, Mishell DR. Serum medroxyprogesterone acetate (MPA) concentrations and ovarian function following intramuscular injection of Depo-MPA. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 1977;44:32-8.
4. Fotherby K, Saxena B, Shrimanker K, Hingorani V, Takker D, Diczfalusy E et al. A preliminary pharmacokinetic and pharmacodynamic evaluation of depot-medroxyprogesterone acetate and norethisterone oenanthate. *Fertility & Sterility* 1980;34:131-9.
5. Bassol S, Garza-Flores J, Cravioto MC, Diaz-Sanchez V, Fotherby K, Lichtenberg R et al. Ovarian function following a single administration of depo-medroxy progesterone acetate (DMPA) at different doses. *Fertility & Sterility* 1984;42:216-22.
6. Lan PT, Aedo AR, Landgren BM, Johannisson E, Diczfalusy E. Return of ovulation following a single injection of depo-medroxyprogesterone acetate: a pharmacokinetic and pharmacodynamic study. *Contraception* 1984;29:1-18.
7. Saxena BN, Dusitsin N, Tankeyoon M, Chaudhury RR. Return of ovulation after the cessation of depot-medroxy progesterone acetate treatment in Thai women. *Journal of the Medical Association of Thailand* 1980;63:66-9.
8. Garza-Flores J, Cardenas S, Rodriguez V, Cravioto MC, Diaz-Sanchez V. Return to ovulation following the use of long-acting injectable contraceptives: a comparative study. *Contraception* 1985;31:361-6.

Основные неразрешенные вопросы:

Насколько распространена практика переключения с использования МПАПД на НЭЭ и наоборот, и какова причина таких переключений?

Насколько точно можно прогнозировать риск возникновения беременности при использовании ИКП, опираясь на результаты ультразвукового обследования, гормональных исследований и анализа состава цервикальной слизи?

Какова максимально допустимая продолжительность интервала между инъекциями, обеспечивающая возможность поддержания противозачаточного эффекта ИКП на требуемом уровне?

Каковы наиболее эффективные методы врачебного консультирования и других методов общения с пациентами, позволяющие обеспечить надлежащее соблюдение интервалов между повторными инъекциями ИКП?

Интенсивное или затяжное кровотечение (более 8 дней или в 2 раза дольше обычной продолжительности менструального кровотечения).

При интенсивном или затяжном кровотечении следует исключить наличие гинекологической патологии. Если обследование выявляет наличие гинекологического заболевания, то в этом случае необходимо назначить соответствующее лечение или направить женщину в специализированное медицинское учреждение.

Если подозрение на наличие гинекологической патологии не подтверждается, и женщина настаивает на лечении нарушения менструального цикла, то в этом случае в распоряжении врача имеются два возможных варианта:

Негормональная терапия: используются нестероидные противовоспалительные препараты (НСПВП)

Гормональная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний): применяются малые дозы КОК или этинилэстрадиол

Если пациентка отказывается от лечения нарушений менструального цикла или лечение оказывается неэффективным, и кровотечение начинает представлять угрозу для

здоровья женщины или она испытывает острый психологический дискомфорт в связи с непрекращающимся кровотечением, то в этом случае следует удалить имплантат. При этом врач должен помочь женщине подобрать более приемлемый для нее метод контрацепции.

Примечания:

Экспертная рабочая группа отмечает, что вживление противозачаточных имплантантов нередко сопровождается нарушением менструального цикла и информирование пациентки о возможности появления таких нарушений еще до начала использования данного метода контрацепции играет важную роль в смягчении психологического дискомфорта, испытываемого женщиной, и создании стимула для пользования данным методом контрацепции.

Экспертная группа провела анализ имеющегося опыта (который на настоящий момент является довольно ограниченным) лечения легких или интенсивных кровотечений и установила, что следующие схемы дают умеренный терапевтический эффект:

Негормональная терапия: нестероидные противовоспалительные препараты (НСПВП);

Ибупрофен - 800 мг 3 раза в день в течение 5 дней; Мефенаминовая кислота - 500 мг 2 раза в день в течение 5 дней.

Гормональная терапия:

Малые дозы КОК - 30 нанограмм этинилэстрадиола + 150 нанограмм левоноргестрела 1 раз в день в течение 21 дня; Этинилэстрадиол - 50 нанограмм в течение 20 дней.

Вопрос в рамках систематического обзора

Имеются ли документальные подтверждения эффективности тех или иных схем лечения нарушений менструального цикла, возникающих при использовании имплантата?
Уровень доказанности -1; прямое подтверждение.

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

1. Diaz S, Croxatto HB, Pavez M, Beihadj H, Stern J, Sivin I. Clinical assessment of treatments for prolonged bleeding in users of Norplant implants. *Contraception* 1990;42:97-109.
2. Alvarez-Sanchez F, Brache V, Thevenin F, Cochon L, Faundes A. Hormonal treatment for bleeding irregularities in Norplant implant users. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1996;174:919-22.
3. Witjaksono J, Lau TM, Affandi B, Rogers PA. Oestrogen treatment for increased bleeding in Norplant users: preliminary results. *Human Reproduction* 1996;11:109-14
4. Boonkasemsanti W, Reinprayoon D, Pruksananonda K, Niruttisard S, Triratanachat S, Leepipatpaiboon S et al. The effect of transdermal oestradiol on bleeding patterns, hormonal profiles and sex steroid receptor distribution in the endometrium of Norplant users. *Human Reproduction* 1996;11:115-23.
5. Cheng L, Zhu H, Wang A, Ren F, Chen J, Glasier A. Once a month administration of mifepristone improves bleeding patterns in women using subdermal contraceptive implants releasing levonorgestrel. *Human Reproduction* 2000;15:1969-72.
6. Subakir SB, Setiadi E, Affandi B, Pringgoutomo S, Freisieben Hi Benefits of vitamin E supplementation to Norplant users -in vitro and in vivo studies. *Toxicology* 2000;148:173-8.
7. Kaewrudee S, Taneepanichskul S, Jaisamraun U, Reinprayoon D. The effect of mefenamic acid on controlling irregular uterine bleeding secondary to Norplant use. *Contraception* 1999, 60:25-30.

Основные неразрешенные вопросы:

Каков механизм возникновения нарушений менструального цикла при применении, этоноргестреловых и левоноргестреловых имплантатов и какова оптимальная методика лечения таких нарушений?

Каковы наиболее эффективные методы врачебного консультирования и другие способы общения с пациентом, позволяющие оказать необходимую помощь женщинам с нарушением менструального цикла?

11. Что можно предпринять при нарушениях менструального цикла, вызванных использованием инъекционных контрацептивов прогестогенового ряда - МПАЦД или НЭЭ?

Аменорея

Аменорея не требует какого-либо специального лечения. В таких случаях достаточно консультации врача. Если женщина испытывает психологический дискомфорт в связи с отсутствием месячных, то в этом случае ей следует прекратить использование инъекционного контрацептива. При этом врач должен помочь женщине подобрать более подходящий для нее метод контрацепции.

Мажущие кровянистые выделения или легкое кровотечение

Появление мажущих кровянистых выделений или легкого кровотечения является распространенным явлением при использовании ИКП (в особенности, после первой инъекции) и не представляет опасности для здоровья. Использование нестероидных противовоспалительных препаратов (ибупрофен 800 мг в сутки в течение 1-5 дней) позволяет остановить такие побочные явления.

При непрекращающихся кровянистых выделениях или кровотечении, а также при появлении кровотечения после периода аменореи следует исключить наличие гинекологической патологии. Если обследование выявляет наличие гинекологического заболевания, то в этом случае необходимо назначить соответствующее лечение или направить женщину в специализированное медицинское учреждение.

Если у пациентки обнаруживается ИППП или ВЗОМТ, то она может продолжить получать инъекции контрацептива параллельно с лечением выявленного заболевания. При этом женщине и ее половому партнеру рекомендуется пользоваться презервативом.

Если подозрение на наличие гинекологической патологии не подтверждается, и женщина испытывает психологический дискомфорт в связи с отсутствием месячных, то в этом случае ей следует прекратить использование инъекционного контрацептива. При этом врач должен помочь женщине подобрать более приемлемый для нее метод контрацепции.

Интенсивное или затяжное кровотечение (более 8 дней или а 2 раза дольше обычной продолжительности менструального кровотечения)

В этом случае врач должен объяснить пациентке, что интенсивное или затяжное кровотечение нередко сопровождает течение первого инъекционного цикла.

При непрекращающемся кровотечении интенсивного или затяжного характера следует исключить наличие гинекологической патологии. Если обследование выявляет наличие гинекологического заболевания, то в этом случае необходимо назначить соответствующее лечение или направить женщину в соответствующее медицинское учреждение.

Если кровотечение начинает представлять угрозу для здоровья женщины или она испытывает острый психологический дискомфорт по причине непрекращающегося кровотечения, то в этом случае следует прекратить использование инъекционного контрацептива. При этом врач должен помочь женщине подобрать более приемлемый для нее метод контрацепции.

В целях профилактики анемии следует назначить препараты железа и/или посоветовать женщине включать в рацион больше продуктов, богатых железом.

Если прием КИК начинается в течение 7 дней после начала менструального кровотечения, то в этом случае нет необходимости прибегать к какому-либо дополнительному способу контрацепции.

Если прием КИК начинается по прошествии 7 дней после начала менструального кровотечения, то в этом случае женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительный метод контрацепции в течение последующих 7 дней.

Отказ от ВМС (включая ВМС с гормональным компонентом) в пользу КИК

Первая инъекция КИК может производиться в течение 7 дней после начала менструального кровотечения. Применения дополнительного метода контрацепции не требуется. ВМС может быть удалена в течение этого периода.

Также, женщина может начать использование КИК в любое другое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна.

Если в течение данного менструального цикла женщина жила активной половой жизнью и с начала менструации прошло более 7 дней, то в этом случае ВМС рекомендуется удалить во время следующего менструального цикла.

Если в течение данного менструального цикла женщина не жила половой жизнью и с начала менструации прошло более 7 дней, то в этом случае ей рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительный метод контрацепции в течение последующих 7 дней. Если в качестве вышеупомянутого дополнительного средства контрацепции служит внутриматочная спираль, то ее следует удалить во время следующего менструального цикла.

Если у женщины отсутствует менструальный цикл или менструальные кровотечения носят нерегулярный характер, то КИК должны использоваться в соответствии с рекомендациями для женщин с аменореей.

Примечания:

По мнению экспертной рабочей группы, введение КИК не позднее 7-го дня менструального цикла позволяет значительно снизить вероятность возникновения овуляции и, соответственно, беременности.

Необходимость в использовании дополнительного метода контрацепции при отказе от другого гормонального средства в пользу КИК зависит от конкретных характеристик предыдущего гормонального препарата.

Учитывая определенное беспокойство в отношении риска возникновения беременности при удалении ВМС во время менструального цикла, когда имел место недавний половой контакт, эксперты рабочей группы рекомендуют оставлять ВМС на месте до начала следующего менструального цикла.

Примечания:

Экспертная рабочая группа отмечает, что нарушения менструального цикла нередко сопровождают прием ИКП и информирование пациентки о возможности появления таких нарушений еще до начала использования ИКП играет важную роль в смягчении психологического дискомфорта, испытываемого женщиной, и создании стимула для продолжения использования данного метода контрацепции.

Экспертная группа провела анализ имеющегося опыта (который на настоящий момент является довольно ограниченным) лечения нарушений менструального цикла, возникающих при применении ИКП, и пришла к заключению, что лечение легкого или интенсивного кровотечения с помощью эстрогенных или нестероидных противовоспалительных препаратов (NSAID) приводит лишь к кратковременному улучшению состояния или имеет практически нулевой эффект.

Вопрос в рамках систематического обзора

Имеются ли документальные подтверждения эффективности тех или иных схем лечения нарушений менструального цикла, возникающих при использовании ИКП? Уровень доказанности: косвенное подтверждение.

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

1. Parker RA, McDaniel EB. The use of quinesterol for the control of vaginal bleeding irregularities caused by DMPA. *Contraception* 1980;22:1-7.
2. Sapire KE. A study of bleeding patterns with two injectable contraceptives given post-partum and the effect of two nonhormonal treatments. *Advances in Contraception* 1991;7:379-87.
3. Said S, Sadek W, Rocca M, Koetsawang S, Kirwat O, Piya-Anant M. Clinical evaluation of the therapeutic effectiveness of ethinyl oestradiol and oestrone sulphate on prolonged bleeding in women using depot medroxyprogesterone acetate for contraception. *World Health Organization, Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, Task Force on Long-acting Systemic Agents for Fertility Regulation. Human Reproduction* 1996;11:1-13.

Основные неразрешенные вопросы

Каков механизм возникновения нарушений менструального цикла при применении инъекционных контрацептивов прогестогенового ряда и какова оптимальная методика лечения таких нарушений?

Каковы наиболее эффективные методы врачебного консультирования и повышения информированности пациентов, позволяющие обеспечить надлежащее соблюдение интервалов между повторными инъекциями ИКП?

12. Когда женщине можно вживить противозачаточный имплантат?

Примечание: Нижеследующие рекомендации разработаны с учетом имеющейся информации о существующих имплантатах левоноргестрелового ряда («Норплант», «Джаделл») и действуют только в отношении таких имплантатов. Степень, в которой эти рекомендации могут быть применимы к эстрогеновым имплантатам, на настоящий момент неизвестна. В аннотациях к этоноргестреловым имплантатам («Импланон») указывается, что имплантат должен вживляться на 1-5 день менструального цикла (но не позднее 5-го дня).

Наличие регулярного менструального цикла

Имплантат может быть вживлен в течение 7 дней после начала менструального кровотечения. При этом применения какого-либо дополнительного метода контрацепции не требуется.

Также, имплантат может быть вживлен в любое другое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. Если имплантат вживляется по прошествии 7 дней после начала менструального кровотечения, женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительное средство контрацепции в течение последующих 7 дней.

Отсутствие менструальных циклов

При отсутствии менструального цикла имплантат допускается вживлять в любое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. В этом случае женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительный метод контрацепции в течение последующих 7 дней.

Период грудного вскармливания

Если после родов прошло от 6 недель до 6 месяцев, и у женщины отсутствует менструальный цикл, то вживление имплантата может быть произведено в любое время. Если женщина имеет ребенка, который находится полностью или в основном на грудном вскармливании, то использования какого-либо дополнительного средства контрацепции не требуется.

Если после родов прошло более 6 недель, и у женщины восстановился менструальный цикл, то вживление имплантата может быть произведено с учетом рекомендаций, которые обычно даются женщинам с нормальным месячным циклом.

Если послеродовой период не превышает 6 недель, и ребенок находится в основном на грудном вскармливании, то вживления имплантатов прогестогенового ряда следует избегать за исключением тех случаев, когда использование более подходящих средств контрацепции является по тем или иным причинам невозможным или неприемлемым.

Отказ от другого метода гормональной контрацепции в пользу имплантата

При отказе от какого-либо другого гормонального средства в пользу противозачаточного имплантата, вживление имплантата может производиться без промежуточной паузы, при условии, что женщина последовательно и точно выполняла рекомендации по приему предыдущего препарата или (и) имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. При этом нет необходимости дожидаться начала следующего менструального цикла.

Если предыдущий гормональный контрацептив вводился инъекционным путем, то вживление имплантата должно производиться в день предполагавшейся очередной инъекции предыдущего контрацептива. При этом нет необходимости прибегать к какому-либо дополнительному способу контрацепции.

Отказ от негормональной контрацепции (исключая ВМС) в пользу имплантата

Имплантат допускается вживлять немедленно после отказа от предыдущего метода контрацепции, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. При этом нет необходимости дожидаться начала следующего менструального цикла.

Если имплантат вживляется в течение 7 дней после начала менструального кровотечения, то в этом случае нет необходимости прибегать к какому-либо дополнительному способу контрацепции.

Если вживление имплантата происходит по прошествии 7 дней после начала менструального кровотечения, то в этом случае женщине рекомендуется воздерживаться от половых отношений либо использовать дополнительный метод контрацепции в течение последующих 7 дней.

Отказ от использования ВМС (включая ВМС с гормональным компонентом) в пользу имплантата

Вживление имплантата может быть произведено в течение 7 дней после начала менструального кровотечения. Применения дополнительного метода контрацепции не требуется. ВМС может быть удалена в течение этого периода.

Также, вживление имплантата может быть произведено в любое другое время, при условии, что женщина уверена в отсутствии у нее беременности.

Если в течение данного менструального цикла женщина жила активной половой жизнью и с начала менструации прошло более 7 дней, то в этом случае ВМС рекомендуется удалить во время следующего менструального цикла.

Если в течение данного менструального цикла женщина не жила половой жизнью и с начала менструации прошло более 7 дней, то в этом случае ей рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительный метод контрацепции в течение последующих 7 дней. Если в качестве вышеупомянутого дополнительного средства контрацепции служит внутриматочная спираль, то ее следует удалить во время следующего менструального цикла.

Если у женщины отсутствует месячный цикл или менструальные кровотечения носят нерегулярный характер, то вживление имплантата должно осуществляться в соответствии с рекомендациями для женщин с аменореей.

Примечания

По мнению экспертной рабочей группы, вживление имплантата, произведенное не позднее 7-го дня менструального цикла, позволяет существенно снизить вероятность наступления овуляции и, соответственно, беременности.

Необходимость в использовании дополнительного метода контрацепции при отказе от другого гормонального средства в пользу противозачаточного имплантата зависит от конкретных характеристик предыдущего гормонального метода контрацепции.

Учитывая определенное беспокойство в отношении риска возникновения беременности при удалении ВМС во время менструального цикла, когда имел место недавний половой контакт, эксперты рабочей группы рекомендуют оставлять ВМС на месте до начала следующего менструального цикла.

В то время как по оценкам экспертов надежный контрацептивный эффект (изменение свойств цервикальной слизи) при использовании противозачаточных таблеток прогестогенового ряда (ПТП) обеспечивается по прошествии примерно 48 часов после начала приема таблеток, длительность периода, необходимого для достижения указанного эффекта при вживлении левоноргестреловых имплантатов, остается неясной.

13. Что можно предпринять при нарушениях менструального цикла, вызванных вживлением противозачаточного имплантата?

Примечание: нижеследующие рекомендации разработаны с учетом имеющейся информации о существующих имплантатах левоноргестрелового ряда («Норплант», «Джаделл») и действуют только в отношении таких имплантатов. Степень, в которой эти рекомендации могут быть применимы к этинилэстрадиоловым имплантатам, на настоящий момент неизвестна.

Аменорея

Аменорея не требует какого-либо специального лечения. В таких случаях достаточно консультации врача.

Если женщина испытывает психологический дискомфорт в связи с отсутствием месячных, то в этом случае следует удалить имплантат. При этом врач должен помочь женщине подобрать более подходящий для нее метод контрацепции.

Мажущие кровянистые выделения или легкое кровотечение

Появление мажущих кровянистых выделений или легкого кровотечения является распространенным явлением при пользовании противозачаточными имплантатами (в особенности, в течение первого года) и не представляет никакой опасности для здоровья. При непрекращающихся кровянистых выделениях или кровотечении, а также при появлении кровотечения после периода аменореи следует исключить наличие гинекологической патологии. Если обследование выявляет наличие гинекологического заболевания, то в этом случае необходимо назначить соответствующее лечение или направить женщину в специализированное медицинское учреждение.

Если у пациентки обнаруживается ИППП или воспаление органов малого таза, то она может продолжать пользоваться имплантатом параллельно с лечением выявленного заболевания. При этом на период лечения женщине и ее половому партнеру рекомендуется пользоваться презервативом.

Если подозрение на наличие гинекологической патологии не подтверждается, и женщина настаивает на лечении нарушения менструального цикла, то в этом случае в распоряжении врача имеются два возможных варианта:

Негормональная терапия: используются нестероидные противовоспалительные препараты (НСПВП).

Гормональная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний): применяются малые дозы КОК или этинилэстрадиол.

Если пациентка отказывается от лечения нарушений менструального цикла или лечение оказывается неэффективным, и женщина испытывает психологический дискомфорт

в связи с отсутствием месячных, то в этом случае следует удалить имплантат. При этом врач должен помочь женщине подобрать более приемлемый для нее метод контрацепции.

Вопрос в рамках систематического обзора

Какова эффективность применения календарного метода контрацепции в случаях, когда продолжительность менструального цикла находится за пределами обычного диапазона (26-32 дня)? Уровень доказанности - 1-3; прямое подтверждение.

Справочная литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

1. Arevalo M, Sinau I, Jennings V. A fixed formula to define the fertile window of the menstrual cycle as the basis of a simple method of natural family planning. *Contraception* 2000; 60:357-60.

Другие источники

1. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal* 2000;321:1259-62.
2. Wilcox AJ, Dunson DB, Weinberg CR, Trusseli J, Baird DD. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception* 2001;63:211-5.

Основные неразрешенные вопросы

Каковы самые эффективные методы консультирования и другие способы общения с пациентом, обеспечивающие последовательное, правильное и регулярное пользование методами контрацепции, основанными на знании о перемежающемся характере фертильности?

14. Когда допускается устанавливать медьсодержащую внутриматочную спираль (ВМС)?

Наличие регулярного менструального цикла

Установка медьсодержащей ВМС может быть произведена в течение 12 дней после начала менструального кровотечения в любое удобное для женщины время (не только в период менструального кровотечения). При этом применения какого-либо дополнительного метода контрацепции не требуется.

Также, медьсодержащая ВМС может быть установлена в любое другое, удобное для женщины, время, если имеются достаточные основания полагать, что она не беременна. Применения какого-либо дополнительного метода контрацепции при этом не требуется.

Отказ от другого метода контрацепции в пользу ВМС

Медьсодержащая ВМС может устанавливаться немедленно после отказа от предыдущего метода контрацепции, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. При этом нет необходимости дожидаться начала следующего менструального цикла.

Примечания

Экспертная рабочая группа установила, что риск наступления беременности в течение первых 12-ти дней менструального цикла является крайне низким, учитывая чрезвычайно малую вероятность овуляции в 1-8 дни цикла и 5-дневный неотложный контрацептивный эффект, оказываемый медьсодержащей ВМС.

Рекомендации, разработанные экспертной рабочей группой для женщин, пользующихся медьсодержащей ВМС, не должны применяться в случаях, когда речь идет о ВМС с V гормональным компонентом, так как последние не обладают неотложным противозачаточным эффектом, характерным для медьсодержащих ВМС. Также необходимо учитывать, что плод может подвергаться дополнительному, риску в связи с присутствием в составе внутриматочной спирали гормонального компонента.

15. Что можно предпринять при нарушениях менструального цикла, возникающих при установке медьсодержащей внутриматочной спирали (ВМС)?

Мажущие кровянистые выделения или легкое кровотечение, возникающие между менструальными кровотечениями.

В течение первых 3-6 месяцев после установки медьсодержащей ВМС могут возникать мажущие кровянистые выделения или легкое кровотечение, которые не представляют никакой опасности для здоровья женщины, и их выраженность со временем, как правило, уменьшается.

Если женщина настаивает на устранении возникшего нарушения менструального цикла, врач может назначить короткий курс лечения нестероидными противовоспалительными препаратами (НСПВП) в период кровотечения.

При непрекращающихся кровянистых выделениях или кровотечении следует исключить наличие гинекологической патологии. Если обследование выявляет наличие гинекологического заболевания, то в этом случае необходимо назначить соответствующее лечение или направить женщину в специализированное медицинское учреждение.

Если у пациентки обнаруживается ИППП или ВЗОМТ, то она может продолжать пользоваться имплантатом параллельно с лечением выявленного заболевания. При этом на период лечения женщине и ее половому партнеру рекомендуется пользоваться презервативом.

Если подозрение на наличие гинекологической патологии не подтверждается, и женщина испытывает дискомфорт в связи с непрекращающимся кровотечением, то в этом случае следует удалить ВМС и помочь женщине подобрать более приемлемый для нее метод контрацепции.

Интенсивное или затяжное кровотечение, продолжительность которого превышает обычную продолжительность менструального кровотечения

В течение первых 3-6 месяцев после установки медьсодержащей ВМС могут возникать кровотечения интенсивного или затяжного характера, которые не представляют никакой опасности для здоровья женщины и их выраженность со временем, как правило, уменьшается.

При необходимости, врач может рекомендовать женщине принимать в дни менструального кровотечения следующие препараты:

Нестероидные противовоспалительные препараты (НСПВП) Транэкзаминозая кислота (гемостатический препарат) Принимать аспирин в таких случаях НЕ рекомендуется.

При подозрении на наличие гинекологической патологии следует провести соответствующее обследование. Если обследование выявляет наличие гинекологического заболевания, то в этом случае необходимо назначить соответствующее лечение или направить женщину в специализированное медицинское учреждение.

В случае, если кровотечение начинает представлять угрозу для здоровья женщины, в особенности при появлении клинических признаков анемии, или женщина испытывает острый дискомфорт в связи с непрекращающимся кровотечением, то в этом случае следует удалить ВМС и помочь женщине подобрать более приемлемый для нее метод контрацепции. В целях профилактики анемии следует назначить препараты железа и/или посоветовать женщине включать в рацион больше продуктов, богатых железом.

16. Что следует предпринять при обнаружении у женщины, пользующейся медьсодержащей внутриматочной спиралью, воспалительного заболевания органов малого таза?

Воспалительное заболевание органов малого таза (ВЗОМТ)

Лечение воспалительных заболеваний органов малого таза должно проводиться с применением соответствующих антибиотиков.

Если женщина желает и дальше пользоваться медьсодержащей ВМС в качестве средства контрацепции, то в таком случае нет необходимости в ее удалении.

Если женщина отказывается от дальнейшего пользования ВМС, то таковая должна быть удалена после начала курса антибиотикотерапии.

Если ВМС удаляется, то женщине может быть предложено использование таблеток неотложной контрацепции (если такой метод является для нее приемлемым).

Как правило, при отсутствии положительной динамики в лечении инфекции рекомендуется удалить ВМС и продолжить курс антибиотикотерапии. Если ВМС не удаляется, то в этом случае также рекомендуется продолжить лечение антибиотиками. Вне зависимости от выбранной тактики лечения врач должен внимательно следить за состоянием пациентки.

Лечение воспалительных заболеваний органов малого таза должно предусматривать осуществление комплекса мер по борьбе с ИППП, включая пропаганду пользования презервативами.

Примечания

По заключению экспертной группы, удаление ВМС не дает какого-либо дополнительного преимущества при лечении ВЗОМТ, при условии, что назначенный лечебный курс предусматривает использование соответствующих антибиотиков.

Вопрос в рамках систематического обзора

Имеется ли необходимость в удалении ВМС при обнаружении у женщины ВЗОМТ? Уровень доказанноеTM -1; прямое подтверждение.

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

1. Larsson B, Wennergren M. Investigation of a copper-intrauterine device (Cu-IUD) for possible effect on frequency and healing of pelvic inflammatory disease. *Contraception* 1977;15:143-9.
2. Soderberg G, Lindgren S. Influence of an intrauterine device on the course of an acute salpingitis. *Contraception* 1981;24:137-43.
3. Teisala K. Removal of an intrauterine device and the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *Annals of Medicine* 1989;21:63-5.

Основные неразрешенные вопросы:

Влияет ли решение удалить или оставить на месте ВМС после обнаружения у женщины ВЗОМТ и начала соответствующего лечения на клиническое течение и возникновение отдаленных последствий ВЗОМТ (бесплодие, внематочная беременность и синдром хронической тазовой боли)?

17. Что следует предпринять при обнаружении беременности у женщины, пользующейся медьсодержащей ВМС?

Обнаружение беременности у женщины, пользующейся ВМС. Исключить внематочную беременность.

Объяснить женщине, что если ВМС будет оставлена на месте, то в этом случае она подвергается риску самопроизвольного выкидыша во втором триместре беременности, преждевременных родов и развития инфекции. Удаление ВМС снижает вероятность возникновения таких событий, хотя процедура извлечения ВМС сама по себе связана с некоторым риском прерывания беременности.

Если данная беременность является для женщины нежеланной, и в распоряжении врача имеются разрешенные законом средства прерывания беременности, то женщина должна быть поставлена об этом в известность.

Если женщина решает доносить беременность, врач должен поставить ее в известность о том, что в данном случае это будет сопряжено с повышенным риском самопроизвольного выкидыша, преждевременных родов и развития инфекции. Посоветуйте пациентке немедленно обратиться к врачу в случае появления интенсивного кровотечения, судорог, болей, патологических выделений из влагалища или повышения температуры.

ВМС легко обнаруживаются визуально или могут быть безопасно извлечены из цервикального канала.

Врач должен настоятельно порекомендовать женщине удалить ВМС. Удаление ВМС производится путем осторожного потягивания за нити.

Посоветуйте пациентке немедленно обратиться к врачу в случае появления интенсивного кровотечения, судорог, болей, патологических выделений из влагалища или повышения температуры.

Если женщина решает оставить ВМС, посоветуйте ей немедленно обратиться к врачу при появлении интенсивного кровотечения, судорог, болей, патологических выделений из влагалища или повышении температуры.

Нити ВМС не обнаруживаются при визуальном осмотре, и удаление ВМС может быть связано с риском для здоровья женщины.

Проведение ультразвуковой диагностики может помочь в установлении точного местонахождения ВМС. Если ультразвуковое исследование не позволяет обнаружить ВМС, то это может указывать на возможное самопроизвольное изгнание/выпадение спирали.

Если ультразвуковая диагностика является по тем или иным причинам невозможной, или проведенное исследование позволяет установить наличие ВМС в маточной полости, то врач должен информировать пациентку о возможных рисках и посоветовать немедленно обратиться за медицинской помощью при появлении интенсивного кровотечения, судорог, болей, патологических выделений из влагалища или повышении температуры.

Примечания:

По заключению экспертной группы, удаление ВМС улучшает прогноз относительно исхода беременности при условии, что нити ВМС легко обнаруживаются визуально либо могут быть извлечены из цервикального канала без каких-либо отрицательных последствий, а оставление ВМС на месте будет существенно увеличивать риск возникновения самопроизвольного выкидыша, преждевременных родов и развития инфекции. Экспертная рабочая группа не изучала влияния гормон-содержащих ВМС на беременность, однако, имеется предположение, что данный вид ВМС может оказывать отрицательное воздействие на плод ввиду наличия в их структуре гормонального компонента.

Вопрос в рамках систематического обзора:

Каков риск возникновения неблагоприятных последствий при удалении ВМС (оставлении ее на месте)? Уровень доказанности - 11-3; косвенное подтверждение.

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

1. Tatum HJ, Schmidt FH, Jain AK. Management *and* outcome of pregnancies associated with the Copper T intrauterine contraceptive device. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1976;126:869-79.
2. Koetsawang S, Rachawat D, Piya-Anant M. Outcome of pregnancy in the presence of intrauterine device. *Acta Obstetrica & Gynecologica Scandinavica* 1977;56:479-82.
3. Skjeldestad FE, Hammervold R, Peterson DR. Outcomes of pregnancy with an IUD in situ— a population based case-control study. *Advances in Contraception* 1988;4:265-70.
4. Dreishpoon IH. Complications of pregnancy with an intrauterine contraceptive device in situ. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1975;121:412-3.

Основные неразрешенные вопросы

Каковы возможные исходы беременности, возникающей в присутствии ВМС в маточной полости? Каков прогноз относительно исхода беременности в случаях, когда ВМС удаляется из маточной полости в сравнении с прогнозом в случаях, когда ВМС оставляется на месте?

18. Что можно предпринять, если у женщины, пользующейся календарным методом контрацепции, менструальный цикл длится менее 26 или более 32 дней?

Примечание: календарный метод контрацепции представляет собой метод, основанный на знании о сменяемости периодов, когда женщина способна к зачатию, периодами, когда способность к зачатию отсутствует. При использовании данного метода рекомендуется предохраняться с помощью других средствами контрацепции с 8 по 19 день менструального цикла.

Наличие в течение одного года 2 и более менструальных циклов, длящихся менее 26 или более 32 дней

Врач должен объяснить женщине, что календарный метод может быть непригодным для нее ввиду высокого риска возникновения беременности, и помочь в выборе альтернативного метода контрацепции.

Первые месяцы использования календарного метода контрацепции у женщин с обычной продолжительностью менструального цикла (26-32 дня)

По желанию женщины, врач должен помочь ей в выборе дополнительного средства контрацепции для использования в «опасные» дни (8-19 дни менструального цикла) и заранее обеспечить ее необходимым запасом контрацептива.

Женщина, пользующаяся календарным методом контрацепции, имела незащищенный половой контакт в один из «опасных» дней (8-19 дни менструального цикла)
При необходимости, рекомендуется проведение неотложной контрацепции.

Примечания:

По заключению экспертной группы, если продолжительность менструального цикла находится за пределами обычного диапазона (26-32 дня), то в этом случае вероятность нежелательного зачатия возрастает. При этом пользование альтернативными средствами контрацепции в период с 8 по 19 день не дает абсолютной гарантии против зачатия.

19. Какие обследования и анализы должны проводиться в плановом порядке перед принятием решения в пользу того или иного метода контрацепции?

Обследования и анализы, о которых идет речь в настоящем разделе, применяются в отношении лиц, которые предположительно являются здоровыми.

Наличие каких-либо заболеваний или других состояний специфического характера может потребовать проведения дополнительных обследований и анализов перед тем, как рекомендовать пациенту тот или иной способ контрацепции. Необходимую помощь в принятии решения при этом может оказать справочное руководство «Расширение доступа к качественным услугам в области планирования семьи. Медицинские критерии допустимости применения средств контрацепции» (2-е издание, 2000 г.).

Экспертной рабочей группой была принята следующая классификация, позволяющая определять целесообразность проведения тех или иных обследований и анализов в каждом конкретном случае:

Класс «А» = проведение данного обследования/анализа настоятельно рекомендуется во всех случаях и является гарантией безопасности и эффективности пользования конкретным методом контрацепции.

Класс «В» = проведение обследования/анализа в значительной степени обеспечивает безопасность и эффективность пользования конкретным методом контрацепции. Целесообразность проведения таких обследований/анализов должна определяться с учетом общей ситуации в системе национального здравоохранения и/или системе оказания медицинских услуг. Окончательное решение должно приниматься путем взвешивания

рисков, связанных с отказом от проведения того или иного обследования или анализа, и потенциальных выгод, которые могут быть получены при обеспечении доступа к конкретному методу контрацепции.

Класс «С» = проведение данного обследования или анализа не обеспечивает какой-либо существенной гарантии безопасности и эффективности конкретного метода контрацепции.

Приведенная выше классификация разработана с учетом корреляции между проведением тех или иных обследований/анализов и гарантией безопасного пользования конкретным методом контрацепции. При этом данная классификация не призвана отражать целесообразность проведения упомянутых обследований и анализов при других обстоятельствах. Например, некоторые обследования или анализы, которые не имеют решающего значения в определении безопасности и эффективности пользования конкретным методом контрацепции, могут быть полезными в осуществлении превентивных мер либо в диагностике или оценке различных патологических состояний.

Примечания к таблице:

Участники консультативного совещания ВОЗ, состоявшегося 9-10 октября 2001 г. в Женеве, пришли к заключению, что женщины, подвергающиеся высокому риску заражения ВИЧ-инфекцией, не должны пользоваться противозачаточными средствами, в состав которых входит ноноксинол-9. В частности, таким женщинам не рекомендуется пользоваться спермицидами, содержащими ноноксинол-9, а также презервативами, имеющими смазку, в которой присутствует ноноксинол-9. Презервативы, в смазке которых не содержится ноноксинол-9, являются эффективным противозачаточным средством и имеются в широкой продаже. Помимо этого, женщинам из группы высокого риска (см. выше) следует избегать использования влагалищных диафрагм и шеечных колпачков, противозачаточный эффект которых обеспечивается, помимо других факторов, присутствием ноноксинола-9. Контрацептивный эффект диафрагм и колпачков, не имеющих в своем составе ноноксинол-9, на настоящий момент изучен недостаточно и, по всей вероятности, уступает противозачаточному эффекту колпачков и диафрагм, содержащих ноноксинол-9.

Перед началом использования КОК, КИК, ПТП, ИКП или вживлением противозачаточного имплантата рекомендуется измерить кровяное давление. Однако в некоторых регионах массовое измерение кровяного давления является невозможным. Помимо этого, для таких регионов характерны высокие показатели заболеваемости и смертности во время беременности и в послеродовом периоде, а методы гормональной контрацепции являются одними из немногих широкодоступных методов. В таких ситуациях для женщины не должен ограничиваться доступ к гормональной контрацепции по простой причине невозможности измерения кровяного давления.

Процедуры, выполняемые под местной анестезией.

20. Каким образом надлежит организовывать диспансерное наблюдение за состоянием здоровья женщин, пользующихся КОК, ПТП, противозачаточным имплантатом или ВМС?

В настоящих рекомендациях указывается минимально допустимая частота повторных визитов к врачу, обеспечивающая требуемую безопасность и эффективность пользования тем или иным методом контрацепции. Рекомендации носят достаточно обобщенный характер и могут адаптироваться применительно к конкретной ситуации или пользователю. К примеру, при наличии определенных заболеваний у женщины промежуток между повторными визитами к врачу может уменьшаться.

Методы контрацепции, о которых идет речь в настоящем разделе, не обеспечивают защиты от заражения ИППП/ВИЧ. При наличии риска инфицирования ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется грамотное и систематическое использование презервативов (как в качестве самостоятельного средства, так и в комбинации

с другим методом контрацепции). Мужские латексные презервативы зарекомендовали себя как надежное средство защиты от ИППП/ВИЧ.

КОК

При пользовании КОК рекомендуется посещать врачебный кабинет ежегодно.

Через 3 месяца после начала приема КОК женщине настоятельно рекомендуется нанести повторный визит к врачу.

Женщине рекомендуется обращаться к врачу в любое время при возникновении каких-либо побочных эффектов или других проблем, связанных с приемом контрацептива, либо если она изъявит желание сменить данный метод контрацепции на другой.

ПТП (вне периода грудного вскармливания)

При пользовании данным методом контрацепции ежегодных визитов к врачу не требуется. Однако женщине рекомендуется посетить врачебный кабинет по прошествии примерно 3 месяцев после начала приема таблеток.

Женщине рекомендуется обращаться к врачу в любое время при возникновении каких-либо побочных эффектов или других проблем, связанных с приемом контрацептива, либо если она изъявит желание сменить данный метод контрацепции на другой.

ПТП (в период грудного вскармливания)

При пользовании данным методом контрацепции повторных визитов к врачу не требуется. Женщине рекомендуется обращаться к врачу в любое время при возникновении каких-либо побочных эффектов или других проблем, связанных с приемом контрацептива, либо если она изъявит желание сменить данный метод контрацепции на другой.

Врач должен объяснить женщине, что после того, как она полностью или почти полностью отнимет ребенка от груди, ей будет необходимо вновь проконсультироваться с врачом в отношении дальнейшей контрацепции.

Противозачаточный имплантант

При пользовании данным методом контрацепции повторных визитов к врачу не требуется. Женщине рекомендуется обращаться к врачу в любое время при возникновении каких-либо побочных эффектов или других проблем, связанных с приемом контрацептива, либо если она изъявит желание сменить данный метод контрацепции на другой.

Женщине следует вновь посетить врачебный кабинет по истечении срока действия имплантата ВМС. Женщине рекомендуется показаться врачу после завершения первого месячного цикла или через 3-6 недель после установки ВМС.

Женщине рекомендуется обращаться к врачу в любое время при возникновении каких-либо побочных эффектов или других проблем, связанных с приемом контрацептива, либо если она изъявила желание сменить данный метод контрацепции на другой.

Если для данного класса ВМС характерна высокая частота изгнания из полости матки, то в этом случае женщине может потребоваться посещать кабинет врача более часто. Женщине следует вновь посетить врачебный кабинет по истечении срока службы спирали.

Примечание

По заключению экспертной группы, программа повторного визита к врачу должна включать, как минимум, обсуждения таких вопросов, как борьба с побочными эффектами и решение других проблем, связанных с использованием данного метода контрацепции, правильное и последовательное использование выбранного метода, а также профилактика ИППП. Помимо этого, при повторном посещении врачебного кабинета может потребоваться проведение дополнительных процедур, например, проведение гинекологического обследования для того, чтобы исключить ВМС.

Основные неразрешенные вопросы

Влияет ли установление стандартного 3-месячного промежутка между началом приема КОК или ПТП и повторным визитом к врачу (в отличие от ситуации, когда никакой

определенной даты для повторного посещения врачебного кабинета не назначается) на последовательность, правильность и регулярность приема контрацептива?

Вопрос в рамках систематического анализа

Как скоро после последней инъекции КИК происходит восстановление овуляторного цикла и фертильности? Уровень доказанности: [1-3; косвенное подтверждение.

Литература, использованная при систематическом обзоре

1. Aedo AR, Landgren BM, Johannisson E, Diczfalusy E. Pharmacokinetic and pharmacodynamic investigations with monthly injectable contraceptive preparations. *Contraception* 1985;31:453-69.
2. Garza-Flores J. A multi-centered pharmacokinetic, pharmacodynamic study of once-a-month injectable contraceptives. I. Different doses of HRP112 and of DepoProvera. *Contraception* 1987;36:441-57.
3. Bassol S, Hernandez C, Nava MR Trujillo AM, Luz de la Cruz D. A comparative study on the return to ovulation following chronic use of once-a-month injectable contraceptives. *Contraception* 1995;51: 307-11
4. Rahimy MH, Ryan KK. Lunelle monthly contraceptive injection (medroxyprogesterone acetate and estradiol cypionate injectable suspension): assessment of return of ovulation after three monthly injections in surgically sterile women. *Contraception* 1999;60:189-200.
5. Bahamondes L, Lavin P, Ojeda G, Petta CA, Diaz J, Maradiegue E et al. Return to fertility after discontinuation of the once a month injectable contraceptive Cyclofem. *Contraception* 1997;55:307-10.

Основные неразрешенные вопросы:

Какова максимально допустимая продолжительность интервала между инъекциями, обеспечивающая возможность поддержания противозачаточного эффекта КИК на требуемом уровне?

Каковы наиболее эффективные методы врачебного консультирования и разъяснительной работы, позволяющие обеспечить надлежащее соблюдение интервалов между повторными инъекциями КИК?

Насколько точно можно прогнозировать риск возникновения беременности при использовании КИК, опираясь на результаты ультразвукового обследования, гормональных исследований и анализа состава цервикальной слизи?

Вопрос в рамках систематического обзора

Каким образом начало использования КИК в различные дни менструального цикла влияет на эффективность и соответствие противозачаточного препарата своему функциональному предназначению? Уровень доказанности: косвенное подтверждение.

Литература, использованная при систематическом обзоре

1. Petta CA, Hays M, Brache V, Massai R, Hua Y, Alvarez Sanchez Fetal. Delayed first injection of the once-a-month injectable contraceptive containing 25 mg of medroxyprogesterone acetate and 5 mg E₂ cypionate: effects on ovarian function. *Fertility & Sterility* 2001;75:744-8.

Другие источники

1. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal* 2000;321:1259-62.
2. Wilcox AJ, Dunson DB, Weinberg CR, Trussed J, Baird DD. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception* 2001,63:211-5.

Основные неразрешенные вопросы:

По прошествии какого времени после начала использования КИК можно говорить о возникновении надежного противозачаточного эффекта?

Насколько точно можно прогнозировать риск возникновения беременности при использовании КИК, опираясь на результаты ультразвукового обследования, гормональных исследований и анализа состава цервикальной слизи?

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ
ПО РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ КАЧЕСТВА
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

(Руководство для врачей и клинических ординаторов)

Компьютерная верстка: А. Малабекова
Дизайн обложки: Е. Леонов

Подписано к печати: 06.02.2006
Формат: 62x90 1/16
Печать офсетная. Объем 15 п.л.
Тираж: 1200 экз.
Заказ № 187

Отпечатано в типографии «Мегамедиа»
г. Бишкек, мкр. Джал, ул. Тыналиева, 44

