



USAID
ОТ АМЕРИКАНСКОГО НАРОДА

ПРОЕКТ ПО
УЛУЧШЕНИЮ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ



ПАКЕТ ГОТОВЫХ РЕШЕНИЙ

по реализации программы

Профилактика нежелательной беременности и ИППП среди подростков

Проект «Улучшение помощи мамам и малышам»

Декабрь 2010

Данная работа выполнена при финансовой поддержке американского народа через Агентство США по международному развитию (USAID) посредством Проекта USAID по улучшению здравоохранения (HCI). Проект HCI реализуется Университетской исследовательской компанией (URC) в рамках контракта GHN-I-01-07-00003-00.

РАБОЧАЯ ГРУППА ПО ПАКЕТУ ГОТОВЫХ РЕШЕНИЙ:

- **Богатова Ирина Константиновна**, рецензент, д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отдела акушерства и гинекологии, заведующая центром планирования семьи и репродукции клиники ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова» Минздравсоцразвития РФ
- **Бойко Елена Львовна**, соавтор, д.м.н., старший научный сотрудник отдела акушерства и гинекологии, заведующая акушерско-гинекологическим отделением консультативно-диагностической поликлиники ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова Росмедтехнологий»
- **Карнеева Лариса Владимировна**, соавтор, заведующая женской консультацией №3, МУЗ «Родильный дом» №1 г. Иваново
- **Лебедева Анна Владимировна**, врач акушер – гинеколог Центра планирования семьи и репродукции г. Кострома
- **Тишкина Ольга Геннадьевна**, главный акушер-гинеколог Тамбовской области
- **Вьялицын Геннадий Владимирович**, заведующий гинекологическим отделением Шарьинской ЦРБ им. В.Ф.Каверина, детский гинеколог молодежной консультации г.Шарьи, Костромской области
- **Полянина Марина Владимировна**, врач акушер–гинеколог МУЗ «Галичская городская больница» Костромской области
- **Симмонс Николь** (Simmons Nicole), MHS, директор проекта «Улучшение помощи мамам и малышам», URC
- **Яковченко Надежда Андреевна**, врач-организатор здравоохранения, координатор проекта «Улучшение помощи мамам и малышам», URC-РФ

ОГЛАВЛЕНИЕ

1.	Предисловие 1.1. О Проекте «Улучшение помощи мамам и малышам» 1.2. Методология реализации проекта 1.3. Участники	4
2.	Предназначение пакета готовых решений 2.1. Цель 2.2. Задачи 2.3. Индикаторы 2.4. Ожидаемые результаты внедрения	7
3.	О проблеме 3.1. Охрана репродуктивного здоровья подростков 3.2. Влияние употребления алкоголя и наркотиков 3.3. Распространенность беременностей и ИППП среди подростков 3.4. О правах подростков на получение консультации и помощи по репродуктивному здоровью 3.5. Поведение подростков и его особенности	12
4.	Клинические аспекты репродуктивного здоровья подростков 4.1. Определения 4.2. Инфекции, передаваемые половым путем и ВИЧ/СПИД 4.3. Профилактика нежелательных беременностей 4.4. Шифры по МКБ-Х	19
5.	Система профилактики нежелательной беременности и ИППП среди подростков 5.1. Система профилактики нежелательной беременности и ИППП среди подростков 5.2. Задачи и способы их выполнения 5.2.1. <i>Принятие в ЛПУ принципов «Клиники, дружественной к молодежи»</i> 5.2.2. <i>Подготовка и повышение квалификации персонала</i> 5.2.3. <i>Повышение уровня знаний подростков о проблеме</i> 5.2.4. <i>Развитие коммуникации, работа с обществом</i> 5.2.5. <i>Реорганизация приема для подростков</i> 5.2.6. <i>Введение обязательного консультирования по контрацепции для всех подростков</i> 5.2.7. <i>Усиление работы с подростками из группы риска</i>	33
6.	Индикаторы. Мониторинг внедрения предложенной технологии и оценка результатов 6.1. Список проектных индикаторов 6.2. Полезные инструменты	53
7.	Необходимые ресурсы 7.1. Персонал 7.2. Оборудование 7.3. Наглядные материалы для персонала и пациентов 7.4. Материалы для обучения	63
8.	План внедрения ПГР	67
9.	Типичные барьеры и пути их преодоления	71
10.	Список приложений (представленные материалы находятся на компакт-диске)	74
11.	Литература и материалы	76

1. ПРЕДИСЛОВИЕ

1.1. О Проекте «Улучшение помощи мамам и малышам»

Проект «Улучшение помощи мамам и малышам» нацелен на улучшение услуг в сфере охраны репродуктивного здоровья и перинатологии, начиная с вопросов планирования семьи, ведения здоровой и желанной беременности, завершая рождением и выхаживанием здорового малыша. «Улучшение помощи мамам и малышам» - одна из инициатив Агентства США по международному развитию (USAID), реализуемая в Российской Федерации, одобренная Министерством здравоохранения и социального развития РФ. В основе проектной деятельности лежит сотрудничество в совершенствовании систем здравоохранения, которое содействует Приоритетному национальному проекту «Здоровье» в улучшении демографической ситуации в РФ и снижении показателей материнской и младенческой смертности.

В своей основе проект ориентирован на разработку организационных решений для совершенствования процесса оказания помощи подросткам, женщинам репродуктивного возраста, беременным, роженицам, родильницам, новорожденным и детям первого года жизни, путем технического содействия во внедрении одобренных и утвержденных Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации нормативных документов (приказы, протоколы, распоряжения, рекомендации, стандарты).

Проект работает по нескольким клиническим направлениям: улучшение репродуктивного здоровья, особенно среди подростков, профилактика и ведение затрудненных родов, внедрение основных компонентов неонатального ухода и исключительно грудного вскармливания. В его деятельность вовлечено 23 лечебно-профилактических учреждения Тамбовской, Ярославской, Костромской областей.

Участниками Проекта являются руководители здравоохранения, ведущие специалисты территорий в области перинатологии и педиатрии, руководители родовспомогательных и педиатрических учреждений, а также врачи и медицинские сестры этих учреждений, работники учреждений социальной защиты.

В рамках Проекта проводятся такие мероприятия, как обучающие сессии, конференции, тренинги, ознакомительные поездки по обмену опытом и ежемесячные телеконференции с ведущими экспертами федерального уровня. В ходе сессий проходят тренинги для членов проектных команд по методологии улучшения, обсуждаются клинические и организационные вопросы, все команды делают презентации, делясь знаниями, обретенными в ходе достижения определенных улучшений, и результатами деятельности. С мая 2009 по сентябрь 2010 года специалисты участвующих регионов принимали участие в четырех обучающих сессиях.

1.2. Методология реализации проекта.

Основой проектной деятельности является подход, основанный на улучшении помощи через сотрудничество, определенным образом организованного взаимодействия всех участников, базирующийся на применении методологии улучшения.

Основными принципами методологии улучшения являются: системный подход, ориентация на потребителей услуг внутри улучшаемой системы, вовлечение в процесс улучшения всех ключевых специалистов и формирование из них команды для решения определенных задач по улучшению, строгая научность всех преобразований в системе, т.е. использование только научно-обоснованных клинических решений, тщательное измерение и систематический анализ результатов всех инноваций, производимых командами.

Данный подход может быть использован как в одном конкретном лечебном учреждении или его подразделении, так и иметь масштабный характер, затрагивающий не только одну административную территорию. Увеличение количества участвующих в улучшениях учреждений требует особой организации процесса взаимодействия всех команд, который поможет сэкономить время и ресурсы для достижения желаемых результатов. При этом различные команды тестируют

различные изменения, а организованный процесс взаимодействия позволяет им своевременно обмениваться информацией и планировать следующие шаги.

На схеме №1 представлена последовательность действий по улучшению. Как правило, выбор проблемы (1) осуществляется путем анализа результатов деятельности различных учреждений, если эти результаты не удовлетворяют все заинтересованные стороны. Затем, уже сформированной командой проводится детальный анализ (2) этой проблемы, включая изучение процессов (флоучарт¹), в которых имеется данная проблема, анализ причинно-следственных связей в системе (диаграмма Ишикавы²), сбор и анализ детальных данных, всесторонне характеризующих эту проблему с одной стороны, а с другой стороны позволяющих впоследствии (после внесенных изменений) утверждать, что действительно произошло улучшение помощи. На этапе разработки действий (3) формулируются конкретные задачи для деятельности команды, каждая из которой по мере выполнения (испытания) тщательно измеряется. Цикл ПИАВ (Планирование – Испытание – Анализ - Внедрение) или цикл Шухарта³. Каждая из запланированных задач (см схему №2) решается последовательно, при этом совершается целый ряд изменений, каждое из которых измеряется отдельным микроиндикатором. По мере накопления данных оценивается степень достижения желаемого результата и решается вопрос о масштабном внедрении протестированных подходов.

Схема №1.

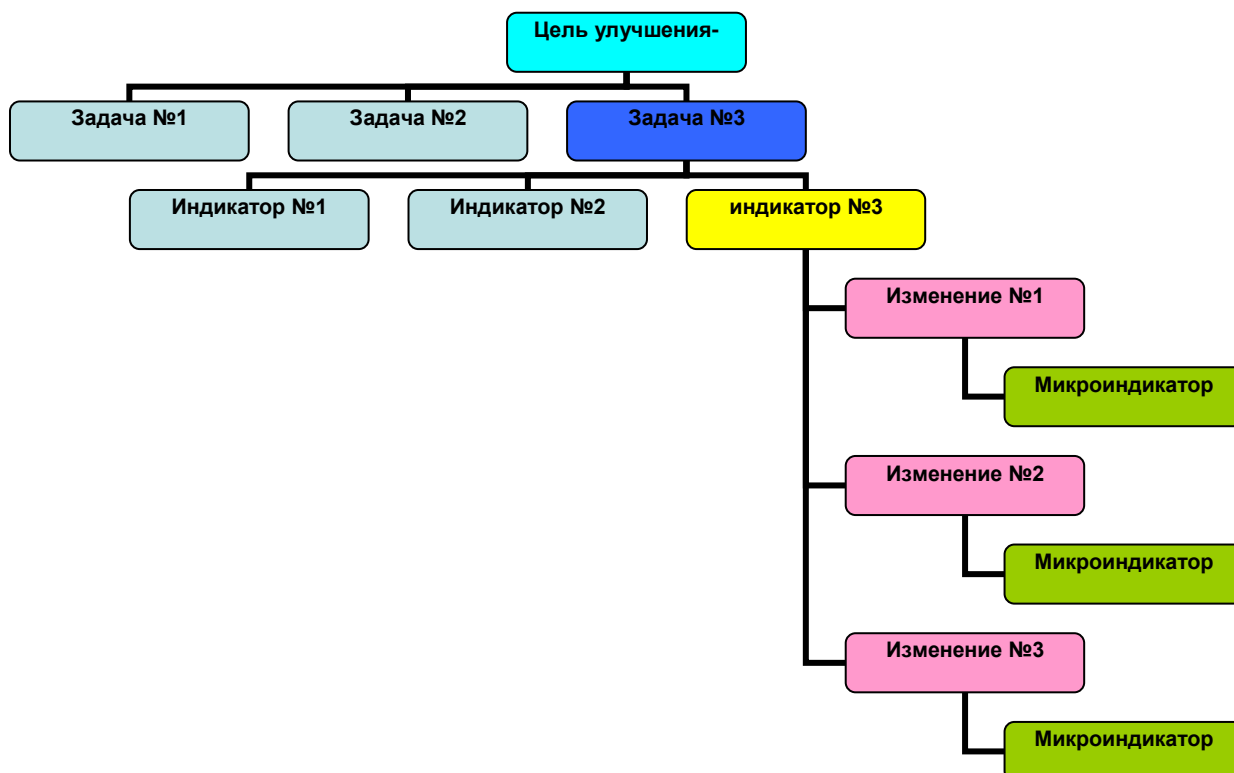


¹ Флоучарт, или динамическая диаграмма, позволяет детально и схематично, с использованием определенных символов, описывать процесс и систему оказания помощи, визуализировать место и значимость всех составляющих выбранной проблемы.

² Диаграмма Ишикавы (по имени автора, ее предложившего – Каору Ишикава - Kaoru Ishikawa, одного из основоположников теории управления качеством)

³ Цикл назван по имени Уолтера Анджю Шухарта (W. Shewhart) – основоположника теории улучшения, известен еще как цикл Шухарта – Деминга.

Схема №2.



1.3. Участники (органы управления, учреждения, специалисты, население, сообщества)

Проект выполняется в тесном партнерстве между:

- Представительством Университетской исследовательской компании (URC) (<http://www.urchs.com/>),
- Центральным НИИ организации и информатизации здравоохранения (ЦНИИОИЗ), ответственным за разработку и распространение методологии улучшения качества (УК) в области здравоохранения (<http://www.mednet.ru/>),
- ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова» - ведущим российским институтом (<http://www.ncagip.ru/>),
- ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова» Минздравсоцразвития РФ - институт, курирующий субъекты ЦФО (<http://www.niimid.ru/index.aspx>),

В результате работы областных команд до 20 сентября 2010 года в Костромской, Тамбовской и Ярославской областях были получены клинически важные и статистически достоверные результаты в основных клинических областях: сохранении репродуктивного здоровья подростков, профилактики гипотермии у новорожденных и внедрении исключительно грудного вскармливания, ведения затрудненных родов с использованием партограммы.

2. ПРЕДНАЗНАЧЕНИЕ ПАКЕТА ГОТОВЫХ РЕШЕНИЙ (ПГР)

Пакет готовых решений, который Вы держите в руках, по своей структуре и содержанию существенно отличается от традиционных руководств, методических указаний, справочников и инструкций, привычных для специалистов в области организации здравоохранения и клинической медицины. Объединяется практический опыт нескольких регионов (Кострома, Тамбов, Иваново), участвующих в Проекте, по вопросам профилактики нежелательной беременности и ИППП среди подростков.

Описание проблем, связанных с репродуктивным здоровьем подростков, которые мы стремимся решить, описаны в 3^{ей} главе ПГР. В 4^{ой} главе документа описаны медицинские и клинические особенности проблемы, и научно-обоснованные подходы к их решению. На приложенном диске и в списке литературы приводятся ключевые документы, руководства и книги, в которых более глубоко описаны данные пункты. Главным и наиболее ценным в настоящем ПГР являются предлагаемые организационные и методологические подходы к улучшению системы профилактики нежелательной беременности и инфекций, передаваемых половым путем, среди подростков в районах, городах, областях и ЛПУ Российской Федерации. Эти подходы описаны довольно подробно в 5^{ой} главе ПГР и даны примеры действий для применения. Необходимые ресурсы для внедрения этих рекомендованных действий кратко описаны в 7^{ой} главе и конкретный план внедрения изменения по срокам приведен в 8^{ой} главе. Много полезных материалов, инструментов и примеров документов находятся на диске с приложениями. Презентации, описывающие особые пути к реализации цели и результаты реализации, находятся в приложениях 10.37-10.39. В 9^{ой} главе описаны барьеры к реализации этой цели, с которыми столкнулись пилотные команды, и пути преодоления этих препятствия.

Ценность предлагаемых организационно-методических решений заключается в том, что они были разработаны, апробированы, скорректированы на основе практики и внедрены вашими коллегами параллельно в нескольких районах, областях и ЛПУ разного уровня в разных регионах. Их применение продемонстрировало высокую эффективность, подтверждающую тщательными измерениями.

2.1. Цель

Использование ПГР должно помочь коллективам специалистов и организаторам здравоохранения в ЛПУ внедрить систему профилактики нежелательной беременности и инфекций, передающихся половым путем, среди подростков.

2.2. Задачи

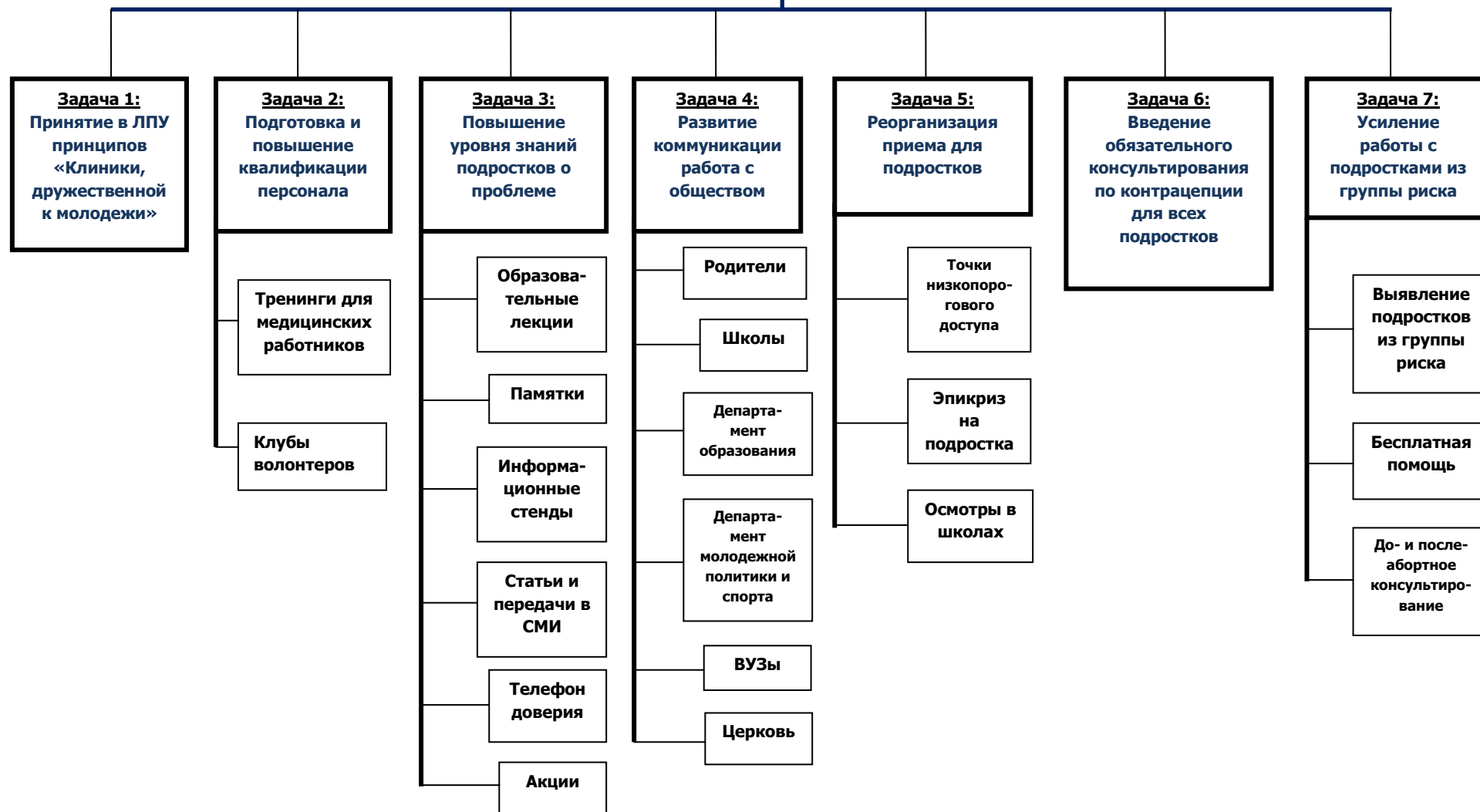
Конкретным путем достижения цели является решение следующих задач, которые подробно описаны в 5^{ой} главе:

1. Принятие в ЛПУ принципов «Клиники, дружественной к молодежи»
2. Подготовка и повышение квалификации персонала
3. Повышение уровня знаний подростков о проблеме
4. Развитие коммуникации, работа с обществом
5. Реорганизация приема для подростков
6. Введение обязательного консультирования по контрацепции среди всех подростков
7. Усиление работы с подростками из группы риска

Эффективность решения каждой задачи может быть измерена специфическим индикатором, что позволит вам отслеживать успешность решения выбранной задачи. В свою очередь решение каждой задачи может быть достигнуто путем изменения (или создания) отдельных позиций, собственно и определяющих решение поставленной задачи. Общий список индикаторов, по которым проект «Улучшение помощи мамам и малышам» оценивает эффективность достижения цели, представлен в 6^{ой} главе ПГР, одновременно с подробными инструкциями по их измерению. Для каждой задачи, подзадачи и действия рекомендовано использование 1 и более конкретных микроиндикаторов, с помощью которых можно оценивать эффективность тестирования данного действия. Эти микроиндикаторы перечислены по задачам и действиям в 5^{ой} главе.

Иерархия целей, задач и подзадач представлена на **схеме №3** (Индикаторы не показаны).

Цель: Профилактика нежелательной беременности и ИППП среди подростков



Выполнение всех семи задач является необходимым условием для достижения цели, а местные команды улучшения могут принимать решение о том, как будут реализованы данные задачи – одновременно или последовательно, а также в каком порядке, в зависимости от уровня ЛПУ или региона/города/района и своих возможностей и ресурсов. Под каждой задачей, подзадачи и действия представлены для свободного выбора команды, в связи с местными предпочтениями, ресурсами и возможностями. Местные команды также могут придумать и протестировать совершенно новые подходы к выполнению семи представленных задач.

2.3 Индикаторы

Для оценки успешности выполнения задач и достижения цели, проект требует от каждого ЛПУ сбора 4-х особых индикаторов, и от областей – сбора 1 ежеквартального и 6 ежегодных индикаторов при реализации цели «Профилактика нежелательной беременности и ИППП среди подростков».

ЛПУ, ответственные за сбор и предоставление информации:

- Число девушек до 17 лет, обратившихся в клинику, за отчетный месяц впервые в отчетном году (Индикатор А-02-1)
- Число юношей до 17 лет, обратившихся в клинику, за отчетный месяц впервые в отчетном году (Индикатор А-02-2)
- Число девушек до 17 лет, прошедших обследование на ИППП, за отчетный месяц впервые в отчетном году (Индикатор А-03-1)
- Число юношей до 17 лет, прошедших обследование на ИППП, за отчетный месяц впервые в отчетном году (Индикатор А-03-2)

Области, ответственные за сбор и предоставление информации:

- Число точек "низкопорогового доступа" для подростков на территории области по состоянию на конец отчетного квартала. (Индикатор А-01-1)
- Число родов у девушек до 17 лет в субъекте РФ за отчетный год (Индикатор А-04)
- Коэффициент рождаемости у девушек до 17 лет в субъекте РФ за отчетный год (Индикатор А-04-2)
- Число искусственных прерываний беременности среди девушек до 17 лет в субъекте РФ за отчетный год (Индикатор А-05-3)
- Уровень искусственных прерываний беременности на 1000 девушек до 17 лет в субъекте РФ за отчетный год (Индикатор А-05-4)
- Число искусственных прерываний беременности у первобеременных среди девушек до 17 лет в субъекте РФ за отчетный год (Индикатор А-05-5)
- Число искусственных прерываний беременности у повторнобеременных среди девушек до 17 лет в субъекте РФ за отчетный год (Индикатор А-05-6)

Индикаторы описаны более подробно в 6^{ой} главе.

2.4 Ожидаемые результаты работы

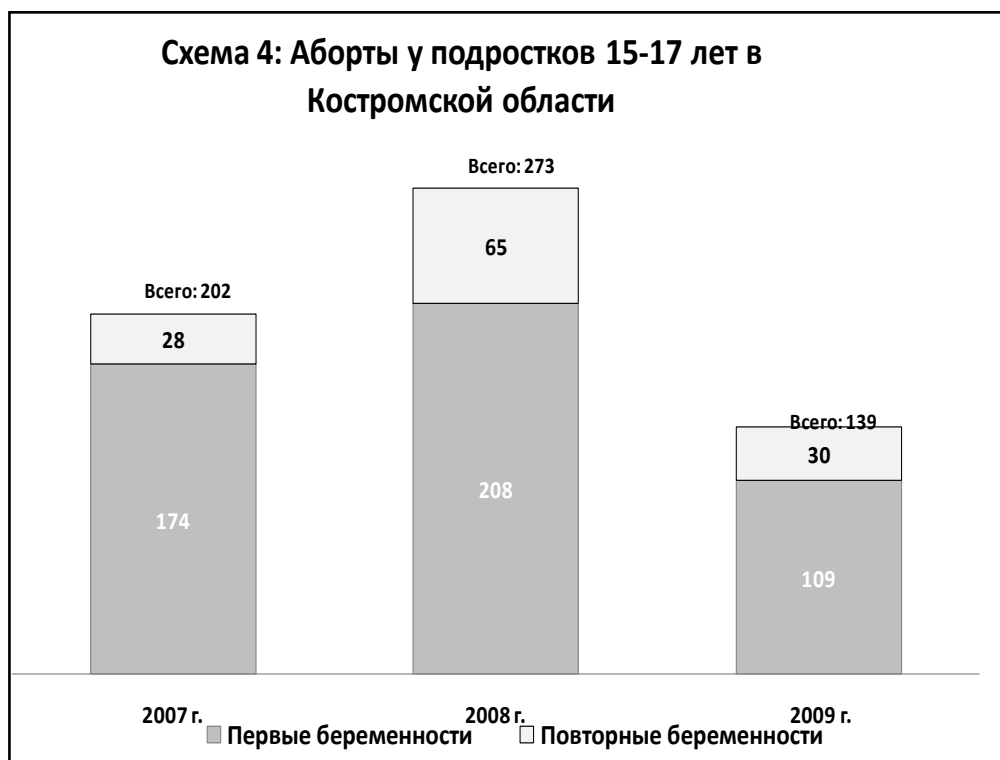
С мая 2009 г. по июнь 2010 г. были предприняты попытки по внедрению элементов данного ПГР в 8-и ЛПУ Ярославской, Тамбовской и Костромской областях. Пакет был полностью внедрен в двух ЛПУ Костромской области и одном ЛПУ Тамбовской области. В добавлении к этому, Центр планирования семьи и репродукции Костромской области создал программу тренинга по консультированию по вопросам репродуктивного здоровья для сотрудников других ЛПУ области; в результате, инновации и программы были применены на большей части территорий региона.

В период с января по апрель 2010 г., после внедрения проекта, в данные клиники, дружественные к молодежи, обратилось 2459 девушек-подростков до 17 лет; данное число выросло на 50%, по сравнению с аналогичным периодом 2009 г. Было обследовано на ИППП 502

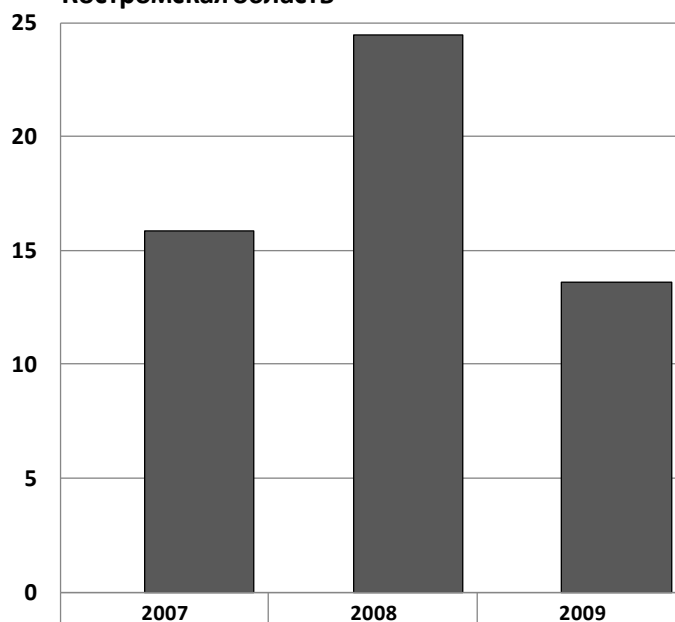
девушки-подростка до 17 лет, рост числа на 30% с января по апрель 2009 г. В двух клиниках, осуществляющих прием юношей для консультирования, число визитов выросло на 33% с 265 в январе-апреле 2009 г. до 352 в январе-апреле 2010 г. Городская поликлиника № 5 г. Тамбова проанализировала уровень применения контрацепции среди подростков, которые прошли консультирование. По данным за первые 4 месяца 2010 г., 337 подростков принимали барьерные методы контрацепции, по сравнению со 123 за тот же период 2009 г., и 98 принимали гормональную контрацепцию, по сравнению с 35 за аналогичный период 2009 г. В обоих случаях процент роста составил 175%.

На **схемах 4, 5 и 6** представлено число искусственных абортов и родов, соответственно, в Костромской области за годы 2007-2009 гг. Важно отметить, что число всех беременностей среди подростков 15-17 лет возросло в 2008 г. по сравнению с 2007г.; этот факт стал основной причиной, вызвавшей интерес к реализации данной цели в Костромской области. Однако, в 2009 г. число абортов снизилось в два раза; показатель частоты искусственных абортов на 1000 девочек 15-17 лет снизился на 44%. При этом частота родов среди девочек 15-17 лет сократилась на 8%, что не могло компенсировать такого снижения числа абортов.

Поскольку деятельность проекта началась только в мае 2009 г., мы не можем наблюдать влияние предупреждения нежелательной беременности на уровень рождаемости среди подростков до 2010 г. Для этого необходимы официальные статистические данные, которые будут готовы в феврале 2011 г.

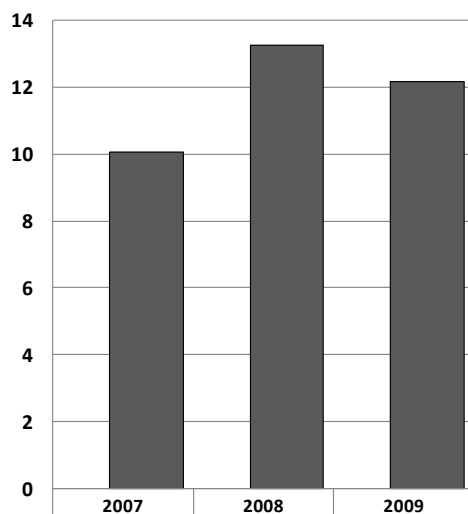


**Схема 5: Искусственные аборты на 1000 девочек 15-17,
Костромская область**



Число искусственных абортов	202	273	139
Число девочек 15-17 лет	12730	11171	10201
■ Доля искусственных абортов на 1000 девочек	15,9	24,4	13,6

**Схема 6: Роды на 1000 девочек 15-17,
Костромская область**



Число родов	128	148	124
Число девочек 15-17 лет	12730	11171	10201
■ Доля родов на 1000 девочек	10,1	13,2	12,2

3. О ПРОБЛЕМЕ

Дополнительные источники информации по теме:

- Руководство для участника обучения по теме: «Новые подходы к улучшению качества репродуктивного здоровья населения», ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова Росмедтехнологии», Фонд «Здоровая Россия» (Приложение 10.1)
- Руководство по разработке политики и программ охраны репродуктивного здоровья молодежи. Издание первое, Москва, 2006 (Настоящее руководство разработано в рамках проекта «Мать и дитя», проводимого «Джон Сноу, Инкорпорейтед» в 16 регионах Российской Федерации в 2003-2006 гг.) (Приложение 10.2)

3.1. Охрана репродуктивного здоровья подростков

Проблема охраны репродуктивного здоровья населения, особенно подростков и молодежи, для Российской Федерации, как и для всего мирового сообщества в современных условиях приобретает особую медико-социальную значимость. Социальная значимость здоровья подростков обусловлена тем, что они представляют собой ближайший репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный, политический и культурный резерв общества.

Актуальность разработки программ по охране репродуктивного здоровья молодежи связана с рядом факторов. Во-первых, молодежь в возрасте до 25 лет составляет почти половину населения всего земного шара. Подростки являются той частью молодого поколения, которая находится в стадии формирования. Подростковый возраст – это критический период, в который приобретаются знания и навыки, а также ценности, которые могут сохраниться на всю жизнь. Для того чтобы обеспечить свое благополучие и быть в состоянии активно участвовать в развитии своей страны, они должны приобрести профессию и жизненные навыки, а также получить знания и услуги в области охраны собственного здоровья. Формирование нынешнего поколения происходит в условиях информационных и коммуникационных технологий и глобализации. Во-вторых, молодежь является одной из групп населения с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции. Почти четвертая часть ВИЧ-инфицированных людей моложе 25 лет. Молодой возраст отличается особой уязвимостью и ограниченными возможностями.

Для обеспечения полноценной жизни будущих детей в нашей стране, важно, чтобы они росли в стабильных семьях с двумя взрослыми родителями. Дети, родившиеся у родителей-подростков, имеют действительно высокий уровень риска возникновения проблем, и на этапе рождения, и в дальнейшей жизни. Также подростки-родители с детьми обладают более низкой вероятностью благополучно устроить свою будущую жизнь. Завершение подростковых беременностей абортми также имеет свои риски, в том числе снижение фертильности в период взрослой жизни. Следовательно, важным для подростков является более позднее начало половой жизни или, по меньшей мере, использование современных методов барьерной и гормональной контрацепции для профилактики ИППП и беременности.

Раннее начало сексуальных отношений в сочетании с низким уровнем знаний в этой области, плохой осведомленностью о средствах и методах контрацепции и недостаточным их применением приводит к росту числа беременностей у подростков и, как следствие, к увеличению числа абортов, неблагоприятных исходов родов и ухудшению репродуктивного здоровья подростков.

Сексуальная активность подростков привела к такому явлению, как юное материнство. «Вынужденное подростковое материнство», характерное в течение длительного времени для различных стран мира (до 15 млн. ежегодно), стало типичным и для России: в целом каждый 10-й ребенок рождается у матери до 20 лет.

Влияние возраста родителей на исходы беременности и роды:

У юных матерей чаще отмечают:

- задержка внутриутробного развития плода;
- преждевременные роды;

- низкая оценка по шкале Апгар;
- низкая масса тела новорожденного;
- смертность детей при рождении.

У потомства, рожденного от юных отцов, выявляются:

- Врожденные пороки развития элементов нервной трубки (spina bifida, микроцефалия, менингоцеле);
- Врожденные пороки развития эктодермы (омфалоцеле, гастрошизис).

Вызывает озабоченность большая доля аборт у подростков в сроки 22-27 недель беременности. Следует отметить, что частота осложнений после абортов у подростков в 2-2,5 раза выше, а материнская смертность в 5-8 раз выше, чем у женщин репродуктивного возраста. Аборт в юном возрасте приводит к нежелательным медицинским, социальным, психологическим и экономическим последствиям.

Изучение причин, по которым несовершеннолетние обращаются с просьбой о производстве аборта, позволило установить причинно-следственную зависимость частоты этой операции от возраста, репродуктивного анамнеза и социально-экономических условий. Так, незамужние, не рожавшие девушки-подростки делают аборт, чтобы отсрочить рождение ребенка; молодые женщины, уже имеющие ребенка, прибегают к нему как способу избежать еще одних родов. Настроенность на прерывание беременности подпитывается неблагоприятными социальными факторами; у части молодых девушек существует установка на аборт как на легкую и безобидную операцию. Более того, 13% девушек, однажды сделавших аборт, в скором времени приходят вновь на подобную операцию.

Показатель использования методов и средств контрацепции в России намного ниже, чем в странах Европы и США, особенно, при первом сексуальном контакте. Согласно данным исследования, проведенного проектом «Здоровая Россия» в 2005 году, только 44% респондентов в возрасте 15-24 года использовали какие-либо методы и средства контрацепции при первом половом контакте. Отличие России заключается в структуре используемых методов контрацепции. Последние исследования показывают, что и в России предпочтения подростков меняются - они чаще используют современные методы контрацепции.

Растет количество подростков, применяющих гормональную контрацепцию, и особенно - использующих презерватив. Возможно, это происходит под влиянием угрозы распространения ИППП, в т.ч. ВИЧ/СПИДа. Следует отметить, что гормональные противозачаточные таблетки должны назначаться только врачом, который учитывает все особенности организма подростка, перенесенные заболевания, противопоказания к данному метод контрацепции.

В настоящее время отмечаются выраженные негативные тенденции репродуктивного здоровья подростков и молодежи, усугубляющие демографическую ситуацию в России. Медицина оказывается бессильной перед этими тенденциями, что многократно доказывает, что среди факторов, влияющих на здоровье, здравоохранению принадлежит лишь около 10-12%, наследственность определяет 15-20%, экология – 10-15% и 50% - образ жизни.

Здоровье современных девочек характеризуется:

- нарастанием частоты генетических и врожденных заболеваний репродуктивной системы;
- отставанием физического и психологического развития от возрастных нормативов;
- нарушением формирования репродуктивной системы;
- увеличением доли полиорганных заболеваний с хроническим и рецидивирующим течением;
- ростом социально-значимых болезней и отклонений психического здоровья.

Основные закономерности репродуктивного поведения девочек-подростков:

- нерегулярная половая жизнь;
- много половых партнеров;
- высокий риск ИППП;
- недостаточное сексуальное образование;

- страх перед родителями и врачом;
- использование советов друзей в выборе метода контрацепции;
- кратковременное использование контрацепции;
- использование малоэффективных методов контрацепции.

Отсутствие адекватного возрасту и полу просвещения по вопросам гендерных взаимоотношений, семьи и деторождения на фоне быстро меняющегося образа жизни россиян стало причиной резкого ухудшения репродуктивного здоровья подростков.

3.2. Влияние употребления спиртных напитков и наркотиков

Освещая проблему **алкоголизации** юного населения и ухудшения его репродуктивного здоровья, следует отметить, что, по данным современных опросов, каждый пятый подросток употребляет крепкие спиртные напитки 1-2 раза в месяц. Напомним, что таким употреблением считается прием 60 граммов абсолютного алкоголя (150 г водки или 1 литр крепкого пива) как минимум 1 раз в неделю.

Самое тревожное состоит в том, что укрепившееся снисходительное отношение к потреблению спиртного, навязчивая повсеместная реклама пива привели к значительному увеличению потребления алкоголя женщинами и молодежью. По данным специальных исследований, почти половина москвичей моложе 13 лет успели попробовать алкоголь, включая и пиво. Это, к сожалению, чисто российское явление. Примечательно, что девочки пьют наравне с мальчиками. Самая опасная, для подростков, легкая степень алкогольного опьянения, когда наступает беспричинное веселье, возбуждение, кажущая легкость, приподнятость настроения. Подросток делается многословным, легко заводит знакомства, снижается самоконтроль, что приводит к совершению опрометчивых поступков. Реальная действительность, взаимоотношения между людьми оцениваются подростками неадекватно. Под действием алкогольного опьянения у подростков растет сексуальная активность, а значит, и увеличивается количество половых партнеров, как среди употребляющих наркотики, так и среди тех, кто не употребляет их, при этом они никогда не пользуются презервативами.

Молодежь и наркомания:

- приобщение подростков к наркотикам происходит в период с 11 до 16 лет включительно;
- из числа пробовавших наркотические вещества лишь 10% приобрели этот опыт в 11-12 лет, треть в 13-14 лет, и более 40% в 15-16 лет;
- 16% школьников России хоть раз употребляли наркотики, 8% - являются группой риска наркозависимости и 3,1% - наркозависимыми;
- подавляющее большинство пробовавших наркотики употребляют их чаще двух раз в месяц;
- около 5% российской молодежи обречены на смерть от наркомании в молодом возрасте, не оставив потомства.

Наркомания и репродуктивное здоровье девочек-подростков:

- установка на быстрое удовлетворение потребностей при малых усилиях;
- безответственное отношение к себе и выбору сексуального партнера;
- при употреблении героина беременность часто может быть обнаружена лишь в поздней стадии. Это связано с тем, что менструации на фоне приема наркотиков становятся нерегулярными, а иногда и вовсе отсутствуют;
- употребление наркотиков и токсических веществ во время беременности может вызвать, прямо или косвенно, аномалии развития плода и уменьшение массы тела новорожденного.

Но есть менее заметный убийца. Это **курение**. Именно курение является одной из причин увеличения частоты бесплодия у молодых женщин, связанного с врожденной недостаточностью яичников, со сниженным фолликулярным резервом.

Существует связь между курением матери во время беременности и такими проблемными состояниями, как:

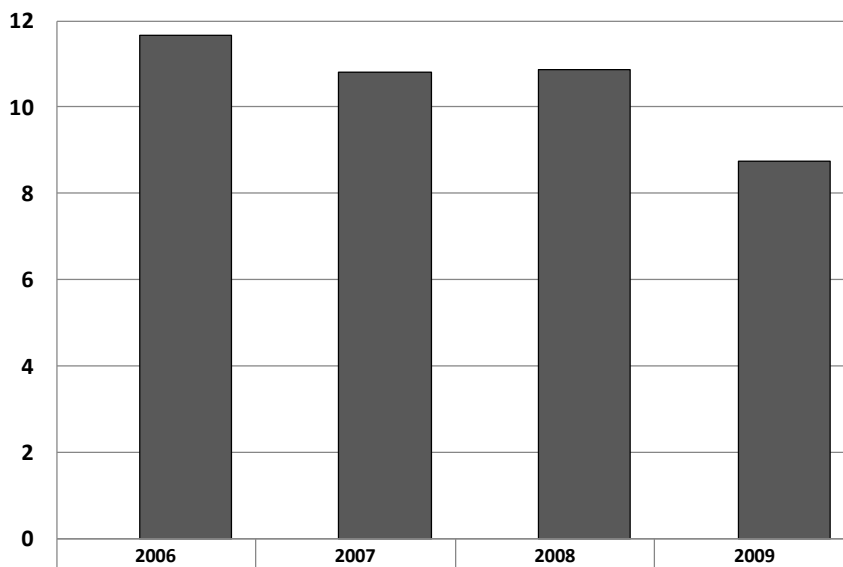
- предлежание плаценты;
- низкое прикрепление плаценты;
- преждевременная отслойка плаценты;
- преждевременное излитие околоплодных вод;
- преждевременные роды;
- задержка внутриутробного роста плода;
- синдром внезапной смерти младенца.

3.3 Распространенность беременностей и ИППП среди подростков

В настоящее время в России наметилась тенденция к снижению уровня абортс у девочек. За период 2006-2009гг. уже есть отдельные данные в статистических отчетах по подросткам до 14 лет, и 15-17 лет. Обращает внимание, что общее число искусственных абортс снизилось у девочек до 17 лет на 43%, с 37988 до 21823. Как показано на схеме №7, происходит снижение и уровня искусственных абортс среди подростков 15-17 лет, однако, медленнее, из-за снижения общего числа детей данного возраста. Уровень искусственных абортс на 1000 девочек снизился на 30% (с 11,7 в 2006 г. до 8,7 в 2009 г.). К сожалению, невозможно оценить динамику показателей за более длительный период, так как до 2006 г. детская группа не была отделена от взрослых подростков 18-19 лет.

Схема 7: Искусственные абортс на 1000 девочек 15-17 лет, РФ

Источник данных: ЦНИИОИЗ, Минздравсоцразвития



Число искусственных прервания беременности среди девочек 15-17 лет	37150	31006	28029	21197
Число девочек 15-17 лет (средне годовая)	3185088	2866560	2579585	2427278
■ доля искусственных абортс на 1000 девочек 15-17	11,7	10,8	10,9	8,7

Недостаток знаний о средствах контрацепции является высоким риском возникновения нежелательной беременности. Причем, чем моложе возраст подростков, тем чаще они делают абортс.

Несмотря на последовательное снижение числа абортс с 1997 по 2007 год, доля абортс у подростков 15-17 лет среди всех абортс во всех возрастных группах остается стабильной, примерно 2,8%.

Уже до 14 лет 4,2% абортс происходят среди девочек, которые до этого были беременные 1 или более раз. Среди подростков 15-19 лет 47,2 процентов абортс приходятся на

лиц, у которых в анамнезе уже были беременности — это, действительно, группа высокого риска. Предыдущие аборты или роды явились упущенной возможностью получения подростком информации о контрацепции. Это свидетельствует о крайне низкой просветительской деятельности в этой социальной группе населения

Следует отметить, что частота осложнений после абортов у подростков в 2-2,5 раза выше, а материнская смертность в 5-8 раз выше, чем у женщин репродуктивного возраста. По данным Минздравсоцразвития России за 2005-2007 гг., после прерывания беременности на сроке до 28 недель умерло 250 женщин, в их числе 10 погибших были в возрасте до 19 лет.

В последние годы отмечается увеличение заболеваемости ИППП среди подростков: с 1993 до 2002 года отмечено значительное (в 2,5 раза) увеличение числа больных сифилисом подростков; причем девочки 15-17 лет оказались больны сифилисом в 2,7 раза чаще мальчиков аналогичного возраста.

Сексуально активные подростки составляют группу риска, которая крайне нуждается в информации о ИППП и обучении профилактическим приемам. Кроме того, девочки-подростки подвергаются большему, чем взрослые женщины риску инфицирования, из-за низкого социального статуса молодых женщин в обществе. Кроме того, женщины часто не имеют клинических признаков хламидиоза, гонореи и других ИППП. Современные подростки более поражены микст-инфекциями, что увеличивает восприимчивость организма к ВИЧ-инфекции. Кроме того, сексуальное насилие и проституция, недостаток образования (включая сексуальное), неспособность убедить старшего по возрасту сексуального партнера пользоваться презервативами и договориться относительно сексуального выбора и недостаток доступа к медицинскому обслуживанию – все это способствует тому, что молодые женщины составляют группу особенно высокого риска.

Особо следует отметить значение **проблемы конфиденциальности оказания медицинской помощи** подросткам. Ситуация складывается следующим образом: сифилис представляется чем-то необыкновенно страшным, возникает необходимость в родительской помощи, совете старших, и именно поэтому обращаемость в государственные медицинские учреждения достаточно высока. Иной подход подростков к трихомониазу и прочим ИППП – стремление справиться самостоятельно (используя справочную литературу и опыт старших товарищей). Подросток уверен, что, в крайнем случае, всегда можно обратиться за помощью в платный кабинет и о его проблемах не узнают родители.

Предотвращение ИППП предполагает информирование подростков заблаговременно, до их сексуального дебюта, Им заблаговременно нужно напомнить о желательности отсрочки начала сексуальной активности и внедрение барьерных методов контрацепции после начала сексуальной жизни. Очень важно, чтобы каждый молодой человек осознал, что только соблюдая правила безопасного сексуального поведения, он защитит себя от инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ.

3.4. О правах подростков на консультирование и помощь по репродуктивному здоровью

Всеобщая декларация прав человека говорит о том, что подростки имеют право:

- быть информированными о репродуктивном здоровье и его составляющих;
- доступа к безопасным и эффективным методам контрацепции;
- осознанного решения о темпах и сроках самовоспроизводства.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ, подростки имеют право на выбор метода контрацепции и должны иметь доступ ко всему многообразию при выборе контрацепции. Подростки нередко действуют импульсивно и эмоционально, не задумываясь о последствиях, поэтому при выборе метода контрацепции следует проявлять взвешенность суждений и придерживаться правил доброжелательного и доверительного общения при соблюдении полной конфиденциальности разговора. Нужно помнить о том, что подростки могут не иметь достаточного количества денег на покупку контрацептивов, но будут пытаться скрыть свою сексуальную активность от родителей и взрослых. Вместе с тем, сексуальная активность, к сожалению, накладывается на почти повсеместную неосведомленность современных подростков об основах анатомии и физиологии репродуктивной системы.

По Российскому законодательству, подросток в возрасте 15 лет и старше имеет право на консультирование, медицинский осмотр и медицинскую помощь по контрацепции и репродуктивному здоровью, без осведомления или согласия своих родителей. (Основная проблема — отсутствие денег для оплаты данных услуг или приобретения контрацепции без осведомления родителей). Подростки в возрасте 14 лет и младше могут консультироваться с врачом, однако оказание помощи не может осуществляться без согласия и присутствия родителей.

В соответствии со статьями «Всеобщей декларации прав человека», неотъемлемой частью которой является «Конвенция о правах ребенка», подростки имеют право на «...активное участие в своем собственном развитии, выражении своих убеждений...», также как и на «...свободный самостоятельный доступ к получению и передаче интересующей их информации...», «несовершеннолетние в возрасте старше 15 лет имеют право на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него...», «согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет,дают их законные представители...» в соответствии со статьями 32, 33, 34 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан». Таким образом, девушка, достигшая возраста 15 лет, вправе самостоятельно решать вопрос об аборте и контрацепции на основании ст.32 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан». «При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения и законных представителей граждан».

В сферу их интересов оправдано попадают вопросы сексуальных и социальных взаимоотношений между мужчиной и женщиной, сексуальной морали, опасности беременности и ее исходов. Наравне с этим, современные подростки имеют право не только на получение квалифицированной медико-консультативной помощи, но и доступ к наиболее эффективным мерам профилактики наступления нежелательной беременности и защиты от заражения инфекциями, передаваемыми половым путем. Подростки имеют право добиваться того, чтобы их точку зрения учитывали в процессе рассмотрения проблем, касающихся самых различных сторон их жизни.

В соответствии со статьей 61 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» «...содержание медицинской карты ребенка относится к врачебной тайне. Ее содержание может быть передано кому бы то ни было только с согласия пациента, то есть с согласия ребенка старше 15 лет и с согласия его родителей, если ребенку не исполнилось 15 лет».

Таким образом, согласно действующему законодательству, несовершеннолетний вправе самостоятельно решать вопросы, связанные с его здоровьем, при достижении 15 лет. В том числе требовать от врача предоставления ему информации о состоянии своего здоровья, отказываться от лечения (за исключением случаев, установленных ст.34 «Основ»)

Профессионально подготовленный специалист должен уметь правильно построить разговор с любыми противниками обсуждения вопросов регулирования рождаемости и контрацепции. Одним из вариантов перехвата инициативы разговора в свои руки может быть следующая формулировка: «Любому здравомыслящему человеку ясно, что наилучшим методом предохранения от беременности у девочек-подростков является воздержание от сексуальных контактов. Однако современные исследования свидетельствуют о том, что 37% девушек и 29% юношей знают об этом, но в возрастной период 15-19 лет число сексуально активных подростков увеличивается с 5,6% для девушек и 19,7% для юношей до 81,7% для лиц обоего пола. Поэтому нельзя ханжески относиться к проблеме сексуального поведения подростков и молодежи. При этом следует соблюдать права подростка как человека, пусть и не совсем зрелого, но уже начавшего взрослые партнерские отношения.

ВОЗ считает, что подростки имеют право выбора метода контрацепции и должны иметь доступ ко всему многообразию контрацепции.

3.5. Поведение и особенности подросткового возраста

К 15-17 годам подростки уже имеют тело практически взрослого человека при сохранении мышления ребенка. Иначе говоря, подросток – это человек, который уже не ребенок, но еще не взрослый. Поэтому самым понятным способом приобретения стереотипа поведения взрослого для подростка являются сексуальные отношения.

Отсюда и **основные медико-социальные проблемы** в подростковой и молодежной среде:

- ✓ сексуальное поведение и вредные привычки;
- ✓ ИППП;
- ✓ нежелательные беременности.

У человека, живущего в наши дни, исчез самый основной инстинкт – инстинкт самосохранения. Это проявляется безответственным отношением к своему здоровью, здоровью своего ближайшего окружения, к родителям, мужу, детям. Большинство российских исследований указывают на то, что **сексуальное партнерство в молодежной среде России имеет свои особенности:**

- сексуальный дебют с малознакомым недавно встреченным партнером на стадии влюбленности (у 42% девушек и 68% юношей);
- случайный секс или сексуальные отношения помимо постоянного партнерства без предохранения от нежеланной беременности;
- терпимость к внебрачным половым отношениям;
- промискуитет (53,5% девочек-подростков к 19 годам успевают сменить от трех до шести партнеров).

Медико-социальными факторами сохранения высокого уровня непланируемых беременностей у подростков и молодежи являются:

- ✓ нежеланный секс (изнасилование и сексуальные домогательства, неуважение личной неприкосновенности, попустительство рискованных ситуаций);
- ✓ двойной стандарт (суровое осуждение молодых женщин, но не молодых мужчин);
- ✓ недостаток медико-санитарного просвещения, консультативных услуг по вопросам репродуктивного здоровья и поведения;
- ✓ неэффективное использование противозачаточных средств;
- ✓ отсутствие понимания обществом значения планирования семьи.

Основными причинами подобного положения дел молодежь считает безответственное отношение партнеров к сексуальным отношениям (61%) и низкий уровень сексуальной культуры в стране (36%). Притом, 45% девушек и 40% юношей отметили отсутствие необходимой информации и слабую роль службы планирования семьи.

Сегодня хронология взросления девочки-подростка выглядит следующим образом: курение с 11 лет, наркотики с 12 лет, алкоголь с 13 лет. При таком отношении к себе раннее начало сексуальных отношений однозначно приводит к беременности и аборту до совершеннолетия.

4. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

Дополнительные источники информации по теме:

- Руководство по разработке политики и программ охраны репродуктивного здоровья молодежи. Издание первое, Москва, 2006 (Настоящее руководство разработано в рамках проекта «Мать и дитя», проводимого «Джон Сноу, Инкорпорейтед» в 16 регионах Российской Федерации в 2003-2006 гг.) (Приложение 10.1)
- Основная дородовая, перинатальная и постнатальная помощь, учебный семинар, Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, 2002. (Приложение 10.3)
- Репродуктивное поведение и здоровье населения (медико-социальные аспекты) Кулигина М.В., Васильева Т.П., Кулигин О.В., Коновалов О.Е., Богатова И.К., Шевелева А.А., Иваново, 2008, 238С.
- Руководство «Консультирование по репродуктивному здоровью подростков», 2007, Минздрав (Приложение 10.4)
- Презентация от USAID «ИППП/ВИЧ» (Приложение 10.5)

4.1. Определения

Аборт: Прерывание беременности (самопроизвольное изгнание или извлечение эмбриона/плода из полости матки) в период до 22 недель беременности (когда плод еще нежизнеспособен) или до достижения плодом массы 499 граммов.

Аборт самопроизвольный: Выкидыш, или спонтанный аборт – случайная потеря плода на сроке до 22 недель беременности.

Аборт искусственный: Индуцированный аборт - добровольное прерывание беременности или прерывание беременности по медико-социальным показаниям.

Неполный аборт: Неполное извлечение или выкидыш частиц плодного яйца.

Коэффициент абортов: Число абортов на 1000 женщин репродуктивного возраста (15-49 лет) за данный год.

Уровень абортов: Число абортов на 1000 живорожденных за данный год.

Бесплодие: Неспособность зрелого женского или мужского организма к зачатию.

Первичное бесплодие: Неспособность женщины или мужчины к зачатию в течение 12 месяцев регулярной половой жизни без применения средств контрацепции (ВОЗ).

Вторичное бесплодие: В анамнезе отмечается беременность, но впоследствии беременность не наступает, несмотря на попытки забеременеть.

Зачатие: Понятия оплодотворения и зачатия часто путают. Зачатие, происходит при имплантации оплодотворенной яйцеклетки в маточную стенку (Американский колледж акушеров-гинекологов).

Оплодотворение: Понятия оплодотворения и зачатия часто путают. Оплодотворение обозначает соединение сперматозоида и яйцеклетки.

Молодежь – лица в возрасте 10-24 лет.

Подросток - лицо в возрасте 10-19 лет. Истинный подростковый период характеризуется физическим, психическим и социальным созреванием, при котором происходит переход от

периода детства к совершеннолетию в указанных возрастных пределах. В данном пакете, нас касаются больше всего те подростки, которые могут вести половую жизнь, но по законодательству еще не являются взрослыми — т.е. 13-17 лет, включительно.

Юношеский период – 15-24 года.

Планирование семьи – это 1) внутрисемейное регулирование деторождения, 2) виды деятельности, которые ставят своей целью помочь отдельным лицам или супружеским парам в достижении определенных результатов:

- ✓ избежать нежелательной беременности;
- ✓ произвести на свет желанных детей;
- ✓ регулировать интервалы между беременностями;
- ✓ контролировать выбор времени деторождения в зависимости от возраста родителей и состояния их здоровья;
- ✓ определять число детей в семье.

Репродуктивный возраст - генеративный возраст женщины (мужчины), в котором она(он) способна(ен) к деторождению. Как правило, для женщин возрастной интервал составляет 15-49 лет, в странах с низкой рождаемостью – 15-44 года. Возрастной интервал для мужчин – 15-59 лет, так как верхний предел мужского репродуктивного возраста весьма условен.

Репродуктивное здоровье - состояние полного физического, психического и социального благополучия во всех сферах, а не просто отсутствие болезней и недугов, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов, включая воспроизводство потомства и гармонию в психосоциальных отношениях семьи (ВОЗ).

Репродуктивное поведение - система действий, отношений и психических состояний личности, связанных с рождением или отказом от рождения детей любой очередности, в браке или вне брака (ВОЗ).

Сексуальное здоровье - комплекс соматических, эмоциональных, интеллектуальных и социальных аспектов сексуального бытия человека, который позитивно обогащает и развивает личные качества, способность к общению и любви (ВОЗ).

4.2. Инфекции, передаваемые половым путем и ВИЧ/СПИД

Дополнительные источники информации по теме:

- Руководство для дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов, инфекционистов, педиатров, семейных врачей и руководителей здравоохранения. Институт здоровья семьи, 2009 (Приложение 10.6)
- Кишкун А.А. «Современная клиническая лабораторная диагностика», 2009.
- Руководство по контрацепции под руководством проф. Прилепской В.Н., 2006

Впервые понятие «болезни, передающиеся половым путем» появилось в документах ВОЗ в 1982г. По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется около 400 млн. новых случаев ИППП.

ИППП - это самые распространенные инфекции среди всех инфекционных заболеваний. Известны не менее 20 возбудителей, передающихся половым путем и определяющих развитие классических венерических болезней (сифилис, гонорея, мягкий шанкр, венерическая гранулема, паховая лимфогранулема), так и ИППП с преимущественным поражением половых органов (хламидиоз, трихомониаз, герпес- и папилломавирусные инфекции, уреаплазмоз, микоплазмоз, гарднереллез, контагиозный моллюск, шигеллез) и ИППП с

преимущественным поражением других органов и систем (ВИЧ/СПИД, гепатит В, цитомегалия, лямблиоз, амебиаз).

Если у пациента обнаруживаются признаки или симптомы ИППП, необходимо направить пациента к специалисту соответствующего профиля. Воспалительные процессы влагалища могут быть вызваны условно-патогенными микроорганизмами. Наиболее распространенными инфекциями репродуктивного тракта, не передающимися половым путем, являются бактериальный вагиноз и кандидоз (также известный как дрожжевая инфекция или молочница). По оценочным данным, в любой конкретный промежуток времени бактериальным вагинозом и кандидозом страдает, соответственно, 5-25% и 5-15% женщин. Вызываемые такими инфекциями влагалищные выделения могут быть схожи по своему характеру с выделениями, появляющимися в результате заражения некоторыми ИППП (например, хламидиоз).

ИППП относятся к числу социально значимых заболеваний, так как их последствиями являются не только хронические воспалительные заболевания органов мочеполовой системы, но и бесплодие, внематочная беременность, рак шейки матки и гепатоцеллюлярная карцинома, неонатальные и младенческие инфекции.

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) – это тяжелая инфекция, не поддающаяся лечению. Она медленно разрушает иммунитет организма, и, в конце концов, у человека настолько снижается сопротивляемость, что он начинает страдать от целого ряда тяжелых заболеваний. ВИЧ – это сам вирус, который проникает внутрь оболочки лейкоцитов. СПИД – это название тех болезней, которые развиваются у человека, когда иммунитет значительно ослаблен. ВИЧ передается с кровью, спермой и влагалищным секретом, поэтому им можно заразиться при незащищенном вагинальном и анальном сексе. Другой путь заражения – при использовании общего шприца для введения наркотика (ведущий путь в России). ВИЧ может также передаваться от матери к ребенку при родах.

К врачу надо обращаться не только при появлении первых симптомов заболевания (которые появляются через 2-4 недели), но и тогда когда у человека есть причины думать, что он мог заразиться. В организме антитела к ВИЧ появляются не ранее чем через 3 месяца после «опасной» ситуации.

Обследование и лечение ИППП и ВИЧ/СПИДа можно пройти в районных кожно-венерических диспансерах, специализированных отделениях больниц, клиник, институтов, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом, подростковых и молодежных центрах.

4.2.1 Проблемы, затрудняющие борьбу с ИППП:

- сомнения пациентов в конфиденциальности медицинской помощи. Это препятствует привлечению сексуального партнера пациента для обследования и лечения.
- высокая заболеваемость ИППП среди молодежи, включая подростков, а также представителей других групп риска, не обращающихся за медицинской помощью.
- широко распространенное предубеждение о постыдности заболеваний, обусловленных возбудителями ИППП.
- самолечение в связи со свободным доступом антимикробных и противовирусных препаратов в аптечной сети.
- оказание лечебно-диагностической помощи медицинскими работниками, не имеющими соответствующих знаний по ИППП.
- возможность бессимптомного течения некоторых ИППП, что, с одной стороны, способствует распространению ИППП, с другой стороны, скрывает реальную статистику и затрудняет планирование профилактических программ.
- сложность организации и высокая стоимость проведения популяционных исследований, позволяющих установить реальную заболеваемость ИППП.
- отсутствие стандартизированных протоколов диагностики и лечения ряда ИППП, базирующихся на принципах доказательной медицины.

Для преодоления этих проблем необходимо повышение качества первичной и специализированной медицинской помощи.

4.2.2 Лабораторная диагностика ИППП

Методы лабораторной диагностики инфекций, имеющих половой путь передачи и/или поражающих репродуктивные органы, включают:

- микроскопическое исследование окрашенного или нативного препарата;
- культуральное исследование — культивирование на искусственных питательных средах;
- иммуноферментный анализ — обнаружение циркулирующих антител против возбудителей урогенитальных инфекций, серологическое исследование;
- молекулярно-биологические методы — группа методов, направленных на выявление нуклеиновых кислот (РНК и ДНК) микроорганизмов (гибридизация и амплификация нуклеиновых кислот).

При определении плана обследования пациента на любые инфекции врачу следует иметь четкую информацию о чувствительности и специфичности тест-систем, используемых в лаборатории.

Микроскопическое исследование окрашенного или нативного препарата используется как скрининговое обследование при диагностике заболеваний мочеполовых путей, при подозрении на гонорею, для диагностики бактериального вагиноза. Исследование нативного препарата наиболее информативно для диагностики трихомониаза.

Культуральное исследование — культивирование на искусственных питательных средах с целью выделения и идентификации возбудителей воспалительных заболеваний женских и мужских половых органов с постановкой антибиотикочувствительности выделенных микроорганизмов. Методика определения возбудителя с помощью бактериологического посева характеризуется наиболее высокой специфичностью. Этот метод целесообразно использовать для диагностики гонококковой инфекции и урогенитального трихомониаза.

Наиболее чувствительным методом выявления инфекций является **молекулярнобиологическая** технология амплификации нуклеиновых кислот (МАНК): полимеразная цепная реакция (**ПЦР**). С помощью этого метода определяются РНК и ДНК микроорганизмов. Молекулярно-биологический метод целесообразно использовать для идентификации хламидий, вируса простого герпеса, ВПЧ, а также некоторых условно-патогенных микроорганизмов (микоплазмы, уреоплазмы).

Иммуноферментный анализ с определением циркулирующих **антител** эффективно используется при скрининге на сифилис, вирусный гепатит С и ВИЧ-инфекцию. Иммуноферментный анализ проводится и для определения антигенов возбудителей, например для диагностики вирусного гепатита В. В настоящее время используется определение avidности специфических антител к возбудителям различных инфекционных заболеваний. Высокая avidность специфических Ig G антител позволяет исключить недавнее первичное инфицирование. Наиболее широко применяется определение avidности антител Ig G при токсоплазмозе и ЦМВ-инфекции.

В настоящее время доступны **быстрые (экспресс-) тесты** для предварительной диагностики ВИЧ-инфекции, гонореи, хламидийной инфекции и сифилиса. Показатели их специфичности значительно ниже, чем стандартных методов обследования. Главным их преимуществом является возможность получения результата через 15 минут после проведения обследования. Использование быстрых тестов на ВИЧ очень важно, например, для установления ВИЧ-статуса у женщины, поступившей необследованной в роды, для проведения экстренных мероприятий, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку. Чувствительность качественных быстрых тестов на ВИЧ достигает 100%, специфичность — 99%.

Скрининг на ИППП необходимо проводить у всех подростков, живущих половой жизнью. Обследование на герпес, гонорею, хламидиоз, трихомониаз, бактериальный вагиноз, кандидоз проводится при первом визите, в дальнейшем — по мере необходимости, но не реже одного раза в год.

Обследование на хронические вирусные гепатиты (особенно гепатит С) проводят при первом визите, в дальнейшем — по мере необходимости, но не реже одного раза в год. Обследование на ВПЧ-инфекцию важно как для девушек, так и для юношей. Обследование проводят при первом визите, затем по показаниям, но не реже 1 раза в год.

4.2.3 Принципы ведения пациентов с ИППП и обследования половых партнеров

Необходимо осуществлять ведение пациента с ИППП в учреждении, имеющем соответствующую лицензию, с привлечением дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов-андрологов. Их задачи — провести адекватное обследование и консультирование, обследовать половых партнеров больного, назначить лечение, убедиться в разрешении клинических симптомов и/или элиминации возбудителей бактериальных ИППП. Если пациент, постоянно подвергается риску заражения ИППП, ему рекомендуют раз в три месяца обследоваться на гонорею, хламидийную инфекцию, сифилис и ВИЧ-инфекцию, а также стремиться к безопасному половому поведению.

Уведомление половых партнеров — один из методов вторичной профилактики ИППП, с помощью которого выявляют, консультируют, обследуют и проводят лечение половых партнеров. Это не только оправдано для предупреждения распространения ИППП, но и снижает риск повторного заражения самого пациента.

Факторы риска на заражение ИППП:

- молодой возраст;
- отсутствие брака и обязательств;
- много половых партнеров;
- не используются презервативы;
- половой контакт с человеком, который страдает ИППП;
- ИППП в анамнезе;
- использование психотропных препаратов, алкоголя.

4.2.4 Ведение пациентов с инфекциями, передаваемыми половым путем

Сифилис. Приобретенный сифилис подразделяется на ранний и поздний. Ранний сифилис имеет три стадии: первичный, вторичный и ранний латентный. Лечение сифилиса является прерогативой дерматовенерологов.

Мягкий шанкр. Инфекция проявляется в виде одной и более болезненных язв в области наружных половых органов, паховым лимфаденитом. Диагноз ставится на основе типичной клинической картины и дифференциальной диагностики. Лечение является прерогативой дерматовенерологов.

Паховая гранулема. Данная инфекция проявляется как болезненные, прогрессирующие язвенные повреждения в области наружных половых органов, паховой области при отсутствующей лимфаденопатии. Язвы богато васкуляризованы и кровоточат даже при легком прикосновении. Лечение является прерогативой дерматовенерологов.

Генитальный герпес. Генитальный герпес клинически проявляется множественными пузырьками и волдырями, часто болезненными, зудящими, с ощущениями жжения. Когда пузырьки лопаются, то образуются болезненные язвочки, которые богато васкуляризованы и кровоточат при малейшем прикосновении.

Мать может передать своему ребенку генитальный герпес во время родов, который вызывает у ребенка язвочки на коже и вокруг рта. В редких случаях герпес может вызвать серьезные поражения головного мозга, слепоту, задержку умственного развития и даже смерть.

Пока не существует известного способа лечения генитального герпеса, но возможно симптоматическое лечение с помощью ацикловира или его аналогов. Лечение следует начинать сразу же после появления внешних симптомов заболевания. Лечение помогает предотвратить появление новых пузырьков, уменьшает продолжительность боли, укорачивает время исчезновения внешних проявлений и концентрацию вирусов. Однако подобное лечение не является этиотропным.

Рекомендуемая схема при первом клиническом эпизоде герпеса:

- Ацикловир, 200 мг перорально, 5 раз в день в течение 1 недели ИЛИ
- Ацикловир, 400 мг перорально, 3 раза в день в течение 1 недели ИЛИ
- Валацикловир, 1 г перорально, 2 раза в день в течение 7 дней ИЛИ
- Фамцикловир, 250 мг перорально, 3 раза в день в течение 7 дней.

У многих пациентов после первого клинического эпизода генитального герпеса могут быть рецидивы.

Рекомендуемая схема лечения при рецидивирующей инфекции:

- Ацикловир, 200 мг перорально, 5 раз в день в течение 5 дней ИЛИ
- Ацикловир, 400 мг перорально, 3 раза в день в течение 5 дней ИЛИ
- Ацикловир, 800 мг перорально, 2 раза в день в течение 5 дней ИЛИ
- Валацикловир, 500 мг перорально, 2 раза в день в течение 5 дней ИЛИ
- Валацикловир, 1000 мг перорально, 1 раз в день в течение 5 дней ИЛИ
- Фамцикловир, 125 мг перорально, 2 раза в день в течение 5 дней.

Ежедневная супрессивная терапия снижает частоту обострений герпетической инфекций среди 75% пациентов, у которых количество обострений достигает шести и более случаев в год.

Рекомендуемая схема для супрессивной терапии:

- Ацикловир, 400 мг перорально, 2 раза в день, длительно ИЛИ
- Валацикловир, 500 мг перорально, однократно ИЛИ
- Валацикловир, 1000 мг перорально, 1 раз в день ИЛИ
- Фамцикловир, 250 мг перорально, 2 раза в день.

Местно – мазь ацикловир, или валацикловир, или зовиракс, или гель эпиген-интим, панавир интравагинально.

Виферон, или КИПферон свечи ректально 1-2 раза в день в течение 10 дней.

Трихомоиаз. Трихомоиаз является паразитарной инфекцией, вызываемой *Trichomonas vaginalis*. Течение заболевания может быть асимптоматическим. Симптоматическое течение трихомоиаза проявляется желтовато-зелеными, неприятно-пахнущими выделениями из влагалища, а также зудом и покраснением вульвы. Во время беременности заболевание повышает риск преждевременного разрыва плодных оболочек и преждевременных родов.

Рекомендуемая схема лечения вагинальных инфекций:

- Метронидазол, 2 г перорально, однократно или
- Тинидазол, 2 г перорально, однократно.

Альтернативная схема:

- Метронидазол, 400 мг или 500 мг перорально, дважды в день, в течение 7 дней или
- Тинидазол, 500 мг перорально, дважды в день, в течение 5 дней.

Местное лечение назначают одновременно с препаратами системного действия. Для местного лечения с успехом применяют препараты, содержащие метронидазол и миконазол. Это могут быть вагинальные свечи, кремы, вагинальные таблетки (метрагил, клион-Д 100).

Гонорея. Гонорея протекает часто бессимптомно, в виде цервицита. У некоторых женщин могут быть выделения из влагалища, боли в животе или жжение при мочеиспускании. Если не лечить гонорею, то инфекция может распространиться вверх по репродуктивному тракту (матка, фаллопиевы трубы или яичники) и стать причиной развития воспалительного заболевания органов таза (ВЗОТ). При беременности гонорея может привести к невынашиванию беременности, преждевременному разрыву плодных оболочек и преждевременным родам. Во время родов

новорожденный может заразиться от матери гонореей (глаза, суставы и реже сепсис). Лечение гонореи является прерогативой дерматовенерологов.

Хламидиоз. Хламидиоз проявляется в виде цервицитов и обычно протекает малосимптомно. У некоторых женщин могут быть выделения из влагалища, жжение при мочеиспускании и боли внизу живота. Если не лечить хламидиоз, то могут развиваться воспалительные заболевания тазовых органов. При воспалении фаллопиевых труб может развиваться внематочная беременность или бесплодие. Хламидиоз во время беременности может привести к невынашиванию беременности, преждевременному разрыву плодных оболочек и преждевременным родам. Новорожденный может заразиться хламидиозом от матери. У ребенка может развиваться инфекция глаз или воспаление легких.

Рекомендуемая схема:

- Доксициклин, 100 мг перорально, дважды в день в течение 14 дней. или
- Азитромицин, 1 г перорально, однократно

Альтернативная схема:

- Амоксициклин, 500 мг перорально, 3 раза в день в течение 14 дней, или
- Эритромицин, 500 мг перорально, 4 раза в день в течение 14 дней, или
- Офлоксацин, 300 мг перорально, дважды в день в течение 14 дней, или
- Тетрациклин, 500 мг перорально, 4 раза в день в течение 14 дней

Местно: Виферон, или КИПферон свечи ректально 1-2 раза в день в течение 10 дней.

Генитальные бородавки. Генитальные бородавки (кондиломы) вызываются вирусом папилломы человека (ВПЧ). Кондиломы безболезненны, часто располагаются на наружных половых органах (вульве), во влагалище и перианальной области и не ведут к серьезным осложнениям, за исключением тех случаев, когда они вызывают обструкцию. Это может стать большой проблемой, особенно для беременных женщин. Некоторые типы ВПЧ (серотипы 16, 18, 31 и 45) могут привести к развитию инвазивного рака шейки матки. Поэтому рекомендуется обследовать шейку матки у всех женщин с ИППП (независимо от того, излечились ли они от ИППП или нет), регулярно (один раз в год или раз в два года) брать мазок с шейки матки на атипические клетки. Лечение генитальных бородавок является прерогативой дерматовенерологов.

Бактериальный вагиноз и кандидозный вульвовагинит не относятся к заболеваниям, передаваемым половым путем, и приводятся в данном руководстве для облегчения дифференциальной диагностики ИППП. **Бактериальный вагиноз** возникает вследствие замещения нормальной микрофлоры влагалища условно-патогенными микроорганизмами, таких как гарднерелла и микопlasма. Выделения из влагалища имеют запах сырой рыбы. Существует доказательство того, бактериальный вагиноз связан с увеличением неблагоприятных исходов беременности, таких как преждевременный разрыв плодных оболочек, преждевременные роды и рождение детей с дефицитом массы тела.

Рекомендуемая схема лечения при бактериальных вагинозах

- Метронидазол, 400 мг или 500 мг перорально, дважды в день в течение 7 дней.

Альтернативная схема

- Метронидазол, 2 г однократно перорально или
- Клиндамицин 2% вагинальный крем, 5 г внутрь влагалища, перед сном в течение 7 дней или
- Метронидазол, 0.75% гель, 5 г внутрь влагалища, дважды в день в течение 5 дней или

■ Клиндамицин, 300 мг перорально, дважды в день в течение 7 дней.

Местно: Лакто-, Бифидобактерин 5 доз ежедневно интравагинально 10 дней; или Ацилакт свечи интравагинально 10 дней; или Вагинорм С вагинальные таблетки по 1 в день в течение 7 дней.

Кандидоз. Кандидоз — это заболевание, вызываемое дрожжевым грибом. Симптомы заболевания проявляются в виде зуда, раздражения вульвы, а также в виде творожистых выделений с неприятным запахом. При клиническом осмотре можно обнаружить покраснение и отек вульвы или следы от расчесов. Вульво-вагинальный кандидоз обычно не передается половым путем. Если у женщины имеются рецидивирующие кандидозы, то рекомендуется провериться на сахарный диабет и др.

Рекомендуемая схема лечения вульво-вагинального кандидоза:

■ Миконазол или клотримазол, 200 мг внутрь влагалища, ежедневно в течение 3 дней или

■ Клотримазол, 500 мг внутривлагалищно однократно или

■ Флуконазол, 150 мг перорально, однократно

Альтернативная схема:

■ Нистатин, 100 000 единиц внутривлагалищно, в течение 14 дней.

4.2.5 Профилактика ИППП/ ВИЧ и консультирование

4.2.5.1 Профилактика

В настоящее время определены основные подходы к профилактике ИППП. Первичная профилактика ИППП заключается в проведении программ, направленных на формирование ответственного сексуального поведения населения для предотвращения инфицирования ИППП. Профилактические мероприятия должны включать систему сексуального образования детей и подростков, свободный доступ к информации интимно-медицинского характера, бесплатную раздачу средств индивидуальной профилактики ИППП. Поскольку роль семьи в половом воспитании, привитии ребенку различных навыков незаменима, то родители, безусловно, должны сами владеть необходимыми знаниями в данной области.

Вторичная профилактика включает организацию медицинской помощи пациентам с ИППП; она направлена на снижение вероятности передачи инфекции половым партнерам и повторного заражения ИППП.

Как было сказано в предыдущих разделах, последствия заражения ИППП или ВИЧ очень серьезны и могут привести к смерти. Вирусные ИППП, включая ВИЧ/СПИД, неизлечимы; но даже в этом случае неизлечимые ИППП необходимо обнаруживать на ранних стадиях, чтобы избежать серьезных осложнений. Принимая в расчет высокую распространенность ИППП и ВИЧ/СПИД, а также серьезность осложнений, профилактические мероприятия играют важную роль в контроле ИППП.

Существует 4 основных компонента контроля ИППП:

- информирование женщин и мужчин о возможных механизмах передачи заболеваний, а так же о способах снижения риска заражения;
- обнаружение инфекций среди людей, у которых заболевания протекают бессимптомно, а также лечение пациентов, у которых выражены клинические симптомы, но они не обращаются за медицинской помощью;
- эффективное лечение пациентов, которые обратились за помощью;
- лечение и обучение партнеров инфицированных людей.

Профилактика ИППП базируется на:

- изменении сексуального поведения людей;
- пропагандировании образа жизни без наркотиков и других психостимулирующих веществ;
- пропагандировании отказа от вредных привычек;
- пропагандировании использования латексных презервативов (женских и мужских), которые, если их использовать правильно, препятствуют заражению ВИЧ/СПИД и ИППП.

4.2.5.2 Консультирование

Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан (ст.31) определяют, что *«каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения»*.
Статья 19: *«граждане имеют право на регулярное получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, рациональных нормах питания, о продукции, работах, услугах, их соответствии санитарным нормам и правилам, о других факторах»*.

Консультирование – неотъемлемая часть ведения клиента, обратившегося по поводу ИППП

Консультирование – это процесс взаимного общения, в ходе которого медицинский работник помогает пациенту определить проблемы его репродуктивного здоровья и принять наиболее удачное, информированное, добровольное и взвешенное решение его проблемы. Консультирование предполагает обмен информацией, обдумывание и обсуждение на основе взаимного доверия и уважения между консультантом и клиентом.

Общие принципы консультирования:

- передать достаточную информацию;
- помочь проанализировать ситуацию;
- проанализировать проблему;
- произвести поиск путей решения проблемы;
- осуществить анализ последствий предполагаемых поступков клиента;
- добиться изменения поведения клиента или пересмотра его отношения к проблеме;
- определить варианты желательных изменений ситуации;
- способствовать оптимальному решению проблемы и, по возможности, в будущем.

Консультирование по ИППП/ВИЧ должно включать в себя следующие компоненты:

- оценка риска заражения женщины (или девушки-подростка) ИППП/ИРТ/ВИЧ;
- оценка наличия у женщин (или девушек-подростков) симптомов ИППП/ВИЧ/СПИД;
- лечение женщины (или девушек-подростков) с ИППП/ИРТ и ВИЧ/СПИД;
- при наличии симптомов ИППП необходимо рекомендовать пациентке, чтобы она предложила пройти обследование на ИППП и соответствующее лечение своему партнеру;
- обучение пациентов профилактике ИППП/ВИЧ.

Консультирование по вопросам ИППП/ВИЧ — это весьма деликатный вопрос, поскольку затрагивается интимная жизнь женщины. Поэтому врачу необходимо быть предельно вежливым и отзывчивым на проблемы пациента.

Врачи и медсестры должны всегда:

- показывать свое уважение к пациенту(ке);
- быть дружелюбными и тактичными по отношению к пациенту(ке);
- объяснять все, используя доступный язык;
- дать клиенту возможность задавать вопросы;
- создавать конфиденциальную обстановку;
- давать подробное описание симптомов и осложнений ИППП/ВИЧ/СПИДа;
- информировать о профилактике ИППП/ВИЧ;
- объяснить, как правильно пользоваться презервативом;
- объяснять важность лечения партнера, чтобы избежать повторного инфицирования;
- проводить консультирование партнера отдельно;
- консультировать подростков отдельно от родителей;
- помнить о том, что нельзя осуждать стиль и сексуальный образ жизни, который ведет пациент(ка).

4.3 Профилактика нежелательных беременностей

4.3.1. Принципы консультирования подростков

Общие принципы консультирования подростков:

- *прямо и четко формулировать свои мысли;*
- *говорить на понятном подростку языке;*
- *обсуждать вопросы, касающиеся здоровья подростков, не давая их личной оценки;*
- *быть доброжелательными, корректными, уважительными;*
- *оценивать информацию с точки зрения подростка и помогать ему быть ответственным за свое здоровье.*

Консультация по вопросам контрацепции у молодежи значительно отличается от обычного медицинского приема. Она занимает значительно больше времени ввиду необходимости слушать и отвечать на вопросы, тщательно взвешивать «за» и «против» того или иного метода контрацепции, информировать об опасности аборта и ранней беременности.

Особенности консультировании подростков связаны с особенностями их поведения: важно при работе с подростками обеспечить приватность и конфиденциальность беседы, а также продемонстрировать сочувствие (сопереживание) и отсутствие осуждения. В первую очередь, подростки должны быть информированы о том, что воздержание в юношеском возрасте является лучшим средством защиты репродуктивного здоровья. Оно ни в коей мере не оказывает отрицательного влияния на сексуальные возможности в будущем. Обязательно надо удостовериться, что подросток понимает суть метода, как его использовать, его побочные эффекты, а также возможность защиты от ИППП/ВИЧ. Необходимо предлагать подросткам те возможности в плане охраны репродуктивного здоровья, которые они могут себе позволить материально. Частью консультирования по контрацепции должна становиться информация об экстренной контрацепции. Возможно, после таких консультаций, некоторые подростки будут иметь при себе таблетки для экстренной контрацепции. Во время бесед с подростками не надо исключать информацию о ВИЧ. Зачастую, одним из препятствий по использованию контрацепции подростками, является неумение начать разговор с партнером, например об использовании презерватива. В этой связи необходимо обсудить с подростком и посоветовать ему, как можно договариваться с партнером об использовании презерватива и о защите от ИППП/ВИЧ. Разговор с подростками на тему контрацепции в доверительной и конфиденциальной обстановке помогает им высказать свои проблемы и сомнения, получить советы, как легче преодолеть возникшую сложную ситуацию. Очень важно, чтобы никто не прерывал процесс консультирования внезапными визитами, вопросами или телефонными звонками.

В связи с недоверием миру взрослых (включая медицинских работников), большинство подростков не уверены в конфиденциальности информации, которую они сообщают консультанту. Одним из вариантов решения этого вопроса является размещение на видном месте официального извещения с правилами соблюдения конфиденциальности. Другим вариантом, может быть информирование подростка на начальном этапе консультирования о гарантиях соблюдения конфиденциальности. Ведение записей во время приема подростка нежелательно. Это занятие, во-первых, отвлекает внимание подростка, во-вторых, у подростка возникнет подозрение, что все сказанное им не будет сохранено в тайне. В идеальной ситуации у подростка должна быть возможность приходить на консультацию без обязательного уведомления кого-либо из посторонних о том, что он находится там именно с этой целью.

Продолжительность одного консультирования и периодичность зависят от целесообразности его проведения, однако, подростку, как правило, требуется несколько дней для осмысления того, что он узнал в процессе первой консультации. Желательно, если это необходимо, заранее назначать время для повторного приема подростка.

4.3.1.1. Критерии включения в группу риска

К группе риска относят соматически и гинекологически здоровых подростков, жителей городов, из неполных семей, с вредными привычками (курение, употребление алкоголя), с незаконченным средним образованием, имеющих более 2-х половых партнеров, с низким уровнем использования метода контрацепции.

4.3.2. Подростки и аборт

Дополнительные источники информации по теме:

- «Основные проблемы репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения подростков и молодежи и пути их решения» Профессор Е.В.Уварова, ФГУ НЦ АГиП им.В.И.Кулакова Росмедтехнологий.
- Консультирование подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья – Руководство для учреждений, оказывающих медицинскую и консультативную помощь подросткам и молодежи под ред. О.В. Шараповой - М.-2007. (Приложение 10.7)
- Новые подходы к улучшению качества репродуктивного здоровья населения – руководство ФГУ НЦ АГиП им. ак. В.И.Кулакова – М.- 2008.

4.3.2.1. До- и после- абортное консультирование

Многочисленные исследования убедительно показали, что риск, связанный с применением контрацептивных средств, значительно ниже, чем риск, связанный с нежелательной беременностью и абортом

Медицинские и социальные работники, родители и педагоги нередко сталкиваются с очень сложной проблемой - подростковой беременностью. Сама девушка всегда очень тяжело переживает данную ситуацию. Страх, сомнение, боязнь быть непонятой и отторгнутой семьей, обществом, разрыв с любимым человеком – вот только часть тех проблем, с которыми трудно справиться даже взрослому человеку. Очень важны в это время моральная поддержка и доверительные отношения со взрослыми, которые помогут разобраться в сложной ситуации и принять ответственное решение. Конечно, лучше всего, если к решению проблемы удастся привлечь родителей, чего чаще всего хотят и сами подростки. Оптимальное решение – это когда медицинская сестра, врач или педагог приглашают родителей для совместной беседы. В тоже время иногда ситуация складывается таким образом, что девочки-подростки панически этого боятся. Их аргументы: меня убьют, изобьют, опозорят. Самое главное – девушка должна почувствовать не осуждение, а желание взрослых понять ее и помочь. Безусловно, ситуация с подростками до 15 лет должна рассматриваться обязательно с привлечением родителей.

Для повышения эффективности до- и после-абортного консультирования подросткам необходимо рассказывать о всех методах контрацепции. Для лучшего запоминания подростком полезной информации, необходимо на это указать. Во время беседы, наиболее важные моменты, можно повторить дважды. Лучше не только говорить, но и показывать. Образцы контрацептивных средств, настенные таблицы и другой иллюстративный материал подкрепляют сказанную информацию. Сначала подростку, необходимо давать самую важную информацию, они ее лучше запоминают. Последнее, что говорится подростку, должно быть напоминанием о самых важных инструкциях.

4.3.2.2. Риск аборта

Хотя рождение ребенка до достижения взрослого возраста нежелательно, процедура аборта также отличается серьезными рисками, о которых необходимо информировать девушек-подростков в процессе консультирования.

Осложнения после аборта

Ранние

- Травма шейки матки;
- Перфорация матки;
- Гематометра;
- Маточное кровотечение.

Поздние

- Воспалительные процессы (эндометрит, аднексит, параметрит);
- Несостоятельность шейки матки;
- Плацентарный полип.

Отдаленные последствия аборта

- Нарушения ритма и характера менструаций;
- Хронический эндомиометрит;
- Полипы эндометрия;
- Эндометриоз и миома матки;
- Эктопическая беременность;
- Невынашивание последующих беременностей;
- Гиперпролактинемия;
- Невротические реакции;
- Бесплодие;
- Эндокринно-обменные нарушения;
- Доброкачественные заболевания молочных желез.

4.3.3. Контрацепция

Дополнительные источники информации по теме:

- Медицинские критерии приемлемости гормональной контрацепции, д.м.н. Роговская С.И., ФГУ «НЦАГиП им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий»
- Особенности современной контрацепции у сексуально активных подростков и молодежи, профессор Е.В.Уварова, ФГУ НЦ АГиП им.В.И.Кулакова Росмедтехнологий
- Руководство по контрацепции под руководством проф.Прилепской В.Н., 2006
- Гинекология: Национальное руководство под ред. Кулакова В.И., 2007г

Врач акушер-гинеколог должен быть готов к обсуждению проблем контрацепции и разъяснению как клиентам, так и своим коллегам, что контрацепция – путь к здоровью женщины и ее потомства. Этим Вы способствуете выполнению основного права современных женщин – права на свободный выбор количества детей и методов профилактики незапланированной беременности.

Врачу акушеру-гинекологу необходимо тщательно проводить консультирование семейных пар с целью профилактики наступления незапланированной беременности, особенно тех супругов, у кого в анамнезе ИППП. Таким супружеским парам лучше рекомендовать определенные виды контрацепции.

К сожалению, редко проводится консультирование по вопросам контрацепции юношей. Однако, целесообразно, чтобы юноши владели знаниями о возможных методах контрацепции и могли воспользоваться правом выбора.

Главные качества, по которым оценивают контрацептивные методы – сочетание эффективности и безопасности

Естественно, идеальных методов контрацепции пока не существует, но возможен индивидуальный подбор. Об этих принципах нужно знать и помнить всегда. За основу взята необходимость использования того или иного метода, но с учетом состояния здоровья пациента выделены категории (их 4).

- 1. Состояние, при котором нет ограничений для использования метода контрацепции;
- 2. Состояние, при котором преимущество от использования метода в целом превосходит теоретический или доказанный риск;
- 3. Состояние, при котором теоретический или доказанный риск в целом превосходит преимущество от использования метода;
- 4. Состояние, которое представляет неприемлемый риск для здоровья во время использования данного метода контрацепции.

Обратите внимание на перечень методов контрацепции, представленных в «Медицинских критериях» 2004 года выпуска:

- КОК – комбинированные оральные контрацептивы
- Депо-препараты – длительного действия
- Гестагены – контрацептивы прогестагенового ряда
- Посткоитальная (экстренная) контрацепция
- ВМК (медьсодержащие и гормонсодержащие)
- Барьерные методы контрацепции (механические и химические)
- ДХС - добровольная хирургическая стерилизация
- Традиционные малоэффективные методы

Теперь следует рассмотреть каждый метод из существующих методов контрацепции применительно к подростковой и молодежной среде.

Презервативы имеют ряд важных преимуществ перед другими методами и средствами контрацепции. Барьерные методы являются единственными высоконадежными средствами защиты от инфекций, передаваемых половым путем. Кроме того, механические контрацептивы оказались эффективной мерой профилактики рака шейки матки, в развитии которого доказана роль вирусов папилломы человека. Достоинства барьерной контрацепции позволили рекомендовать ее в качестве обязательной меры безопасности при половых сношениях со случайными партнерами или при наличии нескольких партнеров. В этой связи необходимо отметить преимущество использования презервативов в сочетании с любым высокоэффективным средством контрацепции. Одним из вариантов подобного сочетания является так называемый «Двойной голландский» способ защиты сексуальных партнеров, который заключается в одновременном использовании презервативов и комбинированных оральных контрацептивов (КОК), что обеспечивает надежное предохранение женщины от нежелательной беременности и обоих партнеров от инфекций, передаваемых половым путем. Женские презервативы, влагалищные диафрагмы и шеечные колпачки почти не используются подростками, так как требуют определенного навыка и обращения к врачу в целях индивидуального подбора и обучения правилам их применения.

ВМС обеспечивают женщине высокую контрацептивную надежность. Однако их использование у подростков ограничено риском возникновения воспалительных заболеваний внутренних половых органов, дисменореи, высокой возможностью экспульсий ВМС. Кроме того, девочки-подростки редко имеют устойчивые, регулярные отношения с сексуальным партнером. Допустимо введение ВМС сроком на 5 лет юным женщинам, имевшим роды или аборт в анамнезе, живущим регулярной половой жизнью с постоянным партнером не менее 1 года и не имеющим воспалительных заболеваний влагалища и внутренних половых органов.

Гормональная контрацепция. Гормональные препараты можно рекомендовать использовать как экстренную меру предупреждения беременности, так и как постоянный высоконадежный способ контрацепции. Экстренная (посткоитальная, «аварийная», «пожарная») контрацепция показана при изнасиловании, незащищенном половом акте. Ее целесообразно использовать в случаях неправильного расчета фертильного периода, неудачного исхода прерванного сексуального акта, экспульсии ВМС, наличия сомнений в целостности, либо при смещении барьерного средства контрацепции.

Женщины должны знать, что у них есть возможность экстренной контрацепции. На сегодняшний день свод практических рекомендаций ВОЗ по применению средств контрацепции (2005) содержит информацию о том, что чем раньше после незащищенного полового акта применяется левоноргестрел или метод Юзпе, тем больше их эффективность. **Любые схемы и методы ЭК можно применять только в эксклюзивных ситуациях.** Информирование пользователей, в первую очередь подростков о том, что для подбора средства экстренной контрацепции лучше обратиться к врачу, оказывается важным моментом в разъяснении необходимости подбора метода регулярного предохранения от зачатия. Осмотр, дополненный необходимым обследованием, позволяет объективно оценить состояние женщины с учетом ее здоровья и результатов применения экстренной контрацепции. В этой связи использование постоянной гормональной контрацепции у девушек, выбравших или вовлеченных в активную сексуальную жизнь, но не желающих иметь беременность в ближайшие годы, должно восприниматься не избыточной и неоправданной нагрузкой на организм, а необходимой медицинской и социальной мерой сохранения репродуктивного здоровья подростка. Важно понимать, что любой из современных КОК эффективно подавляет овуляцию и может быть использован для защиты от беременности, в том числе сексуально активными подростками. Следует помнить то, что ВОЗ рекомендует расценивать гормональную контрацепцию как необходимую и наиболее приемлемую меру защиты от нежеланной беременности у сексуально активных подростков и молодых женщин. Девочек-подростков и молодых здоровых женщин следует относить к 1 категории пользователей комбинированных гормональных контрацептивов. Доказанным является факт отсутствия уменьшения числа девочек, принимающих КОК с подросткового периода, а также то, что большинство нарушений менструального цикла являются дополнительным показанием к использованию КОК.

Использование КОК позволяет иметь хорошее самочувствие вне зависимости от дней менструального цикла. У подростков, принимающих КОК, регулируется ритм менструаций, ослабляются или исчезают проявления предменструального синдрома и дисменореи, прекращаются овуляторные боли, уменьшается объем менструальной кровопотери, и, что не менее значимо для подростка, уменьшаются проявления юношеской гиперандрогении. Наиболее **приемлемой мерой постоянной гормональной контрацепции** у начинающих сексуально активных подростков Всемирной организацией здравоохранения и Международной ассоциацией детских и подростковых гинекологов **признаны комбинированные оральные контрацептивы**, содержащие минимальные дозы женских половых гормонов. Особенностью организма подростков являются, как правило, умеренная эстрогенная насыщенность, высокая чувствительность рецепторного аппарата органов-мишеней и относительный дефицит прогестерона. Поэтому подросткам более обосновано назначение в лечебных целях КОК с низким содержанием этинилэстрадиола и выраженными гестагенными свойствами. Преобладание ановуляторных или неполноценных овуляторных циклов с менархе до 14 лет не означает невозможности наступления беременности, которая у сексуально активной девочки-подростка чаще всего заканчивается абортом. Наличие 3-х регулярных менструаций свидетельствует о степени зрелости гипоталамо-гипофизарной оси, достаточной для обеспечения воспроизводства (1997). КОК могут назначаться без перерывов так долго, как существует потребность в защите от беременности. В процессе приема КОК в яичниках продолжают физиологические процессы

созревания фолликулов с сохранением наиболее генетически полноценных яйцеклеток до момента отмены препарата. Благодаря этому, применение КОК предотвращает риск потери беременности на ранних сроках и рождения детей с генетическими дефектами и врожденными пороками развития. Подростками, которые ведут подвижный образ жизни, высоко оценивается возможность программирования сроков менструации за счет уменьшения или исключения 7-дневных перерывов, что ни в коем случае не вредит их здоровью.

Важно, однако, помнить, что с одной стороны выбор всегда остается за пациентом, а с другой стороны – любая контрацепция у сексуально активных подростков лучше аборта, риска развития осложненной беременности, а также рождения нежеланных детей.

4.4 Шифры по МКБ – X

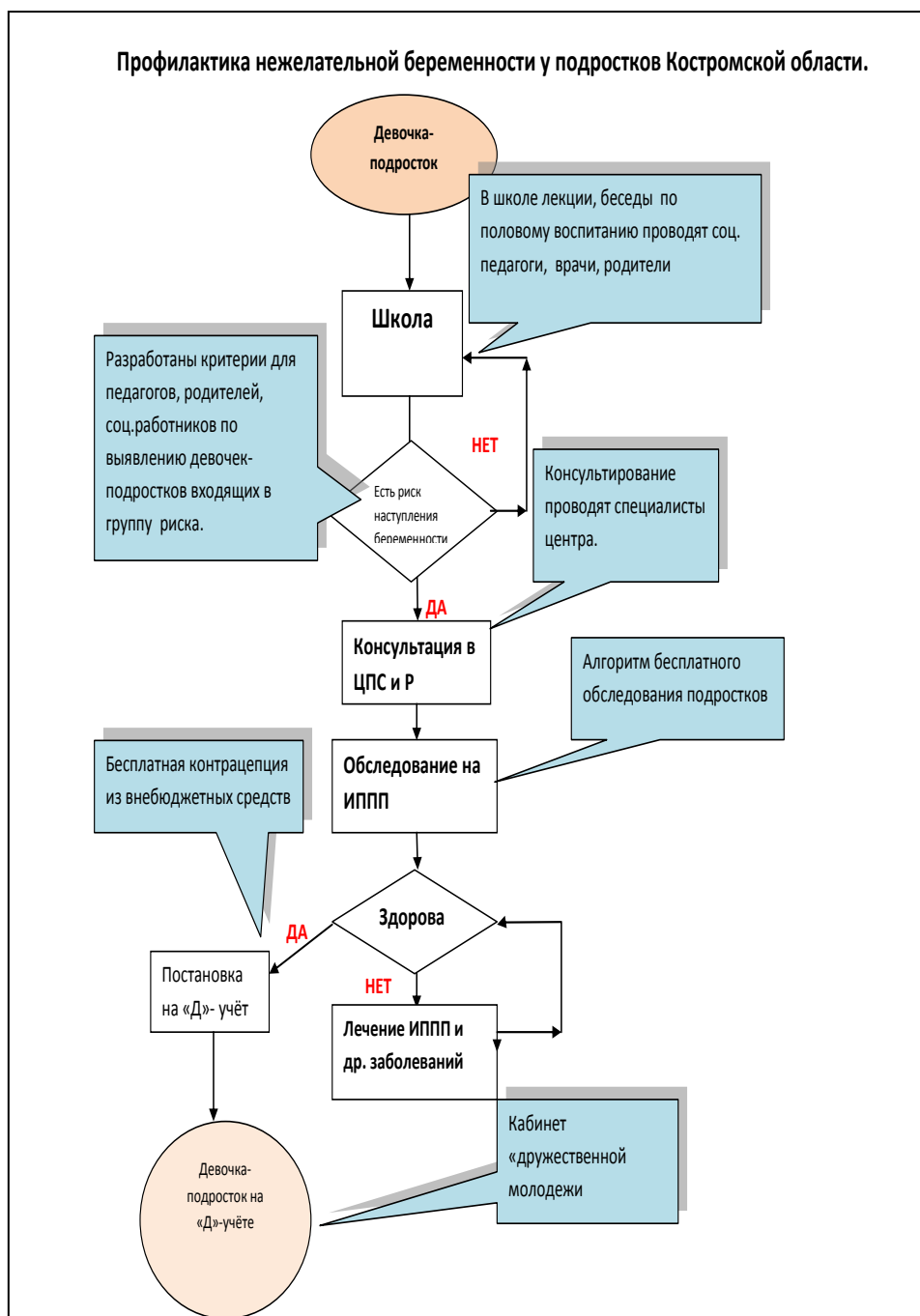
Диагноз	Коды
ИППП	
Папилломавирусная инфекция	B97.7, A63.0.
Генитальный герпес	A60
Вульвовагинальный кандидоз	B37, B37.3.
Бактериальный вагиноз	N89, N89.8
Урогенитальный трихомоноз	A59.0, A59.8
Урогенитальный хламидиоз	A56.
Урогенитальный микоплазмоз	A49.3, O98.3, Z11.3
Аборт	
Медицинский аборт	O 04.
Неудачная попытка аборта	O 07

5. СИСТЕМА ПРОФИЛАКТИКИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ИППП СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

5.1. Система профилактики нежелательной беременности и ИППП среди подростков

Схема, представленная ниже, описывает элементы интегрированной системы профилактики нежелательной беременности у подростков, и ее реализацию в Центре планирования семьи и репродукции Костромской области. Как видно, работа системы требует активного участия Центра планирования (или женской консультации, детской поликлиники, или другого ЛПУ), школ, родителей подростков, СМИ, и общества в целом.

Конечно, способ реализации каждой задачи будет зависеть от уровня помощи, ресурсов ЛПУ и конкретного сообщества. Однако, принципы «Клиники, дружелюбной к молодежи», описанные ниже, возможно применить практически в любом учреждении. Ниже приведены алгоритмы действия, характерные для данного процесса.



5.2. Задачи и способы их выполнения.

5.2.1 Первая задача: Принятие в ЛПУ принципов «Клиники, дружественной к молодежи»

Дополнительные источники информации и примеры материалов:

- Клиники, дружественные к молодежи: пособие для организатора, ЮНИСЕФ, 2002. (Приложение 10.9)
- Клиники, дружественные к молодежи: руководство для врачей и организаторов здравоохранения, СПБМАПО и ЮНИСЕФ, 2006. (Приложение 10.10)
- Приказ №65 от 10.12.2009г. «О совершенствовании мед.помощи подросткам по охране репродуктивного здоровья в ГУ ЦПС и Р Костромской области» о создании специализированного приема по охране репродуктивного здоровья подростков. (Приложение 10.11)

Целью сохранения репродуктивного здоровья и обеспечения благоприятных условий для социализации подростков и молодежи может служить создание Клиник, дружественных к молодёжи (или кабинета в составе женской консультации, детской поликлиники или на базе школы). Конкретные вопросы о создании такой клиники рассматриваются в задачах, описанных дальше.

Клиника, дружественная к молодежи – это учреждение, оказывающее комплексную медико-психолого-социальную помощь по проблемам сохранения здоровья, обусловленным спецификой подросткового возраста, на принципах добровольности, доступности, доброжелательности и доверия. Реализацией идеологии КДМ является оказание помощи подросткам и молодежи через понимание их проблем, совместный поиск путей изменения поведения, направленных на сохранение здоровья.

Отличия КДМ от других медицинских учреждений:

- КДМ оказывают более широкий спектр услуг, и в итоге обратившийся получает комплексную помощь (не только медицинскую, но и психологическую и социальную);
- в деятельности КДМ преобладает профилактическая направленность;
- КДМ обязательно реализует принципы добровольности, доступности, доброжелательности и доверия.

Характеристика основных принципов КДМ:

Доступность – подростки и молодые люди имеют реальную возможность получения услуг: простота процедуры обращения, выполнение гарантий бесплатной медицинской помощи или приемлемость ее цены, комплексность оказываемой помощи, возможность получить любую необходимую информацию, получение помощи, начиная с момента обращения.

Доброжелательность – максимально доброжелательное отношение со стороны персонала, основанное на понимании и принятии особенностей подростков, уважении, терпимости, соблюдении конфиденциальности и поддержке в выражении собственного мнения. Сотрудникам необходимо понимать и принимать стиль жизни молодежи.

Доверие – складывается из доброжелательного отношения персонала, соблюдения принципа конфиденциальности и уважения подростков как личностей.

Добровольность – мотивация молодого человека к самостоятельному осознанному обращению к врачу не только в связи с заболеванием, но и с профилактической целью, а также проявление доброй воли в выборе услуг и следовании рекомендациям сотрудника КДМ. Важнейший критерий добровольности – количество повторных посещений учреждения по собственной инициативе.

В задачи КДМ входят оказание высококвалифицированной медицинской и психологической помощи подросткам в сфере репродуктивного здоровья: обучение вопросам профилактики

нежелательной беременности, инфекций, передающихся половым путем, ВИЧ-инфекции, а также пропаганда здорового образа жизни и ответственного поведения молодежи по отношению к своему репродуктивному здоровью.

Кто может обратиться в КДМ? Юноши и девушки от 15 до 24 лет, которые хотят получить помощь либо консультацию по вопросам репродуктивного здоровья. В КДМ могут обратиться не только те люди, которым необходимо лечение, но и те, кому нужна информация по вопросам репродуктивного здоровья, половых отношений, либо консультация психолога:

- оказываемая помощь рассчитана на здоровых и больных людей;
- применяется «модель сотрудничества» - решение принимается с участием обратившегося;
- важной частью работы КДМ являются образовательные программы: «ровесник - ровеснику» (по принципу «равный – равному») - содействуют распространению знаний о здоровом образе жизни и необходимых для этого жизненных навыках; «молодежь о молодежи» - образовательные программы для специалистов, работающих с молодежью (педагогов, медицинских и социальных работников).

КДМ сотрудничает с учреждениями образования, социальной защиты, правоохранительными органами, центрами досуга, и др.

5.2.2 Вторая задача: Подготовка и повышение квалификации персонала

5.2.2.1. Тренинг для медицинских работников о принципах консультирования подростков

С целью распространения знаний по вопросам консультирования подростков среди медицинских работников необходимо сформировать команду тренеров. С целью усовершенствования навыков консультирования пациентов по вопросам репродуктивного здоровья и индивидуального подбора методов контрацепции команда тренеров должна пройти тематический тренинг. Тренинг представляет научно-обоснованную информацию о репродуктивном здоровье и контрацепции, и также обучает специалистов как:

- относиться к подросткам (как и ко всем пациентам) доброжелательно, без осуждения;
- обеспечить приватность и конфиденциальность беседы;
- представлять информацию живо, в интерактивной форме, вовлекая в общение молодых клиентов.

Для ЛПУ, участвующих в реализации проекта «Улучшения помощи мамам и малышам», проект представляет тренинг на базе программы, разработанной Фондом «Здоровая Россия» и Центром Кулакова, «Новые подходы к улучшению качества репродуктивного здоровья населения». План и материалы тренинга описаны в разделе 7, «Необходимые ресурсы» приведены ниже. Обученным тренерам необходимо разработать план тренинга для сотрудников региона и/или ЛПУ. Тренинги можно организовать разными способами, в многодневных семинарах, раз в месяц, и по разным срокам и количеству часов. Чрезвычайно важно включить в план тренинга практики консультирования.

Навыки консультирования необходимо прививать не только врачам, но и среднему медицинскому персоналу, который будет принимать участие в предоставлении информационных услуг пациентам. С целью передачи полученной информации среди медицинских работников других районов, целесообразно проводить выездные межобластные тренинги. План выездных семинаров согласовывается с главным акушером-гинекологом области и утверждается Департаментом здравоохранения.

Социальные вопросы, связанные с репродуктивным здоровьем, невозможно решить через образование и консультирование исключительно девушек; важно также иметь путь к консультированию, осмотру и лечению юношей. Для этого целесообразно привлечь к работе

уролога-андролога, которого в многих ЛПУ, заинтересованных в организации КДМ, нет. Для этого возможно привлекать к работе: хирургов, терапевтов, педиатров и подростковых врачей.

5.2.2.2. Клубы волонтеров

Одним из важных этапов в реализации программы по репродуктивному здоровью является непосредственное участие молодежи. С этой целью, при КДМ могут работать Клубы волонтеров. В роли волонтеров выступают ученики школ, Домов-интернатов, Детских домов, студенты колледжей и вузов города. Они занимаются общественно-полезной деятельностью: ведут семинары, кружки и секции при КДМ, участвуют в акциях, организуемых КДМ, и т.д. Очень важно обучить этих волонтеров-подростков консультированию своих сверстников. Клубы волонтеров позволяют привлекать молодежных лидеров к разработке и реализации программ. Рекомендуется проведение «Школ добровольцев», работающих в области пропаганды здорового образа жизни.

В ходе семинаров основное внимание должно сосредотачиваться на приобретении волонтерами – лидерами практических умений по передаче своим сверстникам информации, связанной с охраной репродуктивного здоровья подростков и молодежи.

Действия

- Формирование команды тренеров;
- Участие тренеров в тренинге для тренеров;
- Определение списка ЛПУ и специалистов, нуждающихся в тренинге;
- Разработка тренерами плана тренинга для ЛПУ или региона;
- Подготовка и издательство необходимых материалов тренинга;
- Проведение тренинга;
- Закрепить за клиникой либо уролога либо дерматовенеролога для работы с юношами;
- Формирование клуба волонтеров;
- Планирование мероприятий для тренинга волонтеров;
- Проведение регулярных мероприятий для тренинга волонтеров.

Возможные микроиндикаторы:

- Число медработников, прошедших тренинг по консультированию по вопросам репродуктивного здоровья;
- Доля подходящих медработников, прошедших тренинг по консультированию по вопросам репродуктивного здоровья;
- Средние оценки медработников за тест, проводившийся после тренинга;
- Наличие уролога-андролога в клинике;
- Количество волонтеров в клинике;
- Количество мероприятий, проведенных с участием волонтеров.

Дополнительные источники информации и примеры материалов:

- Приказ ДЗ Костромской области № 26а от 22.03.2010г «О проведении обучающих семинаров» (Приложение 10.49)
- Руководство для участника обучения по теме: «Новые подходы к улучшению качества репродуктивного здоровья населения», ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова Росмедтехнологии», Фонд «Здоровая Россия» (Приложение 10.1)
- Слайды для тренеров курса «Новый подход к консультированию по планированию семьи и репродуктивному здоровью населения», фонд «Здоровая Россия»(Приложение 10.46)
- Презентация: «МЕТОДОЛОГИЯ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПО ВОПРОСАМ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОДБОРА МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ», д.м.н., профессор, Уварова Е.В. (Приложение 10.48)
- Технология подготовки волонтеров, Каталова М.А., психолог центра планирования семьи и репродукции, Ивановский НИИ материнства и детства им.В.Н.Городкова (Приложение 10.51.)

5.2.3 Третья задача: Повышение уровня знаний подростков о проблеме

Хороший план повышения уровня знаний подростков, и также родителей и сообщества в целом, о проблеме репродуктивного здоровья, требует сочетания разных путей и средств информации, которые могут привлечь внимание и вызвать интерес различных групп, включая школьников, учащихся ПТУ лицеев, организованных и неорганизованных подростков. В контексте данного проекта средствам массовой информации отводится значительная роль в деле информирования подростков и молодежи в области репродуктивного здоровья и формирования ответственного отцовства и материнства.

Средства массовой информации могут и должны сыграть роль не только «возмутителя спокойствия», но и придать общественной дискуссии рациональный и квалифицированный характер.

Социально ориентированные информационные кампании не только информируют молодых людей о том, как сохранить и укрепить здоровье, но и побуждают их к этому, «продвигая» определенные модели поведения и полезные привычки путем их «выстраивания» в привлекательный, стильный, престижный образ жизни.

Для привлечения внимания населения к вопросам, связанным со здоровьем, с успехом может использоваться т.н. развлекательно-образовательный подход. Упрощенно его можно представить следующим образом: человек, наблюдая за интересными ему людьми (бизнеса, политики), подражая им, выстраивает модель своего собственного поведения. Глянцевые журналы, издаваемые в регионах, отражают многие аспекты жизни известных людей, но, также, могут и пропагандировать здоровый образ жизни, семейные ценности на их примерах.

Перед киносеансами, особенно молодёжными, целесообразна демонстрация роликов социальной видеорекламы, раздача буклетов на различные темы, касающиеся здоровья, одновременно с продажей билетов, проведение радио- и телепередач для молодёжи с интерактивным обсуждением, например, в форме игры с привлечением специалистов разных дисциплин.

Подростково-молодежная аудитория является одним из основных пользователей сети Интернет. Это огромное информационное поле, которое можно широко использовать для формирования навыков здорового образа жизни.

5.2.3.1 Проведение образовательных лекций в школах.

Дополнительные источники информации и примеры материалов:

- Приложение 10.12 Цикл лекций для подростков от Центра планирования семьи и репродукции Костромской области.
- Приложение 10.13 Методические рекомендации по профилактике искусственного прерывания беременности в подростковой среде, Вялицын Геннадий Владимирович, МУЗ «Шарьинская ЦРБ им. Каверина В.Ф.»
- Приложение 10.14 Анализ тест-карт для выявления репродуктивной установки подростков, Центр планирования семьи и репродукции Костромской области.
- Приложение 10.27 Репродуктивная система – иллюстрации (наглядные материалы для лекции). *Заменить пояснения к плакатам с английского на русский язык.*
- Приложение 10.28 Приказ об утверждении тематики лекций на 2010 год в общеобразовательных учреждениях г. Шарья, 13 мая 2010 г.

Школы являются хорошей базой для просветительской работы по охране здоровья с предполагаемым привлечением врачей для участия в этой работе. Такие лекции могут проводиться совместно с регулярными ежегодными медицинскими осмотрами или отдельно. Лекции можно также проводить в клинике, при наличии конференц-зала или иного помещения. Для проведения просветительской работы с молодёжью и подростками, обучения персонала, медицинских сотрудников образовательных учреждений, педагогов, социальных работников необходимо приобретение видеоаппаратуры и видеоматериалов на соответствующие темы. Целесообразно открытие видеолектория с подобранной целевой видеокартотекой. Возможна демонстрация тематических видеороликов и видеоклипов на установленном проекторе в коридорах КДМ, Молодежных Центрах, Молодежных консультациях.

Действия:

- Определить круг школ для проведения лекций;
- Провести опрос детей по информированности в вопросах репродуктивного здоровья;
- Разработать план лекций по темам и датам;
- Согласовать план лекций с главным врачом;
- Согласовать с экспертами содержание лекций;
- Написать или выбрать и отредактировать текст лекций;
- Приобрести или обеспечить оборудованием;
- Подготовить слайды и материалы;
- Утвердить план в департаменте образования;
- Проводить активную работу со школьными психологами, социальными педагогами;
- Проинформировать совет родителей о лекциях;
- Читать цикл лекций регулярно, по плану.

Результат: охват подростков лекциями составил ____ процентов

Возможные микроиндикаторы:

- Число учебных заведений, где были проведены лекции и семинары персоналом ЛПУ по вопросам профилактики нежелательной беременности и ИППП для подростков 14-18 лет за отчетный период (Индикатор **Я-А-04-1**)
- Число лекций, проведенных в учебных заведениях по вопросам профилактики нежелательной беременности и ИППП для подростков 14-17 лет за отчетный период (Индикатор **Я-А-04-10**)

5.2.3.2 Разработка и распространение памяток для подростков по проблеме

Информационные материалы могут выполнять 4 функции:

- Повышение общего знания читателя;
- Информированность читателя о продукте (например, бренд контрацептивов);
- Привлечение клиента в клинику;
- Информированность участника о мероприятии.

Существует множество подготовленных материалов для подростков, в том числе фармацевтическими компаниями. РОО «Взгляд в будущее», информационный партнер ЮНИСЕФ в Санкт-Петербурге, специализируется на подготовке информационных материалов о здоровье в привлекательной для подростков форме. Материалы доступны на сайте <http://www.vvb.spb.ru/>, возможен также заказ материалов. На этом сайте есть также видеоролики, возможно создать свои.

Необходимо тщательно оценить правильность, полноценность и приемлимость информации, содержащейся в материалах. Если целью подготовленных материалов является

привлечение клиентов в клинику, необходимо обязательно включить достоверную контактную информацию и часы работы.

Дополнительные источники информации и примеры материалов:

- Приложение 10.15 О тебе: изменения. Буклет для девочек 12 -13 лет
- Приложение 10.16 О тебе: изменения. Буклет для мальчиков 12 -13 лет
- Приложение 10.17 Советы молодоженам, Центр планирования семьи и репродукции Костромской области.
- Приложение 10.25 ИППП/ВИЧ – брошюра. *(Убрать адреса)*
- Приложение 10.42 «Как изменяется твоё тело» – брошюра для школьников
- Приложение 10.43 «Начни с начала» – буклет
- Приложение 10.44 Брошюра о гормональных контрацептивах: «О некоторых важных проблемах вслух – для женщин». *Убрать адреса.*
- Приложение 10.45. Противозачаточное средство на крайний случай – брошюра. *Убрать адреса и фразу о том, что таблетки экстренной контрацепции отпускаются по рецепту врача.*

Действия:

- Выбор тем для разработки памяток, на основе знаний подростков и ваших приоритетов
- Собрать и просмотреть подготовленные материалы из разных источников, определить, насколько они соответствуют вашим нуждам
- Подготовить новые научно-обоснованные материалы, желательно с комментариями подростков-волонтеров и экспертов
- Для каждого материала подготовить план раздачи или предоставления информации: например, в школах
- Распечатать/размножить необходимое количество материалов
- Распространить памятки среди целевой группы

Результат: охват подростков памятками составил ___ процентов

Возможные микроиндикаторы:

- Число распространенных материалов по вопросам профилактики нежелательной беременности и ИППП для подростков 14-17 лет за отчетный период
(Индикатор Я-А-04-2)
- Число подростков, которые пришли на прием, опираясь на информацию в памятке, число разработанных памяток

5.2.3.3 Подготовка информационных стендов для размещения в женской консультации (или другом месте нахождения КДМ):

Наглядная информация, размещённая на стендах в женской консультации должна содержать материал:

- о профилактике ИППП/ВИЧ;
- о последствиях аборта;
- о различных методах контрацепции;
- побуждающий женщину к сохранению нежелательной беременности.

Дополнительные источники информации и примеры материалов:

- Приложение 10.18 ВМС, Фонд «Здоровая Россия»
- Приложение 10.19 Комбинированные оральные контрацептивы, Фонд «Здоровая Россия»
- Приложение 10.20 Метод лактационной аменореи, Фонд «Здоровая Россия»
- Приложение 10.21 Презерватив, Фонд «Здоровая Россия»
- Приложение 10.22 Консультирование по вопросам планирования семьи после аборта, Фонд «Здоровая Россия»
- Приложение 10.23 Послеродовое консультирование по планированию семьи, Фонд «Здоровая Россия»

Для выше перечисленных материалов, желательно увеличить имеющийся размер этих материалов (формат А4) для лучшей визуализации при использовании их на стендах.

- Приложение 10.24а Внутриутробное развитие человека (плакат)
- Приложение 10.24б Внутриутробное развитие человека (файл для типографии).
- Приложение 10.25 ИППП/ВИЧ – брошюра (*увеличить до размера стенда*)
- Приложение 10.26, Полезная информация по венерическим заболеваниям, (*заменить фразу «предохранение от беременности» на «предохранение от нежеланной беременности».*)
- Приложение 10.27 Репродуктивная система – иллюстрации (*Каждый слайд распечатать в виде плаката; Заменить пояснения к плакатам с английского на русский язык*)
- Полезную информацию можно получить на сайте РОО «Взгляд в будущее» <http://www.vvb.spb.ru/>

Материал о методах контрацепции, подготовленный Фондом «Здоровая Россия» и представленный в приложении, возможно изготовить самостоятельно, без использования типографских технологий. Плакаты «Внутриутробное развитие человека» могут быть использованы для иллюстрации во время преабортного консультирования и попыток убедить женщину сохранить беременность. Изготовление стендов также можно поручить торговым организациям с базовой рекламой их товара и необходимым для ЛПУ текстом. Интересным решением является установка в вестибюле ЛПУ «сундучка пожеланий», куда в письменной анонимной форме подростки могут положить свои вопросы и пожелания. Возможно, организация целого «уголка пациента», украшенного сказочными персонажами и игрушками.

Действия:

- Выбор тем для разработки плакатов и других материалов на основе знаний подростков и ваших приоритетов;
- Собрать и просмотреть подготовленные материалы из разных источников, определить, насколько они соответствуют вашим нуждам;
- Подготовить новые научно-обоснованные материалы, желательно с комментариями подростков-волонтеров и экспертов;
- Дизайн стендов;
- Размещение стендов и плакатов в удобном и хорошо видимом месте в ЛПУ.

Результат: Информационный материал видели ___ процентов посетителей клиники

Микроиндикаторы:

- Наличие стенда с материалами по вопросам профилактики нежелательной беременности и ИППП для подростков 14-17 лет в ЦПС в отчетном периоде (Индикатор **Я-А-04-3**).
- Наличие плакатов по профилактике ИППП, размещенных в зонах ожидания приема в пилотном ЛПУ в отчетный период (Индикатор **Я-А-04-7**).

5.2.3.4 Публикации статей и передачи по данной теме в СМИ

Как описано выше, важно изменить направленность в публикациях СМИ в сторону расширения информации о репродуктивном здоровье и о последствиях нерационального репродуктивного поведения. Примером такой работы являются статьи в местных изданиях (газетах), с которыми могут сотрудничать доктора Центров планирования семьи и городских поликлиник.

Дополнительные источники информации и примеры материалов:

- Приложение 10-26. «Кто подумает о репродуктивном здоровье школьника», Наталья Мирская, <http://zdd.1september.ru/2005/03/11.htm>
- Приложение 10-27. «Подростковая контрацепция», В.Ф. Коколин «Практика педиатра», октябрь 2008, с. 12-16
- Примеры хороших веб-сайтов, с информацией о репродуктивном здоровье подростков:
 - <http://teen-info.ru/>, подготовлено Консультативно-диагностическим центром "Ювента" в Санкт-Петербурге,
 - <http://www.zdoroviedevochki.ru/>, от Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова
- Как пример веб-сайта КДМ, который дает информации о службах и предоставленной помощи, можно посмотреть сайт Ювенты: <http://juventa-spb.info/>

Уровень работы СМИ будет зависеть от выполнения поставленных задач:

- Газеты – для районных команд;
- «Глянцевые» журналы – для областной команды;
- Ролики социальной видеорекламы – для всех;
- Радио- и телепередачи – для областной команды;
- Интернет – для областной команды;

В зависимости от способностей местных газет, телевидения и т.д. и собственных ресурсов, ЛПУ может подготовить материалы для прямой публикации в СМИ, такие как краткие видеоролики или статьи. Вы также можете познакомиться и находиться в постоянной связи с местными журналистами, которые заинтересованы в новостях о здоровье, и об акциях для подростков (описаны в разделе 5.2.3.5). Существуют большие возможности для создания веб-сайтов с целью передачи информации, что, однако, требует искушенности и определенного уровня технической грамотности. Сегодня существует множество общих сайтов, которые способствуют созданию веб-страниц других организаций.

Действия:

- Установить контакты со СМИ, узнать о заинтересованности и возможностях публикации информации;
- Составить план действий совместно со СМИ;
- Подготовить статьи, ролики и др. для публикации;
- Подготовить и разослать пресс-релизы о запланированных акциях, событиях;
- Сбирать все опубликованные статьи;
- Сделать подборку статей для публикаций, договориться с рядом журналов, газет и д.т., передать материал для публикации.

Результат: чтение статей среди подростков и родителей составил ___ процент(ов).

Микроиндикатор:

- Число статей и передач в СМИ за отчетный период, позволяющих подросткам 14-17 лет получить необходимую информацию по вопросам профилактики нежелательной беременности и ИППП (Индикаторы **Я-А-04-4**).

5.2.3.5 Проведение тематических акций для подростков

Целесообразным является обращение работников ЛПУ в Комитет по делам молодёжи, который может инициировать и проводить специальные пропагандистские и информационные мероприятия:

- проведение семинаров, тренингов, круглых столов по вопросам сохранения репродуктивного здоровья и пропаганде здорового образа жизни;
- тематические дискотеки, посвященные здоровому образу жизни, профилактике ВИЧ/СПИДа, наркомании и т.д. с проведением конкурсов на площадках ночных клубов;
- массовые акции на городских площадках на День города, День молодежи и др., загородные детские летние лагеря с участием творческих коллективов, команд КВН;
- участие в конференциях различного уровня по проблемам социально-демографической ситуации, пропаганды здорового образа жизни, формирования ответственного отношения молодежи к собственному здоровью;
- литературные конкурсы (сказки, рассказы, стихи, комиксы) для привлечения внимания к охране репродуктивного здоровья и популяризации здорового образа жизни среди молодежи.

КДМ могут проводить работу по организации и проведению массовых мероприятий, которые связаны с днями, обозначенными ВОЗ:

- День борьбы с наркотиками - 1 марта;
- Всемирный День борьбы с туберкулезом - 24 марта;
- Всемирный День здоровья - 7 апреля;
- Всемирный День борьбы с курением - 31 мая;
- День защиты детей - 1 июня;
- День пожилого человека - 1 октября;
- День отказа от курения - 3-й четверг ноября;
- Всемирный День борьбы со СПИД - 1 декабря;
- Международный день инвалидов - 3 декабря.

Действия:

- установить взаимодействие с различными организациями для планирования и подготовки акций;
- составить программу акций и связанных с ними мероприятий;
- составить график мероприятий;
- определить специалистов, которые будут участвовать;
- подготовить необходимые материалы;
- проводить акции.

Результат: участие подростков в акциях составило ____ процент(ов).

Возможные микроиндикаторы:

- число проведенных акций
- число подростков, принимавших в них участие
- число подростков, принимавших в них участие и пришедших затем на прием

5.2.3.6 Телефон доверия

В интересах непрерывной консультации целесообразно ввести возможность консультирования по телефону или электронной почте (e-mail) для разрешения небольших проблем (например, вопросы, возникающие при использовании противозачаточных таблеток). Целесообразна организация «телефона доверия», по которому подросток смог бы получить необходимую для себя информацию или консультативную помощь специалиста.

Телефон доверия можно организовать на базе стационарного телефона ЛПУ, ЦПС с выделением вечернего времени работы, после окончания основного приема пациенток. Возможно использование мобильной связи, с оплатой из средств хозрасчетных услуг.

Действия:

- Разработать план и часы работы телефона доверия;
- Подготовить тексты и сценарии для сотрудников, отвечающих на вопросы;
- Найти помещение и выделить линию телефона;
- Выделить необходимый персонал;
- Подготовить и распределить информационный материал о работе телефона доверия;
- Открыть линию.

Результат: охват подростков, получивших ответы на вопросы, составил ___ процент(ов).

Возможные микроиндикаторы:

- Число звонков в телефон доверия по типам

5.2.4 Четвертая задача: Развитие коммуникации, работа с обществом

Отечественный и международный опыт свидетельствует о том, что программы охраны репродуктивного здоровья молодежи успешны там, где проводятся целенаправленные интенсивные мероприятия, выходящие за рамки системы здравоохранения и вовлекающие различные структуры общества.

Общественные группы, заинтересованные в жизни молодежи, могут быть включены в состав команды по профилактике нежелательных беременностей и ИППП среди подростков, с планированием совместной деятельности. Они способствуют повышению уровня информированности общества по вопросам охраны здоровья подростков. КДМ сотрудничает с учреждениями образования, социальной защиты, правоохранительными органами, центрами досуга и др., включая, особенно:

5.2.4.1. Школы. Для налаживания контакта с учителями необходимо, включить педагогов в состав команды; провести среди них анкетирование; обеспечить необходимой литературой по репродуктивному здоровью и вопросником для выявления социально-неблагополучных детей-подростков; привлекать в проведение молодежных акций, дискотек и форумов; бесед и лекций с подростками по репродуктивному здоровью. Очень важно включить в ежегодные медицинские осмотры в школе осмотр и консультирование девочек гинекологом. При возможности консультирования, КДМ проводит активную работу со школьными психологами, социальными педагогами, родителями, участвует в изучении уровня информированности школьных психологов и социальных педагогов по вопросам репродуктивного здоровья подростков и молодежи, спектра проблем, с которыми они сталкиваются в этой сфере, а также их готовности к корректировке поведения подростков и их родителей. Разработка методических материалов в помощь школьным психологам и социальным работникам для проведения просветительской работы среди подростков и их родителей по вопросам репродуктивного здоровья также находится в сфере деятельности КДМ. В школах предпочтительнее проводить лекции и беседы по вопросам личной гигиены, здорового

образа жизни, особенностях подросткового периода, что волнует мальчиков, что волнует девочек.

- 5.2.4.2. Родители.** Поскольку роль семьи в половом воспитании, привитии ребенку различных навыков незаменима, то родители, безусловно, должны сами владеть необходимыми знаниями в данной области. Очень важно образовать родителей, а также получить их поддержку при проведении мероприятий в школах. Для этого рекомендуются выступления на родительских собраниях в школах, гимназиях и училищах, организация работы с советами родителей школ. На родительских собраниях необходимо познакомить родителей с проблемой репродуктивного здоровья подростков в регионе, области, школе, классе. Целесообразно провести беседу с родителями на тему: «Практические указания по половому воспитанию вашего ребенка».
- 5.2.4.3. Департамент образования региона или города.** Примером взаимодействия с департаментом образования является обращение представителя администрации ЛПУ к начальнику отдела образования администрации городского округа, в котором представлены темы и план лекций для общеобразовательных учреждений города на учебный год, с указанием ответственного лектора. На основе данного обращения начальником отдела образования администрации округа издается приказ о проведении тематических лекций. Для составления обращения к начальнику отдела образования, предварительно рассылаются официальные письма во все учебные учреждения района. В письмах содержится приглашение школьников и студентов посетить Молодежный Центр или КДМ, с указанием времени работы врачей, телефоны записи в видеолекторий. Лидер команды лично встречается с директорами школ и учителями, знакомит их с существующими проблемами в области, разрабатывает план совместной работы. Составленные планы совместной работы с учебными учреждениями, затем утверждаются Департаментом Образования. Было бы целесообразно сотрудничать с ними для разработки программы полового образования для учеников средней школы.
- 5.2.4.4. Департамент молодежной политики и спорта.** Например, «Акция против абортов» была проведена в г.Шарья Костромской области с участием врача акушера-гинеколога, специалиста отдела молодежной политики и спорта администрации г.Шарья, волонтеров из отдела молодежной политики и спорта и представителей православной церкви.
- 5.2.4.5. Колледжи и др. ВУЗы.** В данных учреждениях обучаются студенты групп высокого риска. Эти молодые люди, приезжая на учебу, лишаются родительского контроля, имеют массу свободного времени, получают доступ к спиртным напиткам, сигаретам, наркотикам. В данных заведениях необходимо ввести занятия по вопросам здорового образа жизни и репродуктивному здоровью. Можно проводить мероприятия и раздавать материалы в общежитиях. Также можно использовать ресурсы профильных ВУЗов, прежде всего педагогических и медицинских, для привлечения большего числа молодежи к движению за здоровый образ жизни, особенно с помощью групп волонтеров.
- 5.2.4.6. Церковь.** Поскольку вопросы репродуктивного здоровья затрагивают не только физическое, психическое, но и социальное благополучие, актуальным является решение задач по укреплению института семьи, возрождению и сохранению духовно-нравственных традиций семейных отношений. В связи с этим необходимо развитие системы консультативной и психологической поддержки семьи в целях создания благоприятного внутрисемейного климата, профилактики семейного неблагополучия, социальной реабилитации семей и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. В реализации комплекса мер по дальнейшему снижению числа абортов, повышении обязательств родителей по обеспечению надлежащего уровня жизни и развития ребенка эффективным является **взаимодействие ЛПУ с представителями духовенства.**

В качестве примера в приложении представлено письмо Центра планирования семьи и репродукции Костромской области Архиепископу Костромскому и Галичскому, с просьбой разрешить и дать благословение на посещение служителем Епархии Центра планирования семьи и репродукции для совместного проведения мероприятий по профилактике аборт. Представители Православной Церкви активно предлагают помощь в работе с молодежью: проведение ознакомительных бесед для учащихся 9-11 классов «О семейных ценностях», семинарских занятий и лекций для учащихся колледжей и техникумов на предмет «Основы православной культуры». Для осуществления взаимного сотрудничества предлагается создание кабинетов духовно-нравственного воспитания. Целесообразность создания таких кабинетов выясняется на основе анализа мнения родителей.

Дополнительные источники информации и примеры материалов:

- Приложение 10.28 Приказ об утверждении тематики лекции на 2010 год в общеобразовательных учреждениях г. Шарья, 13 мая 2010 г.
- Приложение 10.29 Половое воспитание подростков в семье - рекомендации родителям
- Приложение 10.31. Письмо от ЦПС в епархию.
- Приложение 10.32 Результаты рабочей встречи от 6 сентября 2010 г с представителями Православной церкви
- Приложение 10.34 Анкета для педагогов, соцработников по выявлению девочек-подростков высокого риска раннего начала половой жизни.
- Приложение 10.35 Анкета изучения поведения, связанного с риском для здоровья среди молодежи
- Приложение 10.50 Текст лекций для выступлений на родительском собрании, для бесед с родителями в материалах команд по "репродуктивному здоровью подростков"

Действия:

- Определить полезные для сотрудничества группы в сообществе;
- Установить контакт с данными группами, организовать встречи для обсуждения возможности сотрудничества;
- Заключить договоры о сотрудничестве;
- Включить членов данных групп в команду улучшения;
- Составить совместные планы действий;

Результат: Поддержка цели «Профилактика нежелательных беременностей и ИППП среди подростков» в сообществе.

Возможные микроиндикаторы:

- Число договоров/писем с группами в сообществе;
- Процент опрошенного населения, поддерживающего образование/информирование о репродуктивном здоровье для подростков.

5.2.5 Пятая задача: Реорганизация приема для подростков

5.2.5.1 Организация для подростков точек «низкопорогового доступа»

Идея создания КДМ не является ноу-хау для нашей страны. Прототипами КДМ можно назвать подростковые кабинеты, существующие во взрослых поликлиниках. КДМ возможно организовать на базе городской поликлиники, диагностического центра или любой другой организации. В принципе, минимальным условием для открытия центра является наличие кабинетов: акушера-гинеколога, уролога-андролога, дерматовенеролога и психолога, оборудованных в соответствии с нормативными требованиями, или учебной комнаты. Социальные работники так же могут оказать существенную помощь. Однако, в отсутствие вышеперечисленного, эти функции может выполнять кабинет в составе женской консультации,

детской поликлиники или на базе школы. Для осуществления просветительской работы среди подростков необходимо привлечение уролога (возможно хирурга) для мужской части аудитории. В тех ЛПУ, где отсутствуют подобные специалисты, лекции для мальчиков должны проводить педиатры.

Действия:

- вовлекать подростков в планирование работы службы, чтобы понять, чего они хотят и в чем нуждаются;
- выделить отдельный вход и/или комнату для подростков в учреждении здравоохранения, чтобы они не беспокоились о том, что их могут увидеть взрослые члены семьи;
- обслуживать подростков в те часы, когда они могут прийти;
- организовать персонал и их часы работы;
- создать центр для подростков, где существуют разнообразные занятия и услуги, привлекательные для молодых людей
- обеспечить наличие информационных материалов, разработанных и собранных под задачей 5.2.3.2 выше, организовать их в кабинете, учитывающем особенности подростков;

Результат: Услуги клиники/кабинета доступны ___ процент(ам) подростков.

Индикаторы и возможные микроиндикаторы

- Число точек "низкопорогового доступа" для подростков на территории района (**Индикатор А-01**);
- Число визитов девушек в клинику на данной неделе;
- Число визитов юношей в клинику на данной неделе;
- Число девушек до 17 лет, обратившихся в учреждение с "низкопороговым доступом" в пилотных ЛПУ за отчетный месяц впервые в отчетном году (**Индикатор А-02-1**);
- Число юношей до 17 лет, обратившихся в учреждение с "низкопороговым доступом" в пилотных ЛПУ за отчетный месяц впервые в отчетном году (**Индикатор А-02-2**);

5.2.5.2 Внедрение эпикриза на подростка для направления ее/его от детской поликлиники в КДМ

Поскольку обычно легче организовать КДМ на базе Центров планирования семьи или женской консультации, чем на базе детской поликлиники, полезно иметь стандартную форму для направления подростка, который прошел первый осмотр в детской поликлинике, в КДМ. Вследствие этого будет налажена связь между детской поликлиникой и ЖК. (В ЦРБ Шарья, Костромская область, эпикриз был разработан для передачи подростков от детского или подросткового гинеколога из детской поликлиники или КДМ во взрослую сеть, т.е. в женскую консультацию для создания диспансерной группы.)

Дополнительные источники информации и примеры материалов:

- Приложение 10.47 Эпикриз на девушку-подростка г.Шарья

Действия:

- подготовка макета эпикриза на подростка;
- печать и распространение необходимого количества экземпляров;
- ознакомление персонала детской поликлиники с работой КДМ и оформлением эпикриза;
- вклеивание в карту в КДМ.

Результат: Услуги клиники/кабинета доступны ___ процентам подростков, прошедшим осмотр в детской поликлинике.

Возможные микроиндикаторы:

- Число подростков, направленных от детской поликлиники в КДМ с помощью эпикриза на данной неделе;
- Число врачей в детской поликлинике, заполняющих эпикриз.

5.2.5.3 Внедрение осмотра подростков акушером-гинекологом во время профилактических осмотров в школах

Очень важно включить в ежегодные медицинские осмотры в школе осмотр и консультирование девочек гинекологом. Желательно раздать информационные материалы с интересующими темами для детей. При возникновении вопросов или необходимости лечения можно пригласить ученика в клинику. Для этого консультант выдает подростку направление на прием к врачу и приглашает с родителями на консультацию, для углубленного обследования. По возможности также желательно организовать консультирование мальчиков по репродуктивному здоровью. Обычно эти осмотры организуются осенью. Однако, если процесс планирования КДМ начинается после начала учебного года, можно предложить школам дополнительный осмотр весной. Для организации данных процессов необходимо консультироваться с департаментом образования, сотрудниками школ и родителями, как описано в задаче 5.2.4 выше.

Дополнительные источники информации и примеры материалов:

- Приложение 10.30: План профилактических осмотров девочек образовательных учреждений г.Шарья

Действия:

- Консультации с отделением ЛПУ при проведении осмотров;
- Консультации со школами;
- Выделение обученных гинекологов для проведения осмотров в школах;
- Составление плана осмотров;
- Одобрение плана осмотров департаментом образования;
- Проведение осмотров.

Результат: охват девушек-подростков профилактическими осмотрами и консультированием гинекологом составляет ___ процент(ов).

Микроиндикатор:

- Доля девушек-подростков 14-17 лет, осмотренных в общеобразовательных школах района с обсуждением вопросов профилактики беременности и ИППП, от числа девушек-подростков 14-17 лет, обучающихся в общеобразовательных школах района за отчетный период (Индикатор **Я-А-04-11**);
- Число детей, обратившихся в КДМ, на базе направления после осмотра в школе.

5.2.6. Шестая задача: Введение обязательного консультирования по контрацепции для всех подростков

Для реализации данной задачи, после обучения всего персонала КДМ, необходимо сначала проанализировать в команде КДМ поток пациентов в клинике с помощью флоу-чарта. Для проведения этой дискуссии важно включить в состав команды персонал, работающий в регистратуре и ответственный за направление пациентов внутри ЖК, поликлиники и КДМ. Необходимо обсудить вопрос обеспечения консультированием по контрацепции всех подростков, и девушек и юношей, как в часы работы специализированного приема, так и вне данного времени. На основе обсуждения КДМ разработает алгоритм направления пациентов на прием и консультацию с использованием памяток и других информационных материалов. (Это сокращает время приема). Для реализации алгоритма, а также измерения уровня его выполнения, целесообразно разработать специальные регистры, которые не нарушают принципов анонимности и доступности. Также полезно подготовить тексты разговора для сотрудников регистратуры и медперсонала.

Действия

- Анализ потока пациентов;
- Разработать алгоритм направления и консультирования;
- Разработать регистры;
- Разработать инструкции для персонала;
- Внедрение и тестирование алгоритма действия.

Результат: Охват подростков консультированием по контрацепции составляет ___ процент(ов).

Микроиндикаторы:

- Число бесед врача-гинеколога с молодыми людьми с использованием памятки по вопросам профилактики нежелательной беременности и ИППП, за отчетный период (Индикатор **Я-А-04-8**);
- Доля молодых людей, \ которые после проведенной с ними беседы по вопросам контрацепции и сохранению репродуктивного здоровья, выбрали барьерные методы контрацепции, за отчетный период (Индикатор **Я-А-04-6**);
- Доля молодых людей, за отчетный период, которые после проведенной с ними беседы по вопросам контрацепции и сохранению репродуктивного здоровья, выбрали гормональный метод контрацепции (Индикатор **Я-А-04-5**).

5.2.7 Седьмая задача: Усиление работы с подростками из группы риска

Дополнительные источники информации и примеры материалов:

- Приложение 10.11 Приказ №65 от 10.12.2009г. «О совершенствовании мед.помощи подросткам по охране репродуктивного здоровья в ГУ ЦПС и Р Костромской области» о создании специализированного приема по охране репродуктивного здоровья подростков.
- Приложение 1: алгоритм наблюдения подростков 15-17 лет, использующих контрацепцию
- Приложение 10.34 Анкета для педагогов, соц.работников по выявлению девочек-подростков высокого риска раннего начала половой жизни.
- Приложение 10.35 Анкета изучения поведения, связанного с риском для здоровья среди молодежи
- Приложение 10.36 Лист-вкладыш о консультировании после аборта

Правильное определение групп подростков, которые уже начали сексуальную жизнь, дает КДМ возможность принимать своевременные меры по предотвращению нежелательных беременностей (первых или повторных) и ИППП. Лица, имевшие опыт нежелательной беременности или заражения ИППП, входят в группу наиболее высокого риска. Поэтому, приоритетным является консультирование по контрацепции после родов или аборта. Не менее важны — скрининг, диагностирование и лечение ИППП у лиц, ведущих половую жизнь. После лечения необходимо проведение консультирования по использованию презервативов для исключения повторного заражения. Выявление партнеров инфицированных лиц - другой способ определения групп риска, нуждающихся в услугах КДМ.

5.2.7.1 Выявление подростков высокой группы риска по ИППП, беременности

КДМ ведёт работу по выявлению подростков групп высокого риска по ИППП и беременности. Например, с помощью анкетирования учителей и подростков. С помощью анкеты подросткам можно задавать вопросы об употреблении спиртных напитков и начале половой жизни. Учителя, психологи и социальные работники, в основном, не знают о сексуальном поведении, употреблении спиртных напитков или наркотиков, но могут оценивать риск раннего начала половой жизни на основе поведения, отношений или учебных оценок ученика, или его семейных обстоятельств. После выявления представителей таких групп по результатам опросов, желательно пригласить их в клинику для консультирования.

Действия:

- Разработать алгоритм выявления подростков высокого риска и направления их в клинику;
- Консультироваться со школами, социальными работниками;
- Определение перечня критериев, по которым подростков можно отнести к высокой группе риска;
- Разработка и тиражирование анкет для опроса подростков и учителей;
- Проведение анкетирования среди учителей;
- Проведение анкетирования среди подростков.

Результат: охват консультированием в КДМ ____ процентов подростков, которые начали сексуальную жизнь.

Возможные микроиндикаторы:

- Число анкетированных учителей и социальных работников;
- Число анкетированных подростков;
- Число выявленных подростков группы высокого риска;
- Доля выявленных подростков, которые обратились к КДМ для консультирования.

5.2.7.2 Обеспечение бесплатной помощи для подростков из группы риска

Подростки имеют ограниченное количество денежных средств и зачастую не хотят информировать родителей о своей половой жизни. Поэтому желательно, чтобы в молодежных центрах презервативы, тесты на беременность, таблетки для посткоитальной контрацепции и КОК можно было получить бесплатно или приобрести их по доступным для подростков ценам. При невозможности обеспечить всех бесплатной помощью, необходимо предоставить ее подросткам из группы высокого риска. Также важно обеспечить бесплатный скрининг и лечение на ИППП для этих групп и провести бесплатное обследование подростков 15-17 лет, использующих гормональную контрацепцию. В долгосрочном периоде такая бесплатная помощь будет экономически эффективной для области или города, потому что она предотвращает дорогостоящие последствия, такие как нежеланные дети, бесплодие и плохие исходы беременности. При выявлении социально неблагополучных подростков целесообразно передать сведения о них в отдел медико-социальной помощи при детских поликлиниках.

Действия

- Определить критерии получения бесплатной помощи в клинике
- Разработать гарантированный перечень видов медицинской помощи
- Подсчитать бюджет, необходимый для оказания бесплатной помощи
- Определить источник финансирования, одобрить бюджет
- Если в ЛПУ отсутствует возможность проводить необходимые анализы на ИППП, исследовать другие возможности, организовать анализы для подростков высокого риска
- Обеспечить наличие корзины бесплатных презервативов в клинике
- Разработать алгоритмы определения прав клиентов на бесплатную помощь
- Разработать регистр клиентов, имеющих право на бесплатную помощь, соблюдая принцип анонимности
- Внедрить и тестировать алгоритм

Результат: охват ___ процентов подростков высокого риска получили бесплатную контрацепцию и прошли скрининг на ИППП.

Возможные микроиндикаторы

- Число взятых презервативов
- Число подростков, получивших бесплатную контрацепцию
- Число бесплатных таблеток, пакетов, ВМС, по типам контрацепции
- Доля выявленных подростков из группы высокого риска, которые получили бесплатную контрацепцию
- Число подростков, бесплатно обследованных на ИППП, по типам ИППП
- Доля выявленных подростков из группы высокого риска, обследованных на ИППП, по типам ИППП
- Доля подростков, обследованных бесплатно на ИППП, с положительным результатом, по типам ИППП
- Число подростков, получающих КОК и обследованных бесплатно
- Доля подростков, получающих КОК и обследованных бесплатно

5.2.7.3 Внедрение в практику обязательного до- и послеабортного консультирования подростков акушером-гинекологом

Дополнительные источники информации и примеры материалов:

- Приложение 10.18 ВМС, Фонд «Здоровая Россия»
- Приложение 10.19 Комбинированные оральные контрацептивы, Фонд «Здоровая Россия»
- Приложение 10.20 Метод лактационной аменореи, Фонд «Здоровая Россия»
- Приложение 10.21 Презерватив, Фонд «Здоровая Россия»
- Приложение 10.22 Консультирование по вопросам планирования семьи после аборта, Фонд «Здоровая Россия»
- Приложение 10.23 Послеродовое консультирование по планированию семьи, Фонд «Здоровая Россия»
- Приложение 10.36 Лист-вкладыш о консультировании после аборта

В каждое посещение подростка акушера-гинеколога целесообразно проводить обязательное консультирование по вопросам контрацепции. Для лучшего запоминания подростком информации, некоторые моменты повторения во время беседы, необходимы и оправданы.

Действие:

- Включить в команду представителей тех ЛПУ, в которых могут быть проведены аборты клиентам КДМ;
- Проанализировать систему направления и консультирования подростков до и после аборта;
- Разработать алгоритм до- и послеабортного направления и консультирования подростков;
- Разработать необходимые регистры и выписки, соблюдая принцип анонимности;
- Собрать и подготовить необходимые материалы для консультирования;
- Разработать сценарии и тексты для регистратуры и медперсонала;
- Внедрить и тестировать алгоритмы действия.

Результат: охват подростков консультированием до и после аборта составил ____ процент(ов).

Возможные микроиндикаторы:

- Доля девушек-подростков 14-17 лет, обратившихся в клинику для прерывания нежелательной беременности и получивших консультирование до процедуры по алгоритму;
- Доля девушек-подростков 14-17 лет, которым был сделан аборт и проведено постабортное консультирование по контрацепции по алгоритму, от числа искусственных прерываний беременности на любом сроке среди женщин до 17 лет

6. ИНДИКАТОРЫ

Мониторинг внедрения предложенной технологии и оценка результатов

6.1 Список проектных индикаторов. В пятой главе, выше, были предложены ряд «микроиндикаторов», по которым ЛПУ или регион, внедряя описанные инновации, может оценивать успешность протестированных действий. Ниже представлены те «проектные» индикаторы, по которым проект «Улучшение помощи мамам и малышам» измеряет и оценивает эффективность и прогресс внедрения ПГР в целом. Здесь приводится код индикатора, под которым он значится на веб-портале проекта, название индикатора, ответственный за его сбор и размещение на веб-портал проекта, и частота сбора. Также дано краткое описание значения индикатора. Во многих случаях, индикатор состоит из 2 или более цифр, которые необходимо собирать отдельно — например из числителя и знаменателя. В таких ситуациях, каждый элемент первого индикатора получает свой код для заполнения. Для ясности, коды и названия проектных индикаторов приведены здесь в жирном зеленом шрифте, а коды и названия элементов – в черном, обычном шрифте.

Код	Название / описание	Ответственный за сбор	Частота сбора
А-01-1	Число точек "низкопорогового доступа" для подростков на территории области по состоянию на конец отчетного квартала. Точка "низкопорогового доступа" - это учреждение, оказывающее комплексную медико-психолого-социальную помощь по проблемам сохранения здоровья, обусловленным спецификой подросткового возраста, на принципах Добровольности, Доступности, Доверия и Доброжелательности.	Область, при согласовании с экспертом проекта	Ежеквартально
А-02-1	Число девушек до 17 лет, обратившихся в клинику за отчетный месяц впервые в отчетном году Здесь подсчитывается общее количество клиентов клиники, после внедрения данного ПГР в текущем календарном году. Повторные визиты одного клиента не считаются. Команде ЛПУ важно определить рамки той клиники, где подсчитывается число клиентов, чтобы появилась возможность сравнивать число обращений подростков до и после создания КДМ. Смотрите схему 6 для примера регистра, который позволяет легко подсчитывать этот индикатор. Поскольку число обращения сильно зависит от времени года, рекомендуется проводить сравнение с данным месяцем предыдущего года для оценки прогресса.	ЛПУ	Ежемесячно
А-02-2	Число юношей до 17 лет, обратившихся в клинику за отчетный месяц впервые в отчетном году Здесь подсчитывается общее количество клиентов клиники, после внедрения данного ПГР в текущем календарном году. Повторные визиты одного клиента не считаются. Команде ЛПУ важно определить рамки той клиники, где подсчитывается число клиентов, чтобы появилась возможность сравнивать число обращений подростков до и после создания КДМ. Смотрите схему 6 для примера регистра, который позволяет легко подсчитывать этот индикатор. Поскольку число обращения сильно зависит от времени года, рекомендуется проводить сравнение с данным месяцем предыдущего года для оценки прогресса.	ЛПУ	Ежемесячно
А-03-1	Число девушек до 17 лет, прошедших обследование на ИППП за отчетный месяц впервые в отчетном году Здесь подсчитывается общее количество клиентов, прошедших обследование на ИППП в текущем календарном	ЛПУ	Ежемесячно

Код	Название / описание	Ответственный за сбор	Частота сбора
	<p>году. Повторные обследования одного клиента не считаются. Здесь включены лабораторные и микроскопические обследования, проведенные в лаборатории данной клиники, и направление клиента на анализ (крови и т.д.) для исследования. Включены все виды ИППП которые требуют лабораторной диагностики: сифилис, герпес, трихомониаз, гонорея, хламидиоз, ВПЧ, ВИЧ. Смотрите схему 7 для примера регистра, который легко позволяет подсчитывать этот индикатор.</p>		
А-03-2	<p>Число юношей до 17 лет, прошедших обследование на ИППП за отчетный месяц впервые в отчетном году</p> <p>Здесь подсчитывается общее количество клиентов, прошедших обследование на ИППП в текущем календарном году. Повторные обследования одного клиента не считаются. Здесь включены лабораторные и микроскопические обследования, проведенные в лаборатории данной клиники, и направление клиента на анализ (крови и т.д.) для исследования. Включены все виды ИППП которые требуют лабораторной диагностики: сифилис, герпес, трихомониаз, гонорея, хламидиоз, ВПЧ, ВИЧ. Смотрите схему 7 для примера регистра, который легко позволяет подсчитывать этот индикатор.</p>	ЛПУ	Ежемесячно
А-04	Число родов у девушек до 17 лет в субъекте РФ за отчетный год	Область, из МИАЦ	Ежегодно
А-04-2	<p>Коэффициент рождаемости у девушек до 17 лет в субъекте РФ за отчетный год</p> <p>Родившиеся живыми на 1000 девушек в возрасте 15-17 лет в начале отчетного года</p> <p>Формула: (Индикатор А-04*1000)/Индикатор Ю-А-04</p>	Считается автоматически	Ежегодно
Ю-А-04	Число девушек в возрасте 15-17 лет в субъекте РФ в начале отчетного года	Область, из МИАЦ	Ежегодно
А-05-3	<p>Число искусственных прерываний беременности среди девушек до 17 лет в субъекте РФ за отчетный год</p> <p>К искусственным прерываниям беременности относятся: медицинский аборт (легальный), аборт по медицинским показаниям, другие виды аборта (криминальный), аборт неуточненный (внебольничный), аборт по социальным показаниям. Методы искусственного прерывания беременности включают: медикаментозный аборт, мини-аборт (вакуум-аспирация), хирургический аборт, искусственные роды. Включает девочек до 14 лет + девушек 15-17 лет.</p>	Область, из МИАЦ	Ежегодно
А-05-4	<p>Уровень искусственных прерываний беременности на 1000 девушек до 17 лет в субъекте РФ за отчетный год</p> <p>Формула: (Индикатор А-05-3*1000)/Индикатор Ю-А-04</p>	Считается автоматически	Ежегодно
А-05-5	Число искусственных прерываний беременности у первобеременных среди девушек до 17 лет в субъекте РФ за отчетный год	Область, из МИАЦ	Ежегодно

Код	Название / описание	Ответственный за сбор	Частота сбора
	К искусственным прерываниям беременности относятся: медицинский аборт (легальный), аборт по медицинским показаниям, другие виды аборта (криминальный), аборт неуточненный (внебольничный), аборт по социальным показаниям. Методы искусственного прерывания беременности включают: медикаментозный аборт, мини-аборт (вакуум-аспирация), хирургический аборт, искусственные роды. Включаются аборты у первобеременных девочек до 14 лет + девушек 15-17 лет.		
A-05-6	Число искусственных прерываний беременности у повторобеременных среди девушек до 17 лет в субъекте РФ за отчетный год Формула: Индикатор A-05-4 – Индикатор A-05-5	Считается автоматически	Ежегодно

6.2 Полезные инструменты.

Несмотря на то, что проект предлагает электронный формат для размещения индикаторов на веб-портале, каждому ЛПУ необходимо организовать наличие формы для сбора индикаторов в постоянной бумажной папке или журнале. В отсутствие этого, становится невозможным подтверждение значения индикаторов или исследование результатов командной деятельности и их причин.

Здесь приведены инструменты для добровольного применения, которые могут способствовать сбору индикаторов и микроиндикаторов, перечисленных выше. **Схемы 8 и 9** приводит формы регистра/журнала клиентов, которые могут способствовать сбору индикаторов. **Схема 10** приводит форму экспертного аудита по вопросам консультирования по репродуктивному здоровью. **Схема 11** демонстрирует форму экспертного аудита по вопросам до- и послеабортного консультирования (Схемы 8 и 9 приведены в приложениях 10.40 и 10.41)

Схема 8: Возможный регистр клиентов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Дата	Номер карты	Имя	Пол Ж/М	Возраст	Первый визит (X)	Повторный визит (X)	Дата предыдущего визита (из карты)	Откуда направлен? / Как узнал о нас?	Бесплатное обслуживание? (X)
1										
2										
3										
..										

Ежемесячный отчет по данным регистра

Клиника _____ Месяц/год _____ Сотрудник, составлявший отчет _____

Индикатор	Как подсчитывать?	Первый визит	Повторный визит (первый в этом году)	Сумма
А-02-1. Число девушек до 17 лет, обратившихся в клинику за отчетный месяц впервые в отчетном году	<ol style="list-style-type: none"> Выделяйте (розовым цветом) строки регистра, в которых клиент женского пола (столбец 5) и в возрасте 17 лет или меньше (столбец 6). Подсчитайте число розовых строк, для которых этот визит был первым (столбец 7). Запишите цифру в столбец «первый визит» По данным столбцов 8 и 9, выделить кругом те розовые строки, для которых этот визит был повторным, а предыдущий визит был в прошлом году. Подсчитайте число кругов. Запишите цифру в столбец «Повторный визит» (но первый в этом году) Суммировать данные 2 столбцов 			
А-02-2 Число юношей до 17 лет, обратившихся в клинику за отчетный месяц впервые в отчетном году	<ol style="list-style-type: none"> Выделяйте (синим цветом) строки регистра, в которых клиент мужского пола (столбец 5) и в возрасте 17 лет или меньше (столбец 6). Подсчитайте число синих строк, для которых этот визит был первым (столбец 7). Запишите цифру в столбец «первый визит» По данным столбцов 8 и 9, выделить кругом те синих строк, для которых этот визит был повторным, а предыдущий визит был в прошлом календарном году. Подсчитайте число кругов. Запишите цифру в столбец «Повторный визит» (но первый в этом году) Суммировать данные 2 столбцов 			

Схема 10(1): Аудит документации в женской консультации

ЛПУ _____ Эксперт _____ Дата аудита _____

Информация по картам женщин 15-49 лет за период 12 месяцев до визита. Выбирайте карты женщин, последний визит которых был до конца июля 2010г.

Не нужно учитывать карты женщин, которые на данный момент находятся под диспансерным наблюдением по беременности.

Продолжайте осмотра до того, как у вас на списке **20 женщин, которые за весь год не находились под диспансерным наблюдением по беременности**. При отсутствии информации по любому пункту в медицинской карте, отвечайте «нет»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Номер карты	Дата последнего визита	Возраст	Визит в Ж.К. за отчетный период? (да/нет)	Если 4= «да», Была под диспансерным наблюдением по беременности за отчетный период? (да/нет) Если 4= «нет», пишите «нн»	Если 5=«нет», Получила ли консультирование врача по репродуктивному здоровью? (да/нет) Укажите, если консультирования «нет», а у женщины есть уже ВМС. Если 5= «да» или «нн», пишите «нн»	Если 6= «да», Показано ли назначение контрацепции? (да/нет) Если нет, укажите причину (бесплодие, отсутствие половой жизни?) Если 6= «нет» или «нн», пишите «нн»	Если 7=«да», Назначена ли контрацепция за отчетный период? (да/нет) Если 7= «да» или «нн», пишите «нн»	Если 8=«да», вид контрацепции Г=гормональные таблетки, ВМС, П=презервативы, Др=другое (пишите) Если 8= «нет», НП или «нн», пишите «нн»
1									
2									
3									
4									
5									
6									

Схема 10(2) стр. _ Отчет аудита (1) документации в женской консультации

ЛПУ _____ Эксперт _____ Дата аудита _____ Период аудита _____

Информация по картам женщин 15-49 лет за период 12 месяцев до визита. Выбирайте карты женщин, последний визит которых был до конца июля 2010г.

Число женщин, которые не были беременными в последнем году до выбранного визита (столбец 5=нет)	Получила ли консультацию врача по репродуктивному здоровью? (со столбца 6)	Показано ли назначение контрацепции ? (со столбца 7)	Назначена ли контрацепция за отчетный период? (со столбца 8)	вид назначенной контрацепции (отметить, если одной пациентке назначено более 1 вида) (со столбца 9)
_____ да _____ нет Включая: нет, а есть ВМС _____ _____ нн _____ всего	_____ да _____ нет _____ нн _____ всего	_____ да _____ нет _____ нн _____ всего	_____ да _____ нет _____ НП _____ нн _____ всего	_____ Г _____ ВМС _____ П _____ др _____ нн _____ всего

Общие замечания о документации:

Общие замечания о результатах:

Схема 11(1). Аудит до- и постабортного консультирования

ЛПУ _____, включая (отметить) ЖК _____ Отделения гинекологии в стационаре _____ Эксперт _____ Дата аудита _____

Собрать для аудита: Медицинские карты 10 последних медикаментозных и мини-абортов до конца июля 2010г., медицинские карты 10 последних хирургических абортов до конца июля, регистр до- и постабортного консультирования, если есть. Использовать отдельную таблицу для каждого места проведения.

Место проведения аборта _____ Источник данных (медкарта ЖК, медкарта стационара, регистр, и т.д.) _____

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Номер мед. карты	Срок беременности (недель)	Место направления женщины на аборт	Вид аборта М=медикаментозный В=вакуум-аспирации D+C= выскабливание И= интраамниотической инфузии КС= малое кесарево сечение	Консультирование до аборта о целесообразности и прерывания беременности? (да/нет/не ясно)	Консультирование до аборта о контрацепции?	Консультирование о контрацепции сразу после аборта (в данном визите)? (да/нет/не ясно)	Женщина пришла на визит в место направления после аборта? (да/нет/не ясно)	Если 7=да, то была ли проведена консультация о контрацепции? (да/нет/не ясно)	Если 7=да, то была ли проведена реабилитация гормональной контрацепции? (да/нет/не ясно)
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

Схема 11(2), стр__ : Отчет об аудите постабортного консультирования

ЛПУ _____, включая ЖК _____ Отделение гинекологии в стационаре _____ Эксперт _____ Дата аудита _____ Период аудита _____

Таблица 1: Процесс направления женщин на аборт (укажите строки, если необходимо)

Место направления женщины на аборт - Укажите название и тип (ЖК, стационар...) [столбец 3]	Место проведения аборта - Укажите название и тип (ЖК, стационар)	Число проведенных абортов	Консультирование до аборта о целесообразности прерывания беременности? Укажите число [столбец 5]	Консультирование до аборта о контрацепции? Укажите число [столбец 6]	Консультирования о контрацепции сразу после аборта (во время данного визита?) Укажите число [столбец 7]	Женщина пришла на визит в место направления после аборта? Укажите число [столбец 8]
			Да____ Нет____ Не ясно____	Да____ Нет____ Не ясно____	Да____ Нет____ Не ясно____	Да____ Нет____ Не ясно____
			Да____ Нет____ Не ясно____	Да____ Нет____ Не ясно____	Да____ Нет____ Не ясно____	Да____ Нет____ Не ясно____
			Да____ Нет____ Не ясно____	Да____ Нет____ Не ясно____	Да____ Нет____ Не ясно____	Да____ Нет____ Не ясно____
			Да____ Нет____ Не ясно____	Да____ Нет____ Не ясно____	Да____ Нет____ Не ясно____	Да____ Нет____ Не ясно____

Схема 11(2) стр__ ПРОДОЛЖЕНИЕ

ЛПУ _____, включая ЖК _____ Отделение гинекологии в стационаре _____ Эксперт _____

Дата аудита _____ Период аудита _____

Таблица 2: Для женщин, которые пришли на визит в место направления после аборта

Место направления женщины на аборт - укажите название и тип (ЖК, стационар и т.д.) [столбец 2]	Число женщин, которые пришли на визит в место направления после аборта [столбец 7]	Была ли проведена консультация о контрацепции во время данного визита? Укажите число [столбец 8]	На этом визите была ли проведена реабилитация гормональной контрацепции во время данного визита? Укажите число [столбец 9]
		Да ____ Нет ____ Не ясно ____	Да ____ Нет ____ Не ясно ____
		Да ____ Нет ____ Не ясно ____	Да ____ Нет ____ Не ясно ____
		Да ____ Нет ____ Не ясно ____	Да ____ Нет ____ Не ясно ____

Укажите ваши источники данных [столбец 1]?

Замечания о процессе проведения аудита:

Общие замечания о результатах:

7. НЕОБХОДИМЫЕ РЕСУРСЫ

7.1. Персонал:

Минимальным условием для открытия центра является наличие кабинетов: акушера-гинеколога, уролога-андролога, дерматовенеролога и психолога, оборудованных в соответствии с нормативными требованиями, учебной комнаты. Однако, в отсутствие вышеперечисленного, эти функции может выполнять кабинет в составе женской консультации, детской поликлиники или на базе школы. Для осуществления просветительской работы среди подростков необходимо привлечение уролога для мужской части аудитории. В тех ЛПУ, где отсутствуют подобные специалисты, лекции для мальчиков должны проводить педиатры.

- Для создания клиники, дружелюбной к молодежи, на уровне областного или городского Центра планирования семьи, рекомендован следующий состав персонала: детский гинеколог, уролог-андролог, педиатр, юрист, представитель молодежной организации, социальный работник.
- Для создания клиники, дружелюбной к молодежи, на уровне городской женской поликлиники, рекомендован такой состав персонала: врач акушер-гинеколог, педиатр, социальный работник, юрист.
- Для создания клиники, дружелюбной к молодежи на уровне Центральной районной больницы, рекомендован такой состав персонала: врач акушер-гинеколог, дерматовенеролог, психолог, представители молодежной организации.

7.2. Оборудование:

Для проведения просветительской работы с молодёжью и подростками, обеспечения обучения персонала, медицинских сотрудников образовательных учреждений, педагогов, социальных работников, необходимо приобретение видеопаратуры и видеоматериалов на соответствующие темы. Целесообразно открытие видеолектория, с подобранной целевой видеокартотекой. Возможна демонстрация тематических видеороликов и видеоклипов на установленном проекторе в коридорах КДМ, Молодежных Центрах, Молодежных консультациях.

Целесообразна организация «телефона доверия», по которому подросток смог бы получить необходимую для себя информацию или консультативную помощь специалиста.

Интересным решением является установка в вестибюле ЛПУ «сундучка пожеланий», куда в письменной анонимной форме подростки могут положить свои вопросы и пожелания. Все, что страшно или «неудобно» спросить у врача при личном посещении дети таким простым способом могут затрагивать интересующие их проблемы. «Сундучок пожеланий» возможно сделать самостоятельно из подручных средств. Например, сундучок пожеланий с молодежной консультации г.Шарья сделан из бересты. Рядом сидят, вырезанные из дерева, фигурки лесных «Маня и Ваня», так зовут постоянных пациентов молодежной консультации. Забавные, веселые «лесные» пациенты встречают подростков на пороге. Страх перед посещением кабинета врача, у дверей которого сидят эти пациенты, пропадает даже у самых маленьких. Возможно, организация целого «уголка пациента», украшенного сказочными персонажами и игрушками.

Ссылка → материалы команд по репродуктивному здоровью ЦРБ г.Шарья КО → «телефон доверия», фото «сундучок пожеланий»)

7.3. Материалы

Разработка и раздача памяток:

Важным моментом при работе с подростками является использование наглядного материала в виде брошюр, памяток, листовок, которые вручаются слушателям по окончании лекций, консультировании по вопросам репродуктивного здоровья. Материалы в письменной форме необходимы для того, чтобы клиенту было проще запомнить то, что он услышал. Кроме того, получение «в руки» наглядного материала является ещё и психологическим аспектом в

процессе усвоения информации. Однако, важно не перегружать информацией аудиторию, и целесообразно вручать не более одной – двух брошюр на тему, о которой шла речь.

Возможно обращение за спонсорской помощью к фармацевтическим компаниям, выпускающим контрацептивные препараты, а, также, к фирмам, торгующим, например, одеждой для беременных, гигиеническими средствами с одновременным размещением их рекламы (в зависимости от темы памятки). По поводу тиражирования наглядного материала, имеет место обращение лидера команды к Проекту. Представители Православной Церкви активно предлагают свою помощь в предоставлении и тиражировании наглядного материала.

Для определения количества необходимых памяток и плакатов, надо учитывать следующие факторы: *количество подростков, количество комнат, площади помещений, необходимо учитывать, памятки и плакаты, которые можно взять для демонстрации в школы, техникумы, общежитии.*

На диске приложений к пакету и в библиотеке веб-портала находится ряд материалов, которые могут быть адаптированы к вашим условиям.

7.4. Обучение персонала:

На базе материалов, разработанных Фондом «Здоровая Россия» и Центром Кулакова, проект «Улучшение помощи мамам и малышам» может предложить курс тренинг для тренеров «Новый подход к консультированию по планированию семьи и репродуктивному здоровью населения». Общая продолжительность данного курса составляет 25 часов. Возможно продуктивное проведение этого курса в течение 3-5 дней. Желательно собрать 12-16 участников, чтобы получить 6-8 пар для отработки навыков консультирования. Поскольку данный курс требует значительных ресурсов, очень важно выбрать участников, которые:

- Имели опыт и навыки преподавания;
- Имели хорошие коммуникативные навыки;
- Действительно заинтересованы в вопросах репродуктивного здоровья;
- Согласились заранее быть членом команды выездных тренеров для своего региона.

Цели данного курса тренинга:

1. Приобретение адекватных сегодняшнему уровню развития медицины и здравоохранения знаний и навыков эффективного консультирования клиентов/пациентов акушерско – гинекологической службы по вопросам охраны репродуктивного здоровья семьи и планирования деторождения.
2. С помощью данных доказательной медицины помочь участникам тренинга понять, что современные контрацептивы безопасны и эффективны.

Задачи курса тренинга:

1. Повысить уровень знаний акушеров-гинекологов об основных принципах, структуре и видах деятельности и перспективах развития службы планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья в Российской Федерации.
2. Провести обучение и оценить готовность акушеров-гинекологов к обеспечению высокого качества консультирования клиентов женских консультаций по вопросам репродуктивного поведения, регуляции деторождения, профилактики абортов и их последствий для репродуктивного здоровья.
3. Создать сеть поддержки среди врачей для предоставления эффективных способов контрацепции, альтернативных абортам.

Возможный план тренинга для 5-ти дневного курса представлен в **схеме 11**. Приложение 10.1 представляет текстовое руководство для участника подобного курса. В папке на диске в **Приложении 10.46** представлены слайды для тренеров.

Схема 10: Программа 5-и дневного курса тренинга «Новый подход к консультированию по планированию семьи и репродуктивному здоровью населения».

Первый день	
<i>Время</i>	<i>Раздел/тема</i>
11:20-11:50	Кофе-пауза
12:00-14:00	Открытие, знакомство, ожидания, анкетирование, обзор программы тренинга. Цели и задачи. Стартовое упражнение тренинга – знакомство в парах.
14:00-15:00	Обед
15:00-17:30	1. Концепция демографической политики РФ на период до 2025 года. Показатели репродуктивного здоровья женщины, репродуктивные потери, контрацепция, аборты и их последствия. 2. Организация и принципы работы службы планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья. 3. Упражнение – таблица «можно – нельзя». 4. Просмотр и обсуждение видеотрейлера. 5. Обсуждение, ответы на вопросы, подведение итогов дня.
Второй день	
<i>Время</i>	<i>Раздел/тема</i>
09:00-11:10	1. Стартовое упражнение дня – пожелания. 2. Анатомо-функциональные особенности репродуктивной системы женщины. Современные представления о регуляции менструального цикла и овуляции. 3. Основные проблемы репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения подростков и молодёжи. Пути их решения. 4. Медицинские критерии приемлемости методов контрацепции (ВОЗ, 2004г.)
11:10-11:30	Кофе-пауза
11:30-14:00	1. Комбинированная оральная контрацепция. 2. Пролонгированная контрацепция. 3. Контрацептивные рилизинг – системы. 4. Экстренная контрацепция. 5. Внутриматочные методы контрацепции
14:00-15:00	Обед
15:00-18:00	1. Контрацепция после прерывания беременности в первом и во втором триместрах беременности. 2. Контрацепция после родов. 3. Особенности современной контрацепции у сексуально активных подростков и молодёжи. 4. Контрацепция у женщин в перименопаузе. 5. Обсуждение, ответы на вопросы, подведение итогов дня.
Третий день	
<i>Время</i>	<i>Раздел/тема</i>
09:00-11:10	1. Стартовое упражнение дня – пожелания. 2. Контрацепция в программах профилактики, лечения и реабилитации женщин с гинекологическими заболеваниями. 3. Барьерные методы контрацепции. 4. Планирование семьи и контрацепция у женщин, живущих с ВИЧ.
11:10-11:30	Кофе-пауза
11:30-14:00	1. Основы доказательной медицины.
14:00-15:00	Обед
15:00-18:00	1. Семинар «Методология консультирования по вопросам репродуктивного здоровья».

	2. Обсуждение, ответы на вопросы, подведение итогов дня.
Четвертый день	
<i>Время</i>	<i>Раздел/тема</i>
09:00-11:10	Продолжение семинара. Упражнение «Улыбка». Упражнение «Испорченный телефон».
11:10-11:30	Кофе-пауза
11:30-14:00	Продолжение семинара. Отработка навыков подстройки. Ролевая игра.
14:00-15:00	Обед
15:00-18:00	Дополнения к таблице «можно – нельзя». Составление предварительной инструкции. Упражнение «Цепочка ассоциаций». Упражнение «Политкорректность». Обсуждение, ответы на вопросы, подведение итогов дня.
Пятый день	
<i>Время</i>	<i>Раздел/тема</i>
09:00-10:50	1.Стартовое упражнение дня – пожелания. 2.Продолжение семинара. Работа с возражениями. Упражнение «Выход из контакта». Составление окончательной инструкции.
10:50-11:10	Кофе-пауза
11:10-12:40	Итоговое анкетирование. Упражнение «Прогулки по выставке» (коллажирование). Самоанализ и прогноз на будущее.

8. ПЛАН ВНЕДРЕНИЯ ПГР

№	Шаг	Ответственность	Задачи	Сроки
1	Решение по продвижению «Профилактики нежелательной беременности и ИППП среди подростков»	Областная команда улучшения	<ul style="list-style-type: none"> Собрать базовые данные: 7 проектных индикаторов на областном уровне (разделы 2.3, глава 6) за последние 3 года; другие данные по реп. здоровью подростков Обсудить вопрос в команде и принять решение 	При подготовке к первой встрече (ориентация) областной команды
2	Выбрать ЛПУ для создания «Клиник, дружественных к молодежи»	Областная команда улучшения	<ul style="list-style-type: none"> Рассмотреть возможности и способности персонала существующих ЛПУ связываться с подростковым населением высокого риска в разных городах и районах области. Анализировать поток подростков с помощью флоу-чарта 	На первой встрече (ориентация) областной команды
3	Определение состава областной рабочей группы для реализации этой цели	Областная команда улучшения	<p>В рабочую группу входят(как минимум)</p> <ul style="list-style-type: none"> Куратор области Главный акушер-гинеколог области Соответствующий представитель городского департамента здравоохранения Представитель городского и/или областного Центра планирования семьи Лидеры команд всех участвующих ЛПУ Представитель существующих клиник для молодежи, если есть Представитель областного и городского департаментов образования Представитель департаментов молодежной политики и спорта, если есть. Представители клубов или организаций для молодежи на городском или областном уровне Представители крупных ВУЗов Представитель православной церкви 	На первой встрече областной команды; до 2-х недель после первой встречи
4	Выбрать группу тренеров для консультирования подростков по репродуктивному здоровью	Областная команда, Команды улучшения выбранных ЛПУ	<ul style="list-style-type: none"> Рассмотреть способности и возможности персонала для выделения времени на выездные тренинги Разделить ответственность по проведению тренингов в разных территориях области Обеспечить приказом участие выбранных тренеров в тренинге, организованном проектом 	На первой встрече областной команды; до 2-х недель после первой встречи
5	Тренинг для тренеров	Проектный эксперт, Группа тренеров		В течение первых 6 недель работы над этой целью

6	Составить план тренинга	Группа тренеров	<ul style="list-style-type: none"> • Определить количество часов и программу тренинга: количество дней, часов и т.д. • Определить приоритетные места для проведения тренинга • Областной приказ: с указанием сроков, ЛПУ, специалистов/участников и ответственных тренеров 	Во время тренинга для тренеров и до 2-х недель после тренинга
7	Выполнить план тренинга	Группа тренеров		По плану
8	Определить состав команды (или под-команды) ЛПУ по этой цели	Главврач ЛПУ, лидер команды ЛПУ	<p>В команду входят (как минимум):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Лидер, на уровне зам. Главврача • Врач акушер-гинеколог • Мед.сестра фельдшера СУЗ • Мед.сестра гинекологического отделения • Участковый врач-педиатр • Социальный педагог • Представитель молодежной организации (комитет по делам молодежи) • Представитель общественных организаций (волонтеры) • Представитель школ, ВУЗов • Представитель церкви 	При подготовке к ориентации (первой встрече) команды ЛПУ
9	Сбор базовых данных	ЛПУ	<ul style="list-style-type: none"> • Собрать базовые данные по индикаторам А-02, А-03 с начала предыдущего года • Собрать другую информацию о клиентах, оказании услуг, связанных с репродуктивным здоровьем, подростковом населением • Подготовиться к описанию системы оказания помощи подросткам 	При подготовке к ориентации (первой встрече) команды ЛПУ
10	Первая встреча (семинар ориентации) команды ЛПУ (с экспертной поддержкой)	Команда ЛПУ по реп. здоровье	<ul style="list-style-type: none"> • Анализ системы оказания помощи подросткам • Подготовить план действий • Размещение плана и итогов встречи на веб-портале 	В течение первых 6 недель после ориентации областной команды
11	Начало выполнения первых действий плана, сбор данных для оценки успеха	Команда ЛПУ по реп. здоровье	<p>Например:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Подготовка приказа о КДМ • Определение состава группы волонтеров • Сбор и подготовка образовательных материалов • Координация со школами, подготовка плана лекций и осмотров (в зависимости от времени учебного года) • Анкетирование знаний подростков и педагогов , определение групп риска • Анализировать возможности и способы реорганизации приема • Подготовить бюджет • Сбор индикаторов и микроиндикаторов 	В течение первого месяца после первой встречи команды ЛПУ

12	Ознакомительный визит в образцовую КДМ - наставника из другой области	Члены областной рабочей группы, команд ЛПУ; проект		В течение первых 8 недель после ориентации областной команды
13	Вторая встреча команды ЛПУ (с экспертной поддержкой)	Команда ЛПУ по реп. здоровью	<ul style="list-style-type: none"> • Обсуждение плана работы, первые результаты тестирования попыток внедрения, первые индикаторы и необходимые корректировки • Принять решение о корректировке плана действий на основе первых результатов • Размещение итогов встреч на веб-портале 	1 месяц после ориентации команды ЛПУ
14	Продолжение тестирования действий по плану работы	Команда ЛПУ по реп. здоровью	<p>Например:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Тренинг персонала обученными тренерами • Подготовить тексты и регистры • Реорганизовать помещение для клиники • Разработать алгоритм оказания помощи подросткам • Тиражирование образовательных материалов • Сбор индикаторов 	В течение месяца после второй встречи областной команды
15	Третья встреча команды ЛПУ	Команда ЛПУ по реп. здоровью	<ul style="list-style-type: none"> • Обсуждение плана работы, первые результаты тестирования попыток внедрения, первые индикаторы и необходимые корректировки • Принять решение о корректировке плана действий на основании первых результатов • Размещение итогов встреч на веб-портале <p>Разговор или переписка с экспертом проекта после встречи.</p>	2 месяца после ориентации команды ЛПУ
16	Продолжение тестирования действий по плану работы	Команда ЛПУ по реп. здоровью	<p>Например:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Внедрение бесплатной помощи для групп риска • Начало цикла лекций в школах и клинике • Начало работы со СМИ • Начало работы «телефона доверия» • Начало раздачи материалов • Продолжать анализировать поток пациентов-подростков и вносить изменения для оптимизации действий • Сбор индикаторов 	В течение месяца после третьей встречи областной команды
17	Анализ данных; подготовка презентации о прогрессе и предварительных результатах работы	Команда ЛПУ по реп. здоровью	Подготовка презентации результатов командами ЛПУ, с поддержкой административного сотрудника URC, при необходимости, и дистанционной поддержкой эксперта проекта	В течение месяца после третьей встречи областной команды
18	Четвертая встреча команды ЛПУ, с участием главврача и руководством ЛПУ (с возможной поддержкой эксперта проекта)	Команда ЛПУ по реп. здоровью, Главврач ЛПУ	<ul style="list-style-type: none"> • Презентация первых результатов главному врачу. • Обсуждение результатов и принятие решения о необходимой поддержке, изменения рабочего плана • Размещение итогов встреч и презентации на веб-портале • Разговор или переписка с экспертом проекта после встречи. 	3 месяца после ориентации команды ЛПУ

19	Обучающая сессия по «Профилактике нежелательной беременности и ИППП среди подростков»	Члены команд областей и ЛПУ по этой цели	<ul style="list-style-type: none"> • Собираются представители всех команд 2-3 новых регионов, которые занимаются одним вопросом • Представители опытных команд и клинические эксперты по данному вопросу тоже принимают участие, как эксперты проекта для этих областей. • Презентации областных рабочих групп и команд ЛПУ • Обсуждение, подведение общих итогов • Размещение программы, итогов и презентаций на веб-портале. 	Апрель 2011 г.
20	Встреча областной команды и рабочей группы по этой цели (с поддержкой эксперта проекта)	Областная команда и рабочая группа	<ul style="list-style-type: none"> • Презентации областной рабочей группы и команды ЛПУ • Определение необходимости для поддержки и совместной деятельности • Подведение итогов • Составление планов дальнейшей работы • Размещение итогов на веб-портале 	Желательно, ежеквартально и после обучающих сессий
21	Продолжение работы по плану	Команды ЛПУ	<ul style="list-style-type: none"> • Тестирование изменений • Сбор индикаторов и размещение их на портале 	Постоянное. Вероятно, требуется минимум год работы для устойчивого создания КДМ
22	Встречи команды ЛПУ	Команда ЛПУ	<ul style="list-style-type: none"> • Обсуждение плана работы, первые результаты тестирования попыток внедрения, первые индикаторы и необходимые корректировки • Принять решение о корректировке плана действий на базе первых результатов • Размещение итогов встреч на веб-портале • Разговор или переписка с экспертом проекта после встречи. 	Ежемесячно в течение первого года работы. После этого команда может принять решение встречаться реже.

9. ТИПИЧНЫЕ БАРЬЕРЫ И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Устранимые барьеры:

9.1 Недостаточная информированность подростков

На примере опыта работы Костромской области: Так, в рамках Проекта «Улучшение помощи мамам и малышам» в КО согласно приказа №65 от 10.12.2009г. «О совершенствовании мед.помощи подросткам по охране репродуктивного здоровья в ГУ ЦПС и Р Костромской области» (образец приказа см. приложение) в ЦПС г.Костромы был создан специализированный прием по охране репродуктивного здоровья подростков. Для приема был выделен отдельный кабинет, в котором прием ведет постоянный доктор. Было выделено удобное для подростков вечернее время работы кабинета и отдельный день для анонимного приема (например, среда 17.00-20.00). Деятельность консультативного кабинета осуществляется без предварительной записи. Обслуживаемый контингент - это лица в возрасте 12-17 полных лет (в идеале как женского, как и мужского пола), вне зависимости от наличия удостоверения личности, наличия документа о регистрации по месту жительства или наличия полиса ОМС. Лекции, подготовленные командой вошли в сборник лекций «Воспитание позитивного демографического поведения учащихся общеобразовательных учреждений Костромской области», утвержденный ученым советом Института повышения квалификации работников образования г.Костромы; наглядная агитация (плакаты, брошюры, проспекты о вредных последствиях аборта, ИППП); обеспечение информационным материалом (памяткой) всех подростков при обращении; активная помощь Представителей Церкви в работе с молодежью (совместные акции, митинги, беседы в общежитиях, лекции в образовательных учреждениях);

9.2 Отсутствие бесплатных обследований на ИППП и контрацептивов для подростков

На примере опыта работы Костромской области: Разработан гарантированный перечень видов медицинской помощи, финансируемых из средств бюджета, выделяемых на здравоохранение и предусмотренных в соответствии с диагнозами и причинами обращения в государственное учреждение Центр планирования семьи и репродукции КО на 2010 год. Данный перечень утвержден главным врачом и согласован с главным акушером-гинекологом области. В соответствии с данным перечнем по каждому диагнозу и причине обращения прописан объем бесплатной медицинской помощи. Во время консультирования после прерывания беременности и по вопросам контрацепции девочке-подростку бесплатно выдается упаковка контрацептивов. Приказом главного врача ЦПС утвержден алгоритм наблюдения подростков 15-17 лет, использующих контрацепцию (см. Приложение №1 к приказу №65 от 10.12.2009г. «О совершенствовании мед. помощи подросткам по охране репродуктивного здоровья в ГУ ЦПС и Р Костромской области».)

9.3 Недостаток печатной продукции

На примере опыта работы Костромской области: Примером такой работы являются статьи в местных изданиях (газетах), с которыми сотрудничают доктора ЦПС и городских поликлиниках. Уровень СМИ будет зависеть от выполнения поставленных задач:

- Газеты – для районных команд;
- «Глянцевые» журналы – для областной команды;
- Ролики социальной видеорекламы – для всех;
- Радио- и телепередачи – для областной команды;
- Интернет – для областной команды;

Использовать помощь миссионерского духовно-просветительного центра (помощь листовками, памятками, буклетами).

9.4 Отсутствие тарифов ОМС на услугу консультирования

При поддержке департамента здравоохранения обратиться в территориальный ФОМС для тарификации данного вида услуг.

Условно неустранимые барьеры:

9.5 Отсутствие полового воспитания в большинстве российских семей

На примере опыта работы Костромской области: Активнее привлекать подростков к участию в различных мероприятиях, проходимых как на всей территории РФ, так и в родном городе. Например, в Костромской области все члены команды участвовали в акции «Подари мне жизнь» (неделя против аборта 9-15 июля 2010). Участие команды в акции было обосновано приказом ДЗ КО №282 от 29.06.2010г. Проводилась массовая пропаганда Акции «Подари мне жизнь» - на площади Ивана Сусанина и на улицах Костромы проводилась раздача населению памяток и плакатов; на молодежном Форуме «Патриот-2010» прочитана лекция «О вреде аборта». Проводилась конференция «Репродуктивные потери Костромской области» в областном Доме народного творчества с приглашением куратора КО из ИвНИИ материнства и детства. Выставка художественных работ «Репродуктивное здоровье» в областном Доме народного творчества г.Костромы. В молодежном развлекательном центре г.Костромы была проведена молодежная дискотека «Сохрани мне жизнь» (речевки, раздача памяток, плакатов, работа с ди-джеем). В Детском доме г. Костромы проведена дискуссия о подготовке к семейной жизни, о создании волонтерского движения «Молодежь против аборта». «Акция против аборт» была проведена в г.Шарья КО с участием врача акушера-гинеколога, специалиста отдела молодежной политики и спорта администрации г.Шарья, волонтеров из отдела молодежной политики и спорта, и представителей православной церкви.

9.6 Отсутствие специалистов, работающих в сфере полового воспитания подростков

На примере работы Проекта в Костромской области: С целью распространения знаний по вопросам полового воспитания подростков, была сформирована команда тренеров, которые прошли обучение на тематических тренингах по вопросам консультирования подростков. С целью передачи полученной информации, проводились выездные межобластные тренинги. На таких тренингах присутствовали главные врачи, акушеры-гинекологи районов, акушерки, медицинские сотрудники общеобразовательных учреждений, педагоги, социальные работники, психологи. План выездных семинаров был согласован с главным акушером-гинекологом области и утвержден Департаментом здравоохранения.

9.7 Недостаточная подготовка или отсутствие подготовки учителей в вопросах полового воспитания

На примере работы Проекта в Костромской области: Для налаживания контакта с учителями необходимо, прежде всего, включить их в состав команды; провести среди них анкетирование; обеспечить вопросником, для выявления социально-неблагополучных детей-подростков; привлекать к проведению молодежных акций, дискотек и форумов, бесед и лекций с подростками по репродуктивному здоровью.

9.8 Отсутствие понимания между представителями церкви и образовательными учреждениями в вопросах полового воспитания

На примере работы Проекта в Костромской области: За отправную точку в данном вопросе предлагается использовать письмо ЦПС г.Костромы к Архиепископу (статья представлена на диске). Представители Церкви г.Шарья КО активно предлагают помощь в работе с молодежью: ознакомительная беседа для учащихся 9-11 классов «О семейных ценностях» (тезисы беседы желательны согласовать с начальником управления образования); предлагает

свою помощь матушка Инна, которая ведет предмет «Основы православной культуры» в педагогическом колледже и в политехническом техникуме; предлагает свою помощь отец Димитрий, у которого есть опыт работы со студентами аграрного техникума; на основе анализа мнения родителей о необходимости духовно-нравственного воспитания подростков, будет подготовлен план совместных выходов в школы. При поддержке администрации решено провести презентацию в каждой школе города Шарья. 6 сентября 2010 г. проведена рабочая встреча команды с представителями Православной церкви по вопросам: мешает ли Православная церковь работе по планированию семьи и как совместно работать? Результатом рабочей встречи является согласие Православной церкви на совместную с медиками деятельность по борьбе против аборт. Есть общие цели, есть желание совместно работать и вместе развиваться.

9.9 Отсутствие алгоритма взаимодействия со школами

На примере работы Проекта в Костромской области: Примером взаимодействия с департаментом образования является обращение представителя администрации ЛПУ к начальнику отдела образования администрации городского округа, в котором представлены темы и план лекций для общеобразовательных учреждений города на учебный год, с указанием ответственного лектора. На основе данного обращения начальником отдела образования администрации округа издается приказ о проведении тематических лекций («Об утверждении тематики лекций нагод» см. в материалах команд по репродуктивному здоровью ЦРБ г.Шарья). Для составления обращения к начальнику отдела образования, предварительно рассылаются официальные письма во все учебные учреждения района. В письмах содержится приглашение школьников и студентов посетить Молодежный Центр или Центр планирования семьи, с указанием времени работы врачей, телефоны записи в видеолекторий. Лидер команды лично встречается с директорами школ и учителями, знакомит их с существующими проблемами в области, разрабатывает план совместной работы. Составленные планы совместной работы с учебными учреждениями, затем утверждаются Департаментом Образования.

10. СПИСОК ПРИЛОЖЕНИЙ

Перечисленные материалы и литература находятся на компакт-диске, приложенном к ПГР и в библиотеке веб-портала.

- Приложение 10.1: Руководство для участника обучения по теме: «Новые подходы к улучшению качества репродуктивного здоровья населения» ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова Росмедтехнологии», Фонд «Здоровая Россия»
- Приложение 10.2 Руководство по разработке политики и программ охраны репродуктивного здоровья молодежи. Издание первое, Москва, 2006 (Настоящее руководство разработано в рамках проекта «Мать и дитя», проводимого «Джон Сноу, Инкорпорейтед» в 16 регионах Российской Федерации в 2003-2006 гг.)
- Приложение 10.3: Основная дородовая, перинатальная и постнатальная помощь, учебный семинар, Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, 2002.
- Приложение 10.4: Руководство «Консультирование по репродуктивному здоровью подростков», 2007, Минздрав
- Приложение 10.5: а) Презентация от USAID «ИППП/ВИЧ» и б) Сопроводительный текст к презентации
- Приложение 10.6 «Инфекции, передаваемые половым путем» Руководство для дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов, инфекционистов, педиатров, семейных врачей и руководителей здравоохранения, Институт здоровья семьи, 2009.
- Приложение 10.7. Консультирование подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья – Руководство для учреждений, оказывающих медицинскую и консультативную помощь подросткам и молодежи под ред. О.В. Шараповой - М.-2007.
- Приложение 10.9 Клиники, дружественные к молодежи: пособие для организатора, ЮНИСЕФ, 2002.
- Приложение 10.10 Клиники, дружественные к молодежи: руководство для врачей и организаторов здравоохранения, СПбМАПО и ЮНИСЕФ, 2006
- Приложение 10.11 Приказ №65 от 10.12.2009г. «О совершенствовании мед.помощи подросткам по охране репродуктивного здоровья в ГУ ЦПС и Р Костромской области» о создании специализированного приема по охране репродуктивного здоровья подростков.
- Приложение 10.12 Цикл лекций для подростков от Центра планирования семьи и репродукции Костромской области.
- Приложение 10.13 Методические рекомендации по профилактике искусственного прерывания беременности в подростковой среде, Вялицын Геннадий Владимирович, МУЗ «Шарьинская ЦРБ им. Каверина В.Ф.»
- Приложение 10.14 Анализ тест-карт для выявления репродуктивной установки подростков, Вялицын Геннадий Владимирович, МУЗ «Шарьинская ЦРБ им. Каверина В.Ф.»
- Приложение 10.15 О тебе: изменения. Буклет для девочек 12 -13 лет
- Приложение 10.16 О тебе: изменения. Буклет для мальчиков 12 -13 лет
- Приложение 10.17 Советы молодоженам, Центр планирования семьи и репродукции Костромской области.
- Приложение 10.18 ВМС, Фонд «Здоровая Россия»
- Приложение 10.19 Комбинированные оральные контрацептивы, Фонд «Здоровая Россия»
- Приложение 10.20 Метод лактационной аменореи, Фонд «Здоровая Россия»
- Приложение 10.21 Презерватив, Фонд «Здоровая Россия»
- Приложение 10.22 Консультирование по вопросам планирования семьи после аборта, Фонд «Здоровая Россия»

- Приложение 10.23 Послеродовое консультирование по планированию семьи, Фонд «Здоровая Россия»
- Приложение 10.24а Внутриутробное развитие человека (плакат)
- Приложение 10.24б Внутриутробное развитие человека (файл для типографии).
- Приложение 10.25 ИППП/ВИЧ – брошюра. (*Убрать адреса, увеличить до размера стенда*)
- Приложение 10.26, Полезная информация по венерическим заболеваниям, (*заменить фразу «предохранение от беременности» на «предохранение от нежеланной беременности».*)
- Приложение 10.27 Репродуктивная система – иллюстрации (*наглядные материалы для лекции; Заменить пояснения к плакатам с английского на русский язык*)
- Приложение 10.28 Приказ об утверждении тематики лекции на 2010 год в общеобразовательных учреждениях г. Шарья, 13 мая 2010 г.
- Приложение 10.29 Половое воспитание подростков в семье - рекомендации родителям
- Приложение 10.30: План профилактических осмотров девочек образовательных учреждений г.Шарья
- Приложение 10.31. Письмо от ЦПС в епархию.
- Приложение 10.32 Результаты рабочей встречи от 6 сентября 2010 г с представителями Православной церкви.
- Приложение 10.34 Анкета для педагогов, соц.работников по выявлению девочек-подростков высокого риска раннего начала половой жизни.
- Приложение 10.35 Анкета изучения поведения, связанного с риском для здоровья среди молодежи
- Приложение 10.36 Лист-вкладыш о консультировании после аборта
- Приложение 10.40 Форма аудита по консультированию по репродуктивному здоровью
- Приложение 10.41 Форма аудита по консультированию до и после аборта.
- Приложение 10.42 Как изменяется твоё тело – брошюра для школьников
- Приложение 10.43 Начни с начала – буклет
- Приложение 10.44 Брошюра о гормональных контрацептивах: «О некоторых важных проблемах вслух – для женщин». *Убрать адреса.*
- Приложение 10.45. Противозачаточное средство на крайний случай – брошюра. *Убрать адреса и фразу о том, что таблетки экстренной контрацепции отпускаются по рецепту врача.*
- Приложение 10.46 Слайды для тренеров курса «Новый подход к консультированию по планированию семьи и репродуктивному здоровью населения», фонд «Здоровая Россия».
- Приложение 10.47 Эпикриз на девушку-подростка
- Приложение 10.48 Презентация: «МЕТОДОЛОГИЯ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПО ВОПРОСАМ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОДБОРА МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ», д.м.н., профессор, Уварова Е.В.
- Приложение 10.49 Приказ ДЗ Костромской области № 26а от 22.03.2010г «О проведении обучающих семинаров»
- Приложение 10.52: Репродуктивное поведение и здоровье населения (медико-социальные аспекты) Кулигина М.В., Васильева Т.П., Кулигин О.В., Коновалов О.Е., Богатова И.К., Шевелева А.А., Иваново, 2008, 238С.

11. ЛИТЕРАТУРА И МАТЕРИАЛЫ

В дополнении к приложенным документам и материалам, проект рекомендует следующую литературу и материалы, которые являются источниками данного ПГР

- Основная дородовая, перинатальная и постнатальная помощь, учебный семинар, Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, 2002.
- Репродуктивное поведение и здоровье населения (медико-социальные аспекты) Кулигина М.В., Васильева Т.П., Кулигин О.В., Коновалов О.Е., Богатова И.К., Шевелева А.А., Иваново, 2008, 238С.
- Презентация от USAID «ИППП/ВИЧ»
- Кишкун А.А. «Современная клиническая лабораторная диагностика», 2009.
- Руководство по контрацепции под руководством проф.Прилепской В.Н., 2006
- «Основные проблемы репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения подростков и молодежи и пути их решения» Профессор Е.В.Уварова, ФГУ НЦ АГиП им.В.И.Кулакова Росмедтехнологий.
- Медицинские критерии приемлемости гормональной контрацепции, д.м.н. Роговская С.И., ФГУ «НЦАГиП им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий»
- Особенности современной контрацепции у сексуально активных подростков и молодежи, профессор Е.В.Уварова, ФГУ НЦ АГиП им.В.И.Кулакова Росмедтехнологий
- Взросление. Репродуктивное здоровье и здоровый образ жизни. Под редакцией И.И. Гребешевой
- Красная нить. Советы и рекомендации – методы работы по профилактике ВИЧ/СПИДа и половому воспитанию среди подростков.
- Консультирование подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья. Руководство для учреждений, оказывающих медицинскую и консультативную помощь подросткам и молодежи. Москва.2007
- Инфекции, передаваемые половым путем. Руководство для дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов, инфекционистов, педиатров, семейных врачей и руководителей здравоохранения.2009 год