

**ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика
В. И. Кулакова Росмедтехнологии»
Фонд «Здоровая Россия»**

РУКОВОДСТВО ДЛЯ УЧАСТНИКА ОБУЧЕНИЯ
по теме
**«НОВЫЕ ПОДХОДЫ К УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ»**

Продолжительность цикла - 3 дня (24 часа)

МОСКВА, 2008 г

Материалы руководства «Новые подходы к улучшению качества репродуктивного здоровья населения» подготовлены **ФГУ** «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова Росмедтехнологии» в сотрудничестве с Фондом «Здоровая Россия»

Руководство разработано в рамках проекта «Новые подходы к улучшению качества репродуктивного здоровья населения»

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

В. Н. Прилепская, Е.В. Уварова, Л. В. Адамян, К. Г. Серебрянникова, И. Л. Алесина, И. И. Баранов, И. С. Долженко, А. А. Кузмин, Е. А. Межевитинова, Н. М. Назарова, С. И. Роговская, Е. С. Чернышева, В. В. Яглов

Введение

Руководство «Новые подходы к улучшению репродуктивного здоровья населения» предназначено для участников тренинга (врачей акушеров-гинекологов). В основу представленной программы легли последние разработки в области охраны репродуктивного здоровья, в числе авторов - ведущие отечественные специалисты в этой области. Программа базируется на авторских материалах ведущих сотрудников ФГУ «Научный Центр Акушерства, Гинекологии и Перинатологии им. акад. В. И. Кулакова Росмедтехнологии» и рекомендациях Всемирной Организации Здравоохранения в области охраны репродуктивного здоровья, репродуктивного поведения, осознанного регулирования деторождения и эффективного консультирования населения по вопросам репродукции. Приложением к руководству является уникальный набор авторских презентаций по всем темам занятий, которые помогут в усвоении представленной информации, сделают занятия более наглядными, способствуют улучшению восприятия достаточно сложного материала.

Ничто так наглядно не свидетельствует о серьезности демографической проблемы, как цифры и факты. Особенностью современной демографической ситуации в мире являются ускоренные темпы роста населения Земли. Сегодня мировое сообщество столкнулось с проблемой перенаселения территорий большинства стран, притом в основном за счет людей молодого и трудоспособного возраста. Молодежь составляет половину, а в некоторых странах - 75% от всей численности населения.

Напротив, в России, начиная с 1992 года, происходит процесс естественной убыли населения, который не покрывается положительным сальдо миграции.

По предварительной оценке, численность постоянного населения Российской Федерации на 1 января 2008 года составила 142,0 млн. человек и за прошедший год уменьшилась на 237,8 тыс. человек, или на 0,17%. Правда, несмотря на столь плачевный результат, есть и некоторые положительные симптомы — убыль населения в последний год сократилась. Для примера в 2006 год численность населения уменьшилась на 532,6 тыс. человек, или на 0,37%. По мнению аналитиков, отчасти подобная статистика объясняется более четкой организацией и исполнением требований регистрации всех мигрантов. В результате было посчитано, что приток мигрантов из стран ближнего зарубежья компенсировал потери народонаселения России в 2007 году на 46,1%.

Несомненно возымели свой эффект меры, предпринимаемые в последнее время государством: материнский капитал, рост детских пособий, а также общее повышение благосостояния российских граждан. В соответствии с Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 года № 1351, приоритетными направлениями государственной демографической политики в стране являются сокращение уровня материнской и младенческой смертности, укрепление репродуктивного здоровья населения, здоровья детей и подростков. В 2007 году в стране родилось так много детей, сколько не рождалось последние 15 лет - 1 миллион 602 тысячи 387 детей, что на 122,75 тысячи больше, чем в 2006 году. Доля вторых и третьих рождений увеличилась с 33% в начале 2007 года до 42% в конце года.

Нельзя, однако, не учесть и то, что мы сегодня «пожинаем плоды» последнего «беби-бума» конца 80-х годов прошлого столетия, т.к. выросшие дети сегодня выполняют свою репродуктивную программу. В России на 1.01.2007 года численность женщин репродуктивного возраста (15-44 лет) составила 32,720 млн. человек (23,0% от всего населения страны). В то же время, численность подростков и молодежи обоего пола в возрасте от 15 до 19 полных лет, являющихся реальным держателем репродуктивного

потенциала, составила 11,085 млн. человек (7,8% от всего населения страны), в их числе девочек – 5434 и мальчиков – 5651 млн. человек. Численность детей в возрасте от 0 до 4 лет, на которых ляжет основная задача воспроизводства народонаселения через 15-20 лет, еще меньше - 7,223 млн. человек или 5,1% от всего населения. Естественно, уже в ближайшем будущем мы будем иметь сокращение доли молодежи, т.е. трудового и репродуктивного резерва страны.

Как известно для замещения поколений родителей нужен уровень рождаемости, измеряемый суммарным коэффициентом рождаемости, равным, по крайней мере, 2,1, тогда как сейчас он равен 1,32. Для того чтобы поддерживать количество ежегодно рождающихся на нынешнем уровне, компенсируя неблагоприятные изменения возрастного состава населения, в 2010 г. потребуется суммарный коэффициент рождаемости, равный 1,35 (т.е. такой же как сейчас), в 2015 г. – 1,54, в 2020 г. – 1,86, в 2024 г. – 2,07. Очевидно, что достижение такого уровня рождаемости в 2020 и 2024 гг. невозможно.

По данным Госкомстата в 2007 году рождаемость в нашей стране составила 11,3, а смертность – 14,7 на 1000 человек, что свидетельствует о сохранении отрицательного естественного прироста населения страны (-3,4). Если в мире каждую минуту в мире рождается 260 человек, а умирает 107, то в России в минуту рождается около 3 человек, а умирает 5 человек. Смертность превышает рождаемость в среднем по России в 1,6-1,8 раза, а в отдельных регионах в 2-3 раза.

Из приведенных результатов следуют два важных вывода для демографической политики, направленной на повышение рождаемости: во-первых, улучшение условий жизни, условий реализации потребности в детях приведет к некоторому повышению рождаемости, во-вторых, изменение потребности в детях может дать несоизмеримо больший результат, чем улучшение условий жизни. Делать нужно, естественно, и то, и другое. Последнее может дать относительно небольшой, но сравнительно быстрый результат, а первое – несравненно более существенный, но значительно более отдаленный результат.

Низкая рождаемость в России, кстати, как и во многих других странах мира, означает, что подавляющее число пар регулируют деторождение. В России две трети семей отказываются иметь детей по материальным соображениям, откладывая их появление и, тем самым, изменяя календарный план рождений или вообще предпочитая бездетность. Вопрос заключается в том, какие методы они при этом используют: методы планирования семьи, позволяющие предотвратить нежеланное в данной жизненной ситуации зачатие, или прерывание уже возникшей беременности, пусть даже и наиболее щадящим способом.

Как показывают выборочные опросы, российские женщины при низком желаемом числе детей и не всегда эффективной контрацепции характеризуются высокой степенью готовности прервать нежеланную беременность. Населением России аборт до сих пор воспринимается основным инструментом регулирования рождаемости.

Отрадно, что за последние пятнадцать лет в Российской Федерации сохраняется стойкая тенденция к снижению числа абортов во всех возрастных группах. Общее число абортов сократилось с 1684 тыс. в 2003 году до 1302 тыс. в 2007 году (на 22,7%). Показатель абортов на 1000 женщин фертильного возраста уменьшился на 22,4% (с 42,9 в 2003 году до 33,3 в 2007 году), а показатель абортов на 100 родившихся живыми и мертвыми – на 29,3% (с 115,9 до 81,9 соответственно).

Анализ частоты абортов за 2007 год в различных возрастных группах показал, что 51,7% от общего числа абортов произведен у женщин в возрасте 20-29 лет, 20,1% - в 30-34 года. Доля абортов у женщин позднего репродуктивного возраста в 2007 году составила 18,5%.

Приходится с сожалением констатировать сохранение статистики абортов у юных женщин в возрасте до 19 лет во всех регионах России. Так, абсолютное число абортов у

подростков в возрасте до 15 лет составило 793 (0,06% от общего числа абортс во всех возрастных группах), а в возрасте 15-19 лет – 124 480 (9,6% соответственно), в том числе в возрасте 15-17 лет - 343609 (2,66% соответственно).

Серьезной проблемой на сегодня является сохранение постоянной величины доли абортс у беременных впервые (11,2-11,5% процентов от общего числа абортс), в основном за счет подросткового и молодежного контингента. В 2007 году абортс закончилось 11,8% первых беременностей у женщин в возрасте от 15 до 24 лет, но 95,1% у юных женщин в возрасте до 15 лет и у 54,9% - у подростков в возрасте 15-19 лет.

В то же время, около 30-50% из общего числа абортс делаются повторно. На одну женщину за весь репродуктивный период приходится 1,6 абортс.

Сохраняется высокий уровень осложнений после абортс. По данным научных исследований, число осложнений после абортс в России в 3-5 раз выше, чем в странах Западной Европы. В основном, это происходит из-за того, что значительное число абортс (около 80%) производится без учета современных технологий.

Так, по данным Минздравсоцразвития России за 2005-2007 году после прерывания беременности в сроке до 28 недель умерло 250 женщин. Средний возраст умерших женщин после абортс составил 29,4±6,1 года. В их числе оказалось 73 (29,2%) женщины в возрасте 25-29 лет, 67 (26,8%) - 30-34 года, 51(20,4%) – старше 35 лет. Но 18,8% женщин были первобеременными, а 10 погибших были в возрасте до 19 лет.

В общей структуре материнской смертности после прерывания беременности в 2007 году преобладали криминальные и неутонченные абортс (43,8%) и абортс по медицинским показаниям (37,0%). Удельный вес случаев смерти после самопроизвольного прерывания беременности составил 13,7%, а доля летальных исходов после искусственных абортс –5,5%.

Более 70% женщин, сделавших аборт, страдают воспалительными заболеваниями женской половой сферы, высок уровень эндокринных нарушений, бесплодия.

Такая распространенность абортс и их осложнений, естественно, зависит не только от экономической ситуации в стране, но и от доступности и качества служб охраны репродуктивного здоровья, планирования семьи и полового воспитания населения. Крайне редко проводятся до и послеабортное консультирование, медицинское наблюдение и лечение женщин, перенёсших аборт, назначение им контрацепции. Особенно тяжелая ситуация складывается в небольших городах и сельской местности.

Эти факты убедительно говорят о необходимости интенсивной воспитательной работы с населением, которая должна начинаться с информирования о глубине и важности проблемы семьи, планирования беременности и деторождения, сохранения репродуктивного потенциала с юных лет и восстановления репродуктивного здоровья после свершившегося абортс.

Именно планирование семьи, согласно современным представлениям, позволяет супружеским парам и отдельным лицам свободно и с чувством ответственности решать вопрос о количестве и времени рождения своих детей, иметь в своем распоряжении информацию и средства, позволяющие обеспечить осознанный выбор, а также дать возможность использовать весь диапазон безопасных и эффективных методов.

На Всемирном Саммите 2005 года правительства стран мира приняли на себя обязательства "добиться всеобщей доступности репродуктивного здоровья к 2015 году, как было решено на Международной конференции по проблемам народонаселения и развития (A/RES/60/1)".

Отдел народонаселения Департамента по экономическим и социальным вопросам Секретариата ООН весной 2008 года представил подборку данных по ключевым характеристикам репродуктивного здоровья, включающую два важнейших показателя адекватности достижения Целей третьего тысячелетия: распространенность применения всех методов и средств контрацепции и неудовлетворенная потребность в планировании

деторождения. Под неудовлетворенной потребностью в планировании деторождения следует понимать отсутствие желания не только иметь ребенка в ближайшее время, но и использовать какое-либо средство предупреждения зачатия.

По состоянию на ноябрь 2007 года, распространенность применения контрацепции среди женщин репродуктивного возраста, состоящих в браке или брачном союзе, в целом по миру составляет 63% (716 миллионов человек), варьируясь от 3% в Чаде до 90% в Китае. В развитых странах эта доля составляет 67,4%, а в развивающихся лишь немногим меньше - 62,4%. В то же время доля применяющих современные средства контрацепции практически не различается, составляя 56% и в той, и другой группе стран. Исключение составляют страны Африки, расположенные к югу от Экватора, Микронезия, Полинезия и Меланезия и Россия. Распространенность контрацепции в этих странах до сих пор не достигает и 30%. Среди развитых стран в целом наиболее высока распространенность оральной контрацепции (16%) и мужских презервативов (14%). Эти два метода используются практически половиной людей, применяющих средства контрацепции в развитых странах, и лишь двое из десяти прибегают к женской стерилизации или использованию внутриматочных противозачаточных средств (ВМС). В развивающихся странах, напротив, шире распространена женская стерилизация (21%) и использование ВМС (16%), которые применяются 60% людей, прибегающих к контрацепции. Во многих странах использование противозачаточных таблеток - наиболее популярный метод контрацепции, хотя целом по миру его распространенность ниже, чем женская стерилизация и использование ВМС.

По данным отраслевой статистической отчетности в Российской Федерации в 2007 году лишь 27,7% женщин 15-49 лет, состоящих в браке или брачном союзе, использовали современные методы контрацепции, в том числе 14,3% - внутриматочную и 13,4% - гормональную контрацепцию. Однако следует учесть, что до сих пор знания о контрацептивном поведении россиян остаются отрывочными. По данным опроса 11261 мужчин и женщин в возрасте 18-79 лет из 32 регионов России в рамках международной программы Европейской экономической комиссии ООН «Поколения и Гендер», проведенного Независимым институтом социальной политики при финансовой поддержке Пенсионного фонда Российской Федерации и Научного Общества Макса Планка (Германия) в 2004 году (Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе), самыми популярными методами являются презерватив (29% в женской выборке и 35% в мужской выборке) и внутриматочная спираль (24% в женской выборке и 22% в мужской выборке). На третьем месте по частоте использования находится календарный метод (учет опасных дней), и четвертое место делят гормональные противозачаточные таблетки и прерванный половой акт. Другие методы контрацепции используются очень редко. Не получили распространения в России такие эффективные средства пролонгированного действия, как имплантанты, внутримышечные инъекции и прочие гормональные контрацептивы последних поколений.

Эти данные свидетельствуют о том, что переход к современному (эффективному) типу планирования семьи в России еще далек от завершения, поскольку пропорция использующих традиционные средства регулирования деторождения остается существенной, уровень неудач при использовании разных методов контрацепции высок.

Данный учебный цикл основан на принципах обучения взрослой профессионально ориентированной аудитории- акушеров-гинекологов женских консультаций. Известно, что взрослые слушатели обучаются лучше, если они чувствуют, что изучаемая тема важна для их жизни и работы, а также в том случае, если они имеют возможность применить изученные навыки на практике.

«Программа» ориентирована на применение современных методик организации и построения учебного процесса. Специфика данной учебной программы обусловлена необходимостью в сжатые сроки, не нарушая трудовую деятельность, в установочных лекциях и на семинарских занятиях представить основной теоретический материал, а

практическими занятиями и тестовым контролем проверить уровень усвоенных знаний и навыков. Особый акцент в программе сделан на использование ролевых игр, что соответствует современным требованиям к учебному процессу.

Перечень знаний и практических навыков врачей акушеров-гинекологов, прошедших цикл тематического усовершенствования профессионального образования акушеров-гинекологов женских консультаций по программе «Новые подходы к улучшению качества репродуктивного здоровья населения»

В результате прохождения учебного цикла врач акушер-гинеколог должен

знать:

- основные принципы и модели организации службы планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья в Российской Федерации, работу центров планирования семьи, репродуктивного здоровья подростков, клиник, дружественных молодежи;
- возможности интеграции деятельности службы планирования семьи и социальной, правовой, медицинской и образовательно-информационными службами и др.;
- основы статистического анализа показателей репродуктивного здоровья населения;
- современные представления об анатомо-функциональных особенностях репродуктивной системы женщины в различные возрастные периоды;
- современные методы регуляции рождаемости,
- критерии ВОЗ последнего пересмотра о приемлемости различных средств и методов регуляции рождаемости;
- механизмы действия современных гормональных контрацептивных препаратов;
- побочные реакции и осложнения при использовании современных средств регуляции рождаемости;
- профилактика ИППП/ВИЧ и служба планирования семьи.

понимать:

- цели и задачи акушера-гинеколога в консультировании населения по вопросам планирования семьи;
- методологию консультирования;

уметь:

- анализировать качественные и количественные статистические показатели репродуктивного здоровья;
- оценить состояние репродуктивного здоровья пациентов для выбора метода регуляции рождаемости;
- квалифицированно консультировать население и пациенток различных возрастных групп по вопросам планирования семьи, регуляции рождаемости и репродуктивного здоровья;
- использовать методики социально-психологического консультирования;
- осуществить индивидуальный подбор современных методов регуляции рождаемости, в том числе после родов и аборта, с учетом критериев ВОЗ;
- обучить пациентов использовать современные методы экстренной и постоянной контрацепции;
- решить вопросы профилактики и устранения побочных эффектов и осложнений, связанных с неправильным использованием и индивидуальной реакцией на метод регуляции рождаемости;
- осуществить организационные мероприятия и провести лечение сексуальных партнеров с инфекциями, передаваемыми половым путем, с ВИЧ/СПИД.

владеть культурой:

- коммуникации с населением различных социальных слоев и возрастных категорий.

Программа предусматривает чтение установочных лекций, проведение практических занятий и семинаров.

Оценка знаний и умений обучающихся проводится с помощью вводного и итогового теста, который включает вопросы по основным проблемам курса.

Программа рассчитана на обучение в течение 3-х рабочих дней (24 часов с перерывами).

Аннотированный перечень разделов программы

1. «КОНЦЕПЦИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА ПЕРИОД ДО 2025 ГОДА». НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ. ПОКАЗАТЕЛИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ, РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПОТЕРИ, АБОРТЫ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ.

Основные принципы демографической политики РФ в период до 2025 года. Репродуктивное здоровье семьи в рамках государственной программы развития здравоохранения до 2012 года. Правовая основа охраны здоровья семьи в РФ. Современные показатели демографии, репродуктивного здоровья семьи и репродуктивных потерь в РФ. Семья и ее роль в формировании здорового образа жизни. Структура, частота и последствия абортов для репродуктивного здоровья семьи в РФ.

2. СЛУЖБА ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ И ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ РОССИИ.

Структура, уровни, цели и основные задачи государственной службы планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья жителей РФ. Основные международные и национальные документы, регламентирующие деятельность служб планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья в Российской Федерации.

3. МЕТОДОЛОГИЯ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПО ВОПРОСАМ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ, КОНТРАЦЕПЦИИ, ПОДГОТОВКИ К БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ.

Понятие, цели и принципы консультирования. Виды и основные навыки консультирования. Права и обязанности консультанта и пациента. Обстановка при консультировании. Психологические проблемы консультирования. Консультирование в сфере планировании семьи. Особенности консультирования в различные возрастные периоды. Первичное и повторное консультирование по вопросам контрацепции. Особенности консультирования при возникновении проблем и неудач примененного метода контрацепции. Консультирование по вопросам контрацепции после аборта, родов. Основы доказательной медицины.

4. АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНСКОЙ И МУЖСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Современные представления о функционировании репродуктивной системы в различные возрастные периоды жизни. Анатомо-физиологические особенности репродуктивной системы женщины и мужчины. Генетические и эпигенетические факторы риска нарушений репродуктивной системы женщины. Современные представления о регуляции менструального цикла и овуляции.

5. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ.

Основные этапы и проблемы физического, полового и психосексуального развития детей и подростков. Стандарты полового развития девочек и мальчиков. Современные показатели и прогноз репродуктивного поведения и репродуктивного здоровья подростков и молодежи. Особенности консультирования и подбора методов контрацепции для подростков и молодежи.

6. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РЕГУЛЯЦИИ РОЖДАЕМОСТИ. ВОПРОСЫ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОДБОРА И ПРИЕМЛЕМОСТИ СРЕДСТВ КОНТРАЦЕПЦИИ С УЧЕТОМ КРИТЕРИЕВ ВОЗ И ПРИНЦИПОВ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

История контрацепции. Структура, частота использования, механизмы действия, преимущества и недостатки современных методов регуляции рождаемости. Распространенность методов контрацепции. Медицинские критерии ВОЗ последнего пересмотра по индивидуальному подбору, показаниям и противопоказаниям к использованию метода контрацепции. Экстренная и постоянная контрацепция. Маркетинговые исследования при выборе ассортимента контрацептивов. Показатели качества контрацепции. Основы индивидуального выбора метода контрацепции у подростков и женщин репродуктивного возраста, в том числе после родов и аборта.

7. ГОРМОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ. КРИТЕРИИ ПРИЕМЛЕМОСТИ, ОСОБЕННОСТИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ГРУППЫ РИСКА.

Историческая справка. Виды и состав гормональных контрацептивов (ГК): оральные таблетки, инъекционные контрацептивы, подкожные имплантаты, вагинальные кольца, внутриматочные средства. Основные принципы подбора ГК. Эффективность и приемлемость ГК у сексуально активных женщин различного возраста. Противопоказания для назначения ГК различного состава. Характер побочных реакций и виды осложнений при приеме ГК – тактика акушера-гинеколога. Особенности механизма действия современных комбинированных гормональных контрацептивов (КГК). Схемы назначения КГК. Тревожные симптомы, требующие немедленного прекращения приема КГК. Совместимость КГК с препаратами других фармакотерапевтических групп. Факторы, повышающие риск осложнений при назначении КГК. Возможность длительного приема ГК. Лечебные аспекты применения КГК. Контрацепция после прерывания беременности в первом и втором триместрах. Метод лактационной аменореи и контрацепция после родов.

8. ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, ВИЧ/СПИД И КОНТРАЦЕПЦИЯ.

Структура, распространенность и виды передачи инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) и ВИЧ в современной популяции жителей РФ. Факторы, оказывающие влияние на распространенность ИППП. Значение и выбор контрацепции для профилактики ИППП и ВИЧ. Консультирование и информирование по проблемам ИППП, ВИЧ/СПИД. Рекомендации по профилактике передачи ИППП/ВИЧ

Контроль приобретенных навыков.

В начале и в конце цикла обучения Вам будет предложен тест по определению уровня имеющихся и приобретенных в результате обучения знаний и умений. Вам будет предложено пройти письменное тестирование

Рекомендуемое расписание и тематика занятий

1 день

Занятие 1	60 мин
Открытие, знакомство, ожидания, анкетирование, обзор программы тренинга	

Занятие 2	45 мин
Концепция демографической политики РФ на период до 2025 года. Национальные программы в области охраны репродуктивного здоровья населения и планирования	

Занятие 3	45 мин
------------------	---------------

Показатели репродуктивного здоровья женщины, репродуктивные потери, контрацепция, аборты и их последствия.

Занятие 4 **45 мин**
Организация и принципы работы службы планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья

Занятие 5 **45 мин**
Анатомо-функциональные особенности репродуктивной системы женщины. Современные представления о регуляции менструального цикла и овуляции.

Занятие 6 **60 мин**
Основные проблемы репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения подростков и молодежи. Пути их решения

Занятие 7 **45 ми**
Медицинские критерии приемлемости методов контрацепции (ВОЗ, 2004 г.)

Обсуждение, ответы на вопросы, подведение итогов первого дня работы, обзор программы следующего дня **15 мин**

2 день

Занятие 8 **40 мин**
Комбинированная оральная контрацепция.

Занятие 9 **20 мин**
Пролонгированная контрацепция.

Занятие 10 **45 мин**
Контрацептивные релизинг системы

Занятие 11 **30 мин**
Экстренная контрацепция

Занятие 12 **30 мин**
Внутриматочные методы контрацепции

Занятие 13 **45 мин**
Контрацепция после прерывания беременности в первом и во втором триместрах и вопросы консультирования

Занятие 14 **45 мин**
Контрацепция после родов, включая МЛА и вопросы консультирования

Занятие 15 **45 мин**
Особенности современной контрацепции у сексуально активных подростков и молодежи

Занятие 16 **45 мин**

Контрацепция у женщин в перименопаузе

Обсуждение, ответы на вопросы, подведение итогов второго дня работы, обзор программы следующего дня **15 мин**

3 день

Занятие 17

60 мин

Контрацепция в программах профилактики, лечения и реабилитации женщин с гинекологическими заболеваниями

Занятие 18

30 мин

Барьерные методы контрацепции, их роль в профилактике инфекций передаваемых половым путем

Занятие 19

30 мин

Планирование семьи и контрацепция у женщин, живущих с ВИЧ. Сочетание методов контрацепции и антиретровирусной терапии

Занятие 20

220 мин

Методология консультирования по вопросам репродуктивного здоровья и индивидуального подбора методов контрацепции (мастер класс)

Обсуждение, ответы на вопросы, подведение итогов

20 мин

ЗАНЯТИЕ 1

ЗНАКОМСТВО/ОТКРЫТИЕ ЦИКЛА

1. Знакомство

Каждый участник представляется по предложенной форме, сообщив о себе следующую информацию:

- Имя и предпочтительная форма обращения.
- Место работы.
- Название Вашей организации и занимаемая должность.
- Опыт в области планирования семьи и участие в аналогичных учебных курсах (кратко).

2. Обзор ожиданий от курса.

Постарайтесь заранее продумать, и кратко изложить, что Вы ожидаете от данного курса, каковы Ваши пожелания по тематике и методике, какие материалы и информацию Вы бы хотели получить по окончании курса. Помните, что в пределах одного цикла обучения невозможно охватить все темы, поэтому постарайтесь сформулировать свои ожидания, по возможности в рамках целей и задач данного учебного курса.

3. Цель и ожидаемые результаты учебного курса.

Цель:

Предоставление врачам акушерам-гинекологам адекватных сегодняшнему уровню развития медицины и здравоохранения знаний в области охраны репродуктивного здоровья с акцентом на современные методы контрацепции, а также навыков

консультирования населения по вопросам улучшения репродуктивного здоровья семьи и планирования деторождения.

Ожидаемые результаты обучения:

- эффективное консультирование клиентов по различным методам планирования семьи;
- предоставление клиентам информации о современных методах контрацепции, основанной на доказательной медицине;
- применение навыков консультирования в области репродуктивного здоровья при работе с различными группами населения;
- умение представлять информацию о мерах предосторожности, необходимых для профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и ВИЧ-инфекции;
- владение навыками распространения информации о методах контрацепции и навыками консультирования по вопросам планирования семьи среди других медицинских работников в своем учреждении;
- умение поддерживать своих коллег при внедрении современных методов и подходов в консультировании.

4. Ключевые принципы, на которых основан курс:

- Доступ к информации и выбор в отношении планирования семьи - неотъемлемое право человека.
- Медицинский работник является ключом к успешному предоставлению услуг по планированию семьи на современном уровне.
- Мы сможем оказывать более качественные услуги по планированию семьи, если наша работа будет основана на научных доказательствах в отношении наиболее эффективных методов.
- Клиент должен иметь возможность выбора метода контрацепции в соответствии со своими потребностями и предпочтениями.
- Консультирование по планированию семьи необходимо для того, чтобы помочь клиенту сделать информированный выбор относительно подходящего для него/нее метода, и затем постоянно и правильно применять этот метод.
- Для максимальной эффективности консультирование по планированию семьи должно быть интегрировано в комплексное оказание других медицинских услуг (помощь в дородовом и послеродовом периоде, уход за здоровым ребенком, помощь при ИППП/ВИЧ и т.д.).
- Медицинские работники должны использовать все возможности для распространения информации относительно современных средств контрацепции среди клиентов, прочих сотрудников в своих медицинских учреждениях, других представителей своего сообщества, а также членов своих семей и друзей.

В конце Занятия 1 проводится письменное тестирование и обзор расписания ежедневных занятий, время перерывов. Обратите внимание на тематику занятий, которое содержится в данном руководстве. Точное расписание занятий Вам предоставят дополнительно.

ЗАНЯТИЕ 2

КОНЦЕПЦИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА ПЕРИОД ДО 2025 ГОДА». НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ

Концепция демографической политики определена указом Президента Российской Федерации для увеличения продолжительности жизни населения, сокращения уровня смертности, роста рождаемости, регулирования внутренней и внешней миграции, сохранения и укрепления здоровья населения и улучшения на этой основе демографической ситуации в стране.

В России сохраняется отрицательный естественный прирост населения страны, равный - 3,4 (в 2,6 раза меньше, чем необходимо для замещения поколений), происходит сокращение численности детей в возрасте от 0 до 18 лет с 2001 по 2007 г. на 6,265 млн человек. Притом спад рождаемости в РФ можно назвать неизбежным процессом, так как демографические перспективы России при сохранении прежнего отношения к проблеме здоровья и численного состава населения, в том числе к мигрантам, являются наихудшими во всем мире. Одной из основных причин сложившегося демографического кризиса является постарение населения и резкого сокращения численности детей и подростков.

Целями демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года являются:

- стабилизация численности населения к 2015 году на уровне 142 - 143 млн. человек;
- создание условий для роста численности населения к 2025 году до 145 млн. человек;
- повышение качества жизни и увеличение ожидаемой продолжительности жизни к 2015 году до 70 лет, к 2025 году - до 75 лет.

Принципы, на которых базируется решение демографической проблемы в РФ

- комплексность решения демографических задач - мероприятия в этой сфере должны охватывать направления демографического развития (смертность, рождаемость и миграцию) в их взаимосвязи;
- концентрация на приоритетах - выбор по каждому направлению демографического развития наиболее проблемных вопросов и применение эффективных механизмов их решения;
- своевременное реагирование на демографические тенденции в текущий период;
- учет региональных особенностей демографического развития и дифференцированный подход к разработке и реализации региональных демографических программ;
- взаимодействие органов государственной власти с институтами гражданского общества;
- координация действий законодательных и исполнительных органов государственной власти на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

Основные этапы и ожидаемые результаты реализации «Концепции»:

На первом этапе (2007 - 2010 годы) будут созданы условия, позволяющие уменьшить остроту демографического кризиса, сформировать правовую, организационную и финансовую базу для наращивания дальнейших усилий по поддержке и закреплению позитивных тенденций к началу 2011 года.

В результате реализации мероприятий первого этапа предполагается снизить темпы естественной убыли населения и обеспечить миграционный прирост.

На втором этапе (2011 - 2015 годы) будет продолжено осуществление мероприятий по стабилизации демографической ситуации. По итогам реализации второго этапа предполагается к 2016 году:

- стабилизировать численность населения на уровне 142 - 143 млн. человек;
- увеличить показатель ожидаемой продолжительности жизни до 70 лет;
- увеличить в 1,3 раза по сравнению с 2006 годом суммарный коэффициент рождаемости, на треть снизить уровень смертности населения;
- уменьшить отток квалифицированных специалистов,
- увеличить объемы привлечения на постоянное место жительства в Российскую

Федерацию соотечественников, проживающих за рубежом, квалифицированных иностранных специалистов и молодежи,

- обеспечить на этой основе миграционный прирост на уровне не менее 200 тыс. человек ежегодно.

На третьем этапе (2016 - 2025 годы) предусматривается на основе оценки влияния реализуемых проектов и программ на демографическую ситуацию проводить мероприятия по упреждающему реагированию на возможное ухудшение демографической ситуации в стране. К 2025 году предполагается:

- обеспечить постепенное увеличение численности населения (в том числе за счет замещающей миграции) до 145 млн. человек;
- увеличить ожидаемую продолжительность жизни до 75 лет;
- увеличить в 1,5 раза по сравнению с 2006 годом суммарный коэффициент рождаемости, снизить уровень смертности в 1,6 раза;
- обеспечить миграционный прирост на уровне более 300 тыс. человек ежегодно.

Решение задач по укреплению репродуктивного здоровья населения:

- обеспечение доступности и повышение качества медицинской помощи по восстановлению репродуктивного здоровья, в том числе вспомогательных репродуктивных технологий, снижение доли рабочих мест с тяжелыми, вредными и опасными условиями труда в целях сохранения репродуктивного здоровья;
- усиление профилактической работы по предупреждению алкоголизма, наркомании, табакокурения, нежелательной беременности у подростков и молодежи;
- формирование у различных групп населения, особенно у подрастающего поколения, мотивации для ведения здорового образа жизни путем повышения информированности граждан через средства массовой информации о влиянии на здоровье негативных факторов и возможности их предупреждения.

Решение задач по укреплению здоровья детей и подростков:

- проведение профилактических мероприятий в целях раннего выявления нарушений состояния здоровья детей и подростков,
- обеспечение доступности первичной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи детям,
- совершенствование системы оказания реабилитационной помощи детям и подросткам, восстановительной медицины,
- развитие системы оказания медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях,
- организация качественного горячего питания школьников и учащихся учреждений начального профессионального образования, в том числе бесплатного питания для детей из малообеспеченных семей,
- обязательность занятий физической культурой во всех типах образовательных учреждений.

Решение задач по укреплению здоровья и планированию семьи:

- 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, подготовки и комплексного сопровождения семей, принимающих на воспитание детей, оставшихся без попечения родителей;
- пропаганду ценностей семьи, имеющей нескольких детей, а также различных форм семейного устройства детей, оставшихся без попечения родителей, в целях формирования в обществе позитивного образа семьи со стабильным зарегистрированным браком супругов, имеющих нескольких детей или принимающих на воспитание детей, оставшихся без попечения родителей;
- реализацию комплекса мер по дальнейшему снижению числа преждевременного

- прерывания беременности (абортов);
- повышение обязательств родителей по обеспечению надлежащего уровня жизни и развития ребенка;
- создание специализированной системы защиты прав детей, включая дальнейшее развитие института уполномоченных по правам ребенка в субъектах Российской Федерации, внедрение в работу органов исполнительной власти и судебных органов современных технологий профилактики правонарушений, защиты прав детей, социальной реабилитации и последующей интеграции в общество несовершеннолетних правонарушителей и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Национальные программы здоровья

В рамках стратегии развития России до 2020 года готовятся два проекта документов в сфере здравоохранения: среднесрочная госпрограмма развития здравоохранения до 2012 года, которая продолжает приоритетный национальный проект «Здоровье» и включает ряд федеральных целевых программ, а также долгосрочная концепция развития здравоохранения до 2020 года.

Основные проблемы, имеющиеся в системе здравоохранения РФ и пути их решения.

Имеющиеся проблемы:

- высокий уровень общей смертности населения (16,0 случаев на 1000 человек), особенно среди мужчин трудоспособного возраста;
- ежегодно в России признаются инвалидами более 1,1 млн. человек;
- остается низкой ожидаемая продолжительность жизни, которая в 2004 году составила 65,5 года, в т.ч. у мужчин - 59 лет, женщин - 72 года. По этому показателю Россия занимает 134-е место в мире;
- укомплектованность первичного звена здравоохранения составляет 56 %, при среднем возрасте врачей 52 года. Проблему усугубляет низкая зарплата - почти у 40 % врачей она ниже прожиточного минимума. Изношенность основных фондов учреждений здравоохранения достигла уровня почти 60 %.
- высокий износ оборудования и санитарного транспорта (около 65 %) станций и отделений скорой медицинской помощи, на балансе которых находится 39000 автомобилей «Скорой помощи».

Пути решения:

- Повышение приоритетности первичной медико-санитарной помощи (переход на новые формы оплаты труда медицинских работников первичного звена).
- Усиление профилактической направленности здравоохранения, формирование у населения культуры здоровья, повышение мотивации к его сохранению, формирование паспорта здоровья (возрождение профилактического направления в здравоохранении, иммунизация населения в рамках национального календаря, повышение качества обследования новорожденных детей, дополнительная диспансеризация работающего населения).
- Удовлетворение потребности населения в дорогостоящих видах медицинской помощи, перевод федеральных специализированных учреждений на работу в условиях государственного заказа (строительство медицинских центров в федеральных округах, модернизация механизма предоставления высокотехнологичной медицинской помощи и увеличение объема квот).

ЗАНЯТИЕ 3

ПОКАЗАТЕЛИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ, РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПОТЕРИ, АБОРТЫ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разработаны четкие определения понятий «репродуктивное здоровье», «сексуальное здоровье», «репродуктивное поведение», «репродуктивные потери» одновременно демонстрируя соответствующие слайды:

Понятие **«Репродуктивное здоровье»** определяется Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как 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.

Репродуктивное здоровье включает право женщин и мужчин:

- на приносящую удовлетворение и безопасную сексуальную жизнь.
- возможность рождения детей
- свободу в принятии решения о наличии, количестве детей и возрасте их рождения
- получать информацию, самостоятельно выбирать и иметь свободный доступ к безопасным, эффективным и приемлемым методам регулирования рождаемости
- иметь доступ к соответствующим медицинским услугам, позволяющим женщине с безопасностью проходить через период беременности и родов.

Понятие **«Сексуальное здоровье»** определяется Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как комплекс соматических, эмоциональных, интеллектуальных и социальных аспектов сексуального бытия человека, который позитивно обогащает и развивает личные качества, способность к общению и любви.

Сексуальное здоровье подразумевает:

- позитивный подход к вопросам сексуальности и сексуальных отношений, основанный на взаимном уважении.
- _возможность безопасной и приносящей удовольствие сексуальной жизни без принуждения, дискриминации и насилия.

Репродуктивное и сексуальное здоровье являются аспектами образа жизни и привычек, поэтому в современных условиях особую важность приобрело понятие **«Репродуктивное поведение»**, которое определяется как система действий, отношений и психических состояний личности, связанных с рождением или отказом от рождения детей любой очередности, в браке или вне брака.

Основными компонентами репродуктивного поведения являются:

- Потребности (личности, семьи в числе детей)
- Установки (идеальное, желаемое и ожидаемое число детей)
- Мотивы (экономические, социальные, психологические)
- Интересы
- Планы

- Решения
- Действия
- Результаты действий (рождение детей, контрацептивные меры, аборты)

Понятие **«Репродуктивные потери»** определяет потери в процессе воспроизводства потомства и включает материнскую смертность, плодовые потери, к которым относят не только самопроизвольные выкидыши и перинатальную смертность. К репродуктивным потерям, безусловно, должна быть отнесена младенческая смертность, поскольку, во-первых, в течение первого года жизни ребенок физиологически зависим от организма матери, и не является вполне самостоятельным организмом, а, во-вторых, в большинстве случаев причиной смерти младенцев являются патологические состояния перинатального периода.

Показатели репродуктивного здоровья:

- количество родов,
- количество осложненных родов,
- количество женщин, пользующихся контрацептивами,
- количество абортов (на 100 родов, на 1000 женщин репродуктивного возраста, на 100 живорожденных)
- гинекологическая заболеваемость детей и подростков,
- гинекологическая заболеваемость женщин репродуктивного возраста,
- уровень бесплодия,
- количество ИППП/ВИЧ/СПИД

Показатели репродуктивных потерь:

- материнская смертность,
- детская (в том числе нео-, пери- и постнатальная) смертность,
- невынашивание беременности,
- внематочная беременность

Основные факторы, обусловившие ухудшение репродуктивного здоровья населения в России в 90-е годы:

- снижение интенсивности деторождения при одновременной трансформации возрастной структуры рождаемости;
- увеличение пренатальных репродуктивных потерь за счет вынужденных и самопроизвольных прерываний беременности;
- рост гинекологической, соматической эндокринной патологии среди женского населения и девочек-подростков;
- нарушение гестационного процесса (рост экстрагенитальной заболеваемости и акушерской патологии при беременности), а также увеличение числа осложнений в родах, в том числе управляемой интранатальной патологии;
- ухудшение здоровья рождающегося потомства - увеличение числа маловесных и недоношенных детей, повышение заболеваемости новорожденных;
- неблагоприятная динамика структуры перинатальной смертности и высокий уровень предотвратимой патологии, отражающие дефекты организации родовспоможения и медицинской помощи женщинам и детям;
- снижение качества акушерской и перинатальной помощи, наиболее выраженные в середине 90-х годов.

В России существует негативная динамика возрастных коэффициентов рождаемости со сдвигом в сторону старших возрастных групп. Минимальные темпы снижения деторождения в 90-е годы у юных женщин, а также «инверсия» возрастных коэффициентов рождаемости в группах 15-19 и 30-34-лет (двойной «перекрест» показателей в 1990 и 1999 гг.) характеризует тенденции социального статуса населения этих возрастных групп в течение переходного периода в России. Двукратное снижение интенсивности деторождения у юных женщин в 2000-х годах в сравнении с 1991 г. при одновременном повышении показателя в группе 30-34 летних женщин отражает (наряду с изменением репродуктивных установок в обществе) противоположную динамику качества жизни и социальных условий населения этих возрастных групп.

Следует обратить внимание, что для оценки динамики репродуктивного процесса, наряду с показателями рождаемости, важен анализ уровня и структуры аборт, как показателя, характеризующего не только тенденции репродуктивного поведения женщин (искусственные аборты по желанию женщины), но и состояние здоровья женской популяции (число беременностей, прервавшихся спонтанно, и прерванных по вынужденным показаниям). Число «несостоявшиеся» беременности характеризует уровень репродуктивных потерь на пренатальном этапе (в России до 28 недель гестации).

Динамика исходов всех беременностей у российских женщин в течение последних лет характеризуется устойчивой благоприятной тенденцией - увеличением доли родов (с 32,7% от числа всех беременностей в 1991 г. до 50,8 в 2006 г.) и соответственно снижением удельного веса абортов в структуре беременностей до 49,2% в 2006 г. Следовательно, в последние годы в России наметились устойчивые положительные тенденции репродуктивно-демографических показателей, и в 2006 г. впервые в стране число родов на 3,6% превысило общее число зарегистрированных абортов; в отношении искусственных абортов (суммы медицинских легальных, неуточненных и криминальных) это превышение достигло 23,4%.

Важно указать, что искусственные аборты не обосновано включать в репродуктивные потери, т.к. прерывание беременности по желанию женщины отражает лишь несостоятельность применяемой контрацепции, т.е. неэффективность мер по предупреждению нежеланной беременности, сохранение которой невозможно для данной женщины (семьи) в настоящее время.

Общее число абортов в стране (согласно статистической форме №13) уменьшилось в 2007 г. до 1302480; показатель частоты абортов снизился при этом до уровня 81,9 на 100 родившихся, т.е. менее единицы, что, бесспорно, характеризует позитивные тенденции в репродуктивном поведении женщин и свидетельствует о тенденции к замещению аборта регулированием рождаемости.

По возрастному распределению абортов Россия существенно отличается от многих западных стран, где проблема незапланированной беременности и аборта, в первую очередь, касается подростков и молодых незамужних женщин. О динамике социальных абортов, число которых уменьшается, как известно, директивным методом (путем снижения показаний к ним), говорить не приходится. При этом следует иметь в виду возможность неполной регистрации произведенных абортов, прежде всего в коммерческих учреждениях.

Важно помнить и о последствиях абортов для функции репродуктивной системы и последующего деторождения, а также об экономических потерях для страны (см. таблицу)

Таблица. Экономические потери, связанные с проведением искусственного прерывания беременности в России (данные Минздрава России)

млн. рублей)

(в

Затраты в связи с абортами за год (б/л по временной нетрудоспособности)	127,26
Определение стоимости не созданной продукции в связи с абортами за год	520,93
Потери в связи с временной нетрудоспособностью по поводу аборт (б/л + произведенная продукция)	648,20
Стоимость абортов с учетом осложнений	782,91
Стоимость прерывания беременности в ранние сроки	91,78
Стоимость неосложненных абортов	587,18
Стоимость неосложненного прерывания беременности в ранние сроки	100,22
Общие экономические потери в связи с прерыванием беременности	2210,3

ВИЧ/СПИД

Каждый день 110-120 россиян узнают о диагнозе ВИЧ-инфекция, т.е. каждую минуту до 6 человек. В 2008 году – более 426 тысяч человек. В 86% случаев – это молодежь в возрасте до 30 лет. Продолжает увеличиваться количество молодых ВИЧ-положительных женщин (более 60% от всех случаев ВИЧ). Больше половины инфицируются половым путем. В настоящий момент в России зарегистрировано более 440 тыс. случаев ВИЧ инфекции. Следует отметить, что по расчетным данным объединенной программы ООН по СПИДу, эта цифра в реальности может достигать 1-1,5 миллионов человек.

Репродуктивные потери.

Учитывая значимость невынашивания беременности в репродуктивных потерях, заболеваемости и смертности детей, увеличение показателя в начале и конце 90-х годов можно считать весьма важным признаком снижения качества репродуктивного потенциала населения в эти годы. В течение последних лет отмечена положительная тенденция показателя преждевременных родов, снизившегося на 23,9% от уровня 1991 года. Число абортов среди наблюдавшихся беременных уменьшилось лишь на 2,8% (с 4,36% до 4,24% от числа закончивших беременность). Это связано, в том числе, с увеличением возраста рожаящих женщин, что является фактором риска невынашивания, генитальной и соматической патологии у беременных.

Одной из основных причин материнской и перинатальной смертности являются осложненное течение родов, о чем косвенно свидетельствуют и структура причин материнской смертности. Следует отметить значимую долю предотвратимых и условно-предотвратимых потерь в материнской смертности, достигающих 83,3%. В 13,3% случаев официально установленной причиной смерти женщин явилась ятрогенная патология, т.е. управляемая причина.

Показатель и структура перинатальной смертности, как и материнской, также отражает репродуктивный потенциал не только количественно (как уровень безвозвратных репродуктивных потерь), но и качественно, по структуре причин смертности, прежде всего предотвратимых. Регистрируемое в России снижение перинатальной смертности (с 17,9 в 1991г. до 9,07 на 1000 родившихся в 2007 году) сопровождается неблагоприятным изменением ее структуры, и прежде всего, отмеченным

ранее увеличением удельного веса доношенных среди перинатальных потерь в акушерском стационаре, среди родившихся мертвыми и умерших в возрасте 0-6 дней.

Суммарный показатель общих репродуктивных потерь (фетальных и младенческих) с учетом не только пренатального этапа (спонтанных и вынужденных абортов до 28 недель беременности), но и мертворожденных в сроке «28 недель гестации и более» массой тела более 1000 г. (учитываемых по статистической форме №32), а также числа детей, умерших на 1-м году жизни, уменьшился с 23,67 на 1000 родившихся в 2003 г. до 14,72 в 2007 г., все остается выше, чем требуется для международного признания страны с цивилизованной политикой государства.

Всё вышеперечисленное доказывает необходимость разработки и внедрения безотлагательных действенных программ, направленных на улучшение качества репродуктивного здоровья членов семьи для рождения желанных и здоровых детей.

ЗАНЯТИЕ 4

ОГРАНИЗАЦИЯ И ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ СЛУЖБЫ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ И ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Многие годы планирование семьи понималось как ограничение рождаемости. Но планирование семьи - это обеспечение права семьи иметь здоровье для рождения желанных и здоровых детей. Другими словами, планирование семьи - это дети по желанию, а не по случаю. Планирование семьи помогает людям сознательно выбирать количество детей в семье и сроки их рождения, планировать свою жизнь, избежать ненужных тревог и волнений.

В материалах Международной Конференции по народонаселению и развитию (Каир, 1994), а также в многочисленных документах международного уровня репродуктивные права определяются совокупностью следующих прав:

- Право супружеских пар и индивидов на свободный выбор и свободное определение времени и периодичности рождения детей;
- Право граждан на получение исчерпывающей информации и средств для осуществления ими этого выбора;
- Право на свободу от дискриминации, произвола и насилия при принятии и осуществлении ими решений в области воспроизводства и оказании медицинской и иной помощи в сфере репродуктивного здоровья;
- Право на свободный доступ к медицинским учреждениям, ответственным за поддержание репродуктивного здоровья, и к службам планирования семьи;
- Право на услуги служб планирования семьи;
- Право на конфиденциальность, доступность и высокое качество обслуживания при обращении в медицинские учреждения, ответственные за репродуктивное здоровье граждан, и в службы планирования семьи;
- Право на гуманное обращение при обращении в медицинские учреждения и иные службы, уважение чести и достоинства, нравственных, религиозных и иных взглядов и убеждений, национальной и социальной принадлежности, пола, возраста, сексуальной ориентации и иных особенностей;
- Право на защиту от любых произвольных и насильственных действий со стороны учреждений, должностных лиц, отдельных граждан, нарушающих репродуктивные права граждан и наносящие ущерб их репродуктивному здоровью;
- Право на доступ ко всем современным методам и средствам поддержания репродуктивного здоровья и регулирования рождаемости, а также на всеобъемлющую информацию о них;
- Право на пользование достижениями научного прогресса в области репродуктивного здоровья и рождаемости;
- Право на бесплатную и доступную медицинскую помощь на всех стадиях беременности, при родах и в послеродовом периоде;

- Право на профилактику и лечение бесплодия;
- Право на медицинскую и иную помощь при искусственном оплодотворении;
- Право на искусственное прерывание беременности, а также на лечение последствий осложненного аборта;
- Право на бесплатное лечение и медицинскую помощь в государственных медицинских учреждениях инфекционных и иных заболеваний, передаваемых половым путем.

Нельзя переоценить как индивидуальное, так и общественное значение планирования семьи.

Важное для каждого человека, для каждой семьи значение планирование семьи – это, прежде всего, рождение желанных и здоровых детей, сохранение физического и психического здоровья женщин и мужчин, снижение детской и материнской смертности, улучшение детско-родительских отношений (как следствие того, что ребенок изначально не считался обузой, нелепой случайностью), достижение гармонии психосексуальных отношений в браке, осуществление жизненных планов.

Общественное значение планирования семьи это снижение числа аборт, улучшение репродуктивного здоровья населения; экономия средств, затраченных на лечение осложнений после абортов, мужского и женского бесплодия; повышение продолжительности жизни граждан; профилактика детского социального сиротства; повышение производительности труда; повышение экономического благосостояния общества

Именно поэтому в настоящее время в мире возникла глобальная потребность в планировании семьи.

Одним из основных выводов, который можно сделать по результатам международных исследований, является подтверждение факта, что около 200 миллионов женщин заявляют, что:

- не хотят больше иметь детей, или
- не хотят иметь еще одного ребенка в ближайшее время, или
- хотят отложить рождение первого ребенка,
- однако **не используют никаких методов контрацепции**, т.к. не имеют доступа или полагают, что не забеременеют или опасаются побочных эффектов или не могут противостоят возражениям со стороны семьи.

Результат – нежеланные беременности, аборты, подорванное здоровье или материнская смертность

Эти данные свидетельствуют о том, что переход к современному (эффективному) типу планирования семьи не только в России, но и в мире еще далек от завершения, поскольку пропорция использующих традиционные средства регулирования деторождения остается существенной, уровень неудач при использовании разных методов контрацепции высок.

Доказанная база необходимости и экономической целесообразности государственных программ в области охраны репродуктивного здоровья

- универсальный доступ к планированию семьи мог бы спасти жизнь около 175000 женщин в год;
- увеличение интервалов между рождениями даже на 3 года позволяет предотвратить смерть 1,8 миллионов детей в возрасте до 5 лет;
- предоставление возможности юным сексуально активным женщинам избежать нежеланной ранней беременности даст возможность закончить среднее или высшее образование;
- своевременное информирование и обучение навыкам гигиены сексуальных отношений позволит предотвратить распространение ИППП/ВИЧ, в том числе от матери к ребенку.

В России разработан ряд программ, направленных на улучшение здоровья населения, его демографической структуры, укрепление семьи, гуманное регулирование рождаемости.

Основной стратегической целью деятельности современных российских программ охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи является повышение уровня рождаемости, снижение числа аборт, предупреждение инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ/СПИД, сохранение репродуктивного здоровья, регуляция деторождения.

Для удовлетворения потребности женщины в планировании семьи врачам акушерам-гинекологам необходимо ориентировать свои услуги на меняющиеся потребности клиента. Текущие потребности населения в вопросах планирования и охраны репродуктивного здоровья семьи можно сформулировать следующим образом:

- Женщины нуждаются в точной информации и поддерживающем консультировании на различных жизненных этапах - хочет ли (семейная) пара отложить рождение первого ребенка (удлинить протогенетический интервал), или последующих детей (увеличить интергенетический интервал), или полностью ограничить деторождение - все это в значительной степени повлияет на тот выбор, который они сделают.
- Личные предпочтения меняются с возрастом - подростки и женщины в возрасте старше 35 лет будут использовать совершенно различные критерии выбора методов контрацепции.
- Медицинские работники могут и должны гибко реагировать на изменения в мировой и отечественной индустрии методов регулирования рождаемости, уметь учитывать возрастные изменения состава семьи и рекомендовать клиентам пересматривать свои потребности с учетом современных тенденций и обстоятельств.

Аксиомы в системе планирования и охраны репродуктивного здоровья не допустимы, т.к. ни один из методов, существующих в настоящий момент, не может удовлетворить все меняющиеся потребности.

Врачи акушеры-гинекологи являются ключом к успеху программ по планированию семьи:

- Благодаря врачам акушерам-гинекологам планирование семьи становится доступным для клиентов, т.к. они предоставляют информацию и проводят консультирование.
- Они помогают клиенту выбрать подходящий метод контрацепции.
- Они продолжают наблюдение за клиентами, уже использующими тот или иной метод контрацепции, и готовы ответить на вопросы или помочь в решении проблем, которые могут возникать у клиента. Это способствует повышению вероятности того, что клиент будет продолжать использовать данный метод контрацепции.
- На них лежит ответственность за то, чтобы вносить в карты клиентов информацию о выбранных методах контрацепции, чтобы поддерживать преемственность между медицинскими работниками.
- Они являются своего рода соединительным звеном между клиентом и другими ресурсами, где клиент может получить услуги в связи с методом контрацепции, не предоставляемые в их медицинском учреждении. Для этого клиент направляется в соответствующее учреждение.
- Они стремятся оказывать услуги по планированию семьи всем клиентам репродуктивного возраста, обращающимся в медицинское учреждение, путем интеграции консультирования по планированию семьи в процесс оказания других медицинских услуг (антенатальная помощь, помощь в послеродовом периоде, уход здоровым ребенком, помощь при ИППП/ВИЧ, и т.д.).

- Будучи общественными лидерами, они оказывают влиятельную роль в пропаганде безопасных, здоровых практик охраны репродуктивного здоровья. Врачи акушеры-гинекологи могут «охватывать» сообщества информацией и услугами по планированию семьи: принимая участие в общественных событиях/встречах, являясь источником информации - ресурсом, к которому может обращаться население, поддерживая работу общественных работников, предлагающих консультирование и информацию по вопросам планирования семьи в рамках оказываемых ими услуг.
 - Они должны всегда искать пути, чтобы: привлекать новых пользователей методов планирования семьи, рекомендовать тем, кто пользуется традиционными методами, обдумать возможность использования более надежных современных методов, совершенствовать применение методов с целью снижения числа неудач при использовании контрацепции.
- Планирование семьи - это обеспечение права семьи иметь здоровье для рождения желанных и здоровых детей!

ЗАНЯТИЕ 5

АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИНЫ

Консультирование современных пациентов и индивидуальный подбор метода контрацепции не возможно проводить без умения объяснить основные этапы развития человека и обоснования важности принятия положительного решения о продлении беременности, либо предотвращения ее адекватными методами. В этой связи необходимо иметь современные представления о формировании, структуре и взаимодействии гипоталамо-гипофизарно-яичниковых звеньев РС. Эти знания дают возможность обосновать приемлемость применения гормональной контрацепции для сохранения полноценности репродуктивной системы женщины

Напомним, что от оплодотворенной яйцеклетки (зиготы) до имплантации полостного эмбриона (бластоцисты) в эндометрий проходит всего 7 дней, поэтому, если имеются погрешности применения контрацептивных таблеток, то с учетом 7-дневного перерыва увеличение срока пропуска приема таблеток может привести к нежеланной беременности.

У плода уже на ранних сроках внутриутробного развития функционируют зрительный и слуховой анализаторы, формируется достаточно организованный мозг и репродуктивная система. Этот факт важен, чтобы ещё раз настроить врачей на четкое понимание важности предохранения от незапланированной беременности.

В продолжение темы следует обратить внимание учащихся на доказанный факт формирования структурно полноценного гипоталамуса и гипофиза уже до 12 недель беременности. Представленная информация свидетельствует о том, что гипоталамо-гипофизарные взаимоотношения формируются в плодовом периоде, тогда как в периоде полового созревания происходит реактивация центров регуляции репродуктивной функции. Пиковая тоническая секреция ЛГ гипофизом плода возникает раньше, чем секреция ФСГ. Такая реакция на гонадолиберины необходима для правильного формирования фолликулов и обеспечения накопления и дифференцировки клеток, вырабатывающих женские половые стероиды – фолликулярного аппарата яичников.

В продолжение сказанного следует отметить, что в самом начале развития эмбриона его репродуктивная система развивается под влиянием ХГ плаценты. Затем в этот процесс вовлекается гипоталамо-гипофизарная область плода, которая активно функционирует, создавая условия для полноценного развития фолликулов в яичниках и надпочечников плода. Начиная с 28 недели, у плода отмечено существенное падение уровня гонадотропинов и одновременно повышается уровень прогестерона,

вырабатываемого плацентой. Такие высокие концентрации прогестерона и эстрадиола плаценты, действуют по отношению к гипофизу плода аналогично комбинированным оральным контрацептивам – эндогенная контрацепция. Это может свидетельствовать только о том, что организм уже внутриутробно приучен прибывать в состоянии длительного монотонного воздействия женскими половыми стероидами с преобладанием прогестагенного эффекта.

Отдельно остановимся на основных закономерностях формирования и развития фолликулов яичников. следует представлять структуру и условия развития самых юных фолликулов, которые создают фолликулярный резерв, имеют четко очерченную, не зависящую от внешних и внутренних повреждающих факторов программу развития.

Начальные фазы развития фолликулов

Примордиальные фолликулы (диаметр 0,03-0,04 мм): состоят из оогониев, окруженных слоем уплощенных гранулезных клеток (трансформированный эпителий канальцев первичной почки); первые примордиальные фолликулы формируются с 13-14 недели развития плода и к 28 неделе их количество возрастает до 10 миллионов; не способны к продукции стероидов.

Первичные фолликулы (диаметр 0,03-0,06 мм): состоят из ооцитов, окруженных одним слоем кубических гранулезных клеток, превращаются из примордиальных фолликулов за счет замены в оогониях митотического деления на мейоз под влиянием тонической секреции ГТ и ростовых факторов; не способны к продукции стероидов.

Вторичные фолликулы (диаметр 0,05-0,1 мм): вокруг ооцита появляется 2-ой слой гранулезных клеток, окруженных скудной капиллярной сетью и разрозненными тека-клетками, (производные клеток стромы первичной почки и мезотелия); начало секреции андрогенов и эстрогенов под влиянием возрастающей тонической секреции ЛГ и ФСГ; начало процессов атрезии (15-20% вторичных фолликулов подвергаются атрезии).

Следует помнить, что от начала развития примордиального фолликула до овуляторного проходит не менее 200 дней (более 7 месяцев). Притом накопление пула вторичных фолликулов, отбираемых для дальнейшего развития в большом количестве сразу, проходит не менее 120 дней.

Важно отметить, что дальнейшее развитие фолликулов требует не менее 4 последовательных менструальных циклов. Следующей стадией развития фолликула является преантральная стадия, которая начинается в ранней лютеиновой фазе под воздействием прогестерона желтого тела и повышающегося в лютеиновую фазу содержания ФСГ. Развитие фолликула от преантральной до предоминантной стадии занимает еще 70 дней и управляется, в отличие от предыдущих стадий, меняющимися уровнями гормонов и прочих стимулов.

Организм создает условия, обеспечивающие вступление фолликулов в стадию предоминантного развития и повышающиеся шанс выбора (селекции) наиболее полноценных фолликулов, которым разрешается дальнейшее развитие это так называемое «окно селекции».

Специалистам необходимо детально представлять различные стадии развития фолликулов. Фолликулы, которые можно определить при УЗИ, имеют диаметр 2-5 мм. Это и есть селективные фолликулы. Следующие 3 стадии развития фолликулов происходят в одном менструальном цикле. Исходом жизненного цикла этих фолликулов (фолликула) является овуляция. Ранние и поздние преовуляторные фолликулы имеют диаметр 16-20 мм, развиваются автономно и реагируют лишь на пиковый овуляторный выброс ЛГ.

Несмотря на несовершенство обратной связи яичников и центров регуляции у девочек с менархе, достаточность импульсов обуславливает готовность подростков к зачатию при раннем сексуальном дебюте. В конце пубертатного периода у девушек отсутствуют различия с женщинами репродуктивного возраста в реакции РС на оплодотворение и размножение.

Под влиянием ЛГ в гранулезных клетках, выстилающих фолликул изнутри фолликулов активируется фермент 17-гидроксилаза, который ускоряет переход холестерина в андростендиол, являющийся первым, но коротко живущим андрогеном в ряду стероидов. К действию ЛГ присоединяется ФСГ, который активирует фермент ароматазу, способствующему перевести андростендиол в эстрон и эстрадиол или тестостерон. Данный процесс один из самых важных для полноценного полового развития и правильного формирования и функционирования репродуктивной системы.

В результате регулируемых процессов роста и развития фолликулов происходит не только подготовка к выходу яйцеклетки из яичников. Следует обратить внимание на синхронность изменения эндометрия в рамках полноценного менструального цикла. Эти превращения имеют лишь одну конечную цель - обеспечить женщине выполнение ее предназначения – воспроизводства.

Однако современная женщина зачастую иного мнения на этот счет. Она хочет иметь право самостоятельно принять решение о количестве и времени рождения детей. Притом, она не приучена заботиться о своем здоровье, проводить профилактические мероприятия по предупреждению, а не по предотвращению нежеланной беременности. С этой точки зрения важно представлять организацию репродуктивной системы в зависимости от репродуктивного поведения женщины.

При соблюдении интергенетического интервала между родами женщина может за свои репродуктивную жизнь иметь 10-12 живых детей. Короткое окно овуляции, 9 месяцев беременности и 12-24 месяцев кормления оказываются действенными мерами предохранения от нежеланной беременности. Подобный вариант контрацепции известен издревле, он является физиологичным и понятен большинству специалистов и пациентов. Но очень мало кто сегодня желает или может экономически себе позволить иметь 10-12 детей. Поэтому женщина делает аборт до, между и после родов. Притом, чем больше число абортов, тем быстрее репродуктивная система готова восстановиться для возникновения следующей беременности.

Выгодно отличается использование индивидуально подобранных методов контрацепции, так как именно использование КОК позволяет добиться гормональных и обменных процессов, сходных с традиционным типом организации репродуктивного поведения.

В заключении хотелось бы еще раз подчеркнуть, что репродуктивная система женщины – сложный аппарат, поспешное и необдуманное вмешательство в работу которого, приводит к нарушению тонко организованной иерархии регуляции процесса подготовки к воспроизводству, т.е. рождению желанных детей.

ЗАНЯТИЕ 6

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Не вызывает сомнений актуальность изучения особенностей репродуктивного поведения и репродуктивного здоровья подростков и молодежи. К сожалению, по показателям репродуктивного здоровья молодежи РФ отстает от мировых тенденций. Мировое сообщество сегодня имеет наибольшую генерацию молодых людей, известную с момента существования человека. В 2007 году молодежь представляет почти половину (3 из 6,7 млрд. человек), тогда как в России численность детей в возрасте до 18 лет составляет 19%. Интенсивно снижается численность детей в возрасте от 0 до 4 лет в общей популяции современных детей, которые должны будут рожать детей спустя 20-25 лет. Кто из этого мизерного числа захочет через 25 лет рожать? – неизвестно!

В результате существующей демографической проблемы численность детей в возрасте

от 0 до 17 лет включительно за 6 лет (2001-2007) сократилась на столько, что сегодня можно говорить о демографическом провале. Несмотря на тенденцию, стимулированную рождением большого числа детей в 80 годы, сохраняется отрицательный естественный прирост населения страны. Однако имеющаяся цифра (-3,4) свидетельствуют о сохранении недостатка во вновь рожденных детях.

Ведь не даром заместитель председателя Комитета Госдумы по образованию и науке, академик РАМН Сергей Колесников отметил на одном из заседаний в госдуме: «... к 2005 году репродуктивный потенциал России может оказаться в точке невозврата», из которой его будет практически невозможно восстановить!

Ниже приведены данные, характеризующие здоровье современных девочек. Существует тенденция нарастания частоты генетических и врожденных заболеваний репродуктивной системы, например: ферментативных блоков (ВДКН), пороков развития матки, влагалища и яичников, кист яичников, опухолей матки, СПКЯ, пр.

Фактом стало отставание физического и психологического развития от возрастных нормативов детей из социально неблагополучных семей и отставание полового развития детей, приученных в семьях к гиперответственности и перфекционизму в подготовке уроков и внеклассным занятиям. И то и другое мешает правильному формированию репродуктивной системы, проявляясь нарушениями менструаций и отклонениями репродуктивного здоровья.

Следует также обратить внимание на тенденции в общем здоровье юных жителей нашей страны. Всего за 10 лет «обучения» в школе 99% учеников приобретает болезни или имеет повышенный уровень стрессовой готовности. Известные слова из песни «Школьные годы чудесные» для сегодняшнего ученика означают увеличение доли полиорганных заболеваний с хроническим и рецидивирующим течением, рост социально-значимых болезней и отклонений психического здоровья.

Эти цифры, конечно, очень смущают врачей, но они правдивы и адекватны с позиций доказательной медицины.

Данные современных исследователей, показывают, что у 50-75% девочек-подростков отмечаются расстройства здоровья, способные оказать отрицательное влияние на реализацию репродуктивного потенциала. Из больного семени не вырастет здоровое дерево! Поэтому нужно четко помнить, что наша с вами миссия обеспечить полноценно здоровых детей.

В этой связи нельзя не сказать об основных закономерностях репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения девочек-подростков глазами взрослых: нерегулярные менструации, нерегулярная половая жизнь, много половых партнеров, высокий риск ИППП, недостаточная информированность, страх перед родителями и врачом, использование советов друзей в выборе метода контрацепции, кратковременное использование контрацепции, использование малоэффективных методов контрацепции.

В противовес этим понятиям выглядят привычные, нередко потребительские, установки детей, такие как привлекательная внешность (отсутствие угрей, себореи, повышенного роста волос), стабильные сексуальные отношения (количество партнеров и замужество не имеет существенного значения), безопасный секс (не хотят иметь беременность в обозримом будущем), отсутствие проблем с менструациями (дисменореи, кровотечений, нерегулярных менструаций), надежная контрацепция без отрицательных последствий для здоровья.

С позиций молодежи факторами, влияющим на формирование репродуктивного поведения, в первую очередь является общее здоровье, взаимное влияние партнеров и материальное положение. Традиционные представления предыдущих поколений (родителей и прародителей) – родительский опыт, влияние ближайшего окружения, карьера, и даже социальное положение сместились на малозначимые позиции.

Обратите внимание, что на сегодняшний день болевыми точками проблемы сохранения репродуктивного здоровья подростков и молодежи России являются:

- Перинатальная и младенческая смертность
- Соматическая и психическая заболеваемость и смертность детей
- Дисфункция и пороки развития органов репродуктивной системы
- Полиорганные заболевания с хроническим и рецидивирующим течением
- Рисковое поведение
- Нерациональное использование репродуктивного потенциала (аборты, ИППП)
- Осложненное течение беременности и родов

В результате 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.

Представляя динамику основных заболеваний репродуктивной системы, входящих в статистическую форму отчетности, отметим, что по данным статистической службы МЗиСР РФ, на протяжении последних 15 лет у подростков неуклонно возрастает число нарушений менструального цикла, притом в возрасте, когда большинство девушек должны иметь регулярный овуляторный менструальный цикл. Несколько менее выраженный прирост имеет заболеваемость сальпингитами и оофоритами, что, по-видимому, объясняется улучшением диагностики и лечения воспалительных заболеваний половых органов, в первую очередь вызванных ИППП.

Также как и в других странах, например в США, подростки являются медико-социальной группой риска заболеваний, вызванных ИППП. По данным ВОЗ, ежегодно в мире каждый двадцатый подросток заражается ИППП. В среднем каждую минуту 6 человек заражаются ВИЧ-инфекцией.

Воспалительные заболевания и расстройства менструаций у 22-25% девушек являются предиктором патологии репродуктивной системы и первичного бесплодия. Внимание учащихся надо сфокусировать на проблеме маточных кровотечений, в инициации которых ведущую роль играет стресс, и олиго-аменореи (редких и скудных менструаций или их отсутствия в течение 6 и более месяцев). Последний вариант нарушений обусловлен увеличивающимися физическими и умственными нагрузками при пристрастиях к низкокалорийной, бедной витаминами и минералами пищи, приобретаемой в отделах продажи продуктов быстрого питания.

Переходя к рисковому формам поведения, следует отметить, **что подросток – человеческое существо, приобретшее тело взрослого при сохранении мышления ребенка.** Поэтому самым понятным способом приобретения стереотипа поведения взрослых для подростков являются сексуальные отношения.

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

- Сексуальное поведение и вредные привычки
- ИППП
- Нежеланная беременность

Особое внимание следует уделить анализу медико-социальных проблем подростков. Если взять прогноз гинекологической заболеваемости до 2010 года, составленный по результатам статистических отчетов МЗ и СР РФ, то станет видно, что ежегодно в стране увеличивается и будет продолжать расти число девочек с нарушением менструаций и воспалительными заболеваниями. Эта группа юного населения имеет заведомо сниженный репродуктивный потенциал, но находится под присмотром родителей и диспансерном наблюдением врачей. Большую тревогу сегодня вызывают так называемые здоровые дети. Как видно на слайде по данным опроса лишь 40% старшеклассниц довольны состоянием своего здоровья. Если разобраться в истинном состоянии здоровья «здоровых», то его у этой группы еще меньше. Сегодня хронология взросления девочки-подростка выглядит следующим образом: Курение с 11 лет, наркотики – с 12 лет (каждая третья в своих анонимных анкетах ответила, что пробовала наркотические вещества в школе, на отдыхе, в компании), алкоголь – с 13 лет (9 из 10 подростков употребляют

алкогольсодержащие напитки периодически). При таком отношении к себе ранее начало сексуальных отношений однозначно приводит к беременности и аборту до возраста совершеннолетия.

Говоря о проблеме алкоголизации юного населения и его репродуктивного здоровья, нельзя не сказать, что по данным современных опросов каждый пятый подросток употребляет крепкие спиртные напитки 1-2 раза в месяц. Напомним, что употребление – это прием 60 граммов абсолютного алкоголя (150 г водки или 1 литр крепкого пива) как минимум 1 раз в неделю. Последствия употребления хорошо известны, но у подростков они имеют большее отрицательное влияние, чем у женщин, пристрастившихся к алкоголю в репродуктивном возрасте. Нарушения менструального цикла, дисменорея и предменструальный синдром, бесплодие, острые воспалительных заболевания органов малого таза с оперативным исходом по причине неразборчивости в выборе полового партнера, акушерские осложнения, в первую очередь невынашивание беременности, преждевременные роды и мертворождения, врожденные дефекты развития у детей. И это еще не полный перечень возможных последствий для репродуктивного здоровья юной «выпивохи».

Важно отметить, что темп роста употребления алкогольных напитков среди девочек (девушек) идет быстрее, чем у мальчиков (юношей). Начавшееся в подростковом возрасте злоупотребление алкоголем к 18 годам в 18—20 % случаев приобретает болезненный характер, т. е. приводит к формированию алкоголизма.

Естественно более страшные последствия имеет пристрастие к наркотикам и психотропным токсическим веществам. 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 потребляют наркотики чаще двух раз в месяц. Около 5% российской молодежи обречено умереть в результате наркомании в молодом возрасте, не оставив детей. Так звучат скупые цифры социологических исследований. Но чем передать горе родных и трагедию последствий для репродуктивного здоровья и здоровья потомков девушки, пристрастившейся к наркотикам со школьной скамьи.

Коротко это последствия можно изложить следующим образом:

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

Страшные факты!

Но есть менее заметный убийца. Это курение. С последствиями курения «золотой» молодежи 60 годов XX столетия мы имеем дело сейчас. Именно курение является одной из причин увеличения частоты бесплодия у молодых женщин, связанного с врожденной недостаточностью яичников, со сниженным фолликулярным резервом. Курение может стать причиной бесплодия или неблагоприятного течения беременности. Выкуривание девочками-подростками 5 и более сигарет в сутки в течение 5 лет сопоставимо с удалением яичника. И это притом, что почти половина девочек начинает курить с 10-11 лет. Не этот ли факт объясняет высокую частоту олиго- и аменорей у современных подростков?

Проведенное в Швеции исследование, базирующееся на материале 1.413.811 детей, матери которых курили в начале беременности, позволило обнаружить повышение вероятности множественных пороков развития на 15%. Существует связь между курением матери во время беременности и такими проблемными состояниями, как предлежание плаценты, преждевременная отслойка плаценты, преждевременное излитие околоплодных вод, преждевременные роды, задержка внутриутробного роста плода, синдром внезапной смерти младенца.

Прицельное исследование юных рожениц и их детей в России показало, что 60% детей родились с никотиновой интоксикацией, а 7% детей – с зависимостью сердечного ритма и частоты дыхания от уровня никотина в окружающем воздухе.

Разговор о вредных привычках и пристрастиях вынуждает перейти на иное пристрастие – секс. У человека разумного живущего в наши дни исчез самый основной инстинкт – самосохранения. Это проявляется безалаберным отношением к своему здоровью, здоровью своего ближайшего окружения, к родителям, мужу, детям. Пример родителей – детям не указ, поэтому сформировалось определенное отношение к сексуальному партнерству в современной подростковой среде. 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).

Наиболее надежные российские исследования показывают, что средний возраст сексуального дебюта составляет: для девушек - $17,4 \pm 1,5$ лет, для юношей - $16,1 \pm 0,9$ лет. Сексуальная активность зависит от темпов полового развития: при замедленном - 20,1 %, при нормальном - 39,5%, при ускоренном - 72,7 %.

Мотивация для начала сексуальных отношений кажется осталась прежней. На первом месте любовь! Но как понять объяснение подростков о том, что сексуальный контакт они имели случайно, из-за любопытства или непонятно почему (особенно почему-то затруднились ответить девушки в возрасте 20-24 лет). Отсюда взрослые проблемы девочек-подростков.

Соотношение родов к абортam, несмотря на благоприятную тенденцию к снижению абсолютного числа беременностей у подростков остается стабильным на протяжении уже 16 лет постперестроечного развития России. 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.

Пик рождаемости у современных женщин приходится на 20-25 лет. Средний возраст первых родов у женщин России в 1979 был равен 23,1, в 1998 - 23,1, в 2004 год – 23,0 лет и в 2006 год – 24,2 года, т.е. не изменился. 86,2% молодых женщин, перенесших аборт, планируют иметь детей в будущем, притом 87,9% планируют беременность лишь через 3,5 – 8 лет.

Некоторое апологеты от политики ратуют за разрешения вступления в брак подросткам в возрасте 14 лет и старше, мотивируя это увеличением положительного решения подростка сохранить беременность или успеть «нарожать» за свою репродуктивную жизнь много детей. Видимо им очень нравится история любви Ромео и Джульетты. Однако современные Ромео и Джульетты не очень готовы к такой участи. В 2008 году американскими исследователями проведена уникальная работа на большом

ретроспективном материале о влиянии возраста родителей на исходы беременности и родов. Оказалось, что юные матери и юные отцы являются группой риска возникновения угрожаемых жизни состояний для новорожденного и младенца. У юных матерей чаще, чем в популяции семей репродуктивного возраста возникала задержка развития плода, происходили преждевременные роды. Новорожденные от юных матерей имели низкую оценку по шкале Апгар, низкую массу тела при рождении, высокие показатели неонатальной смертности. Осложнения в родах являются причиной ежегодной гибели не менее миллиона новорожденных от юных матерей во всем мире, особенно в развивающихся странах. Беременность от юных отцов приносила не меньшие отрицательные последствия: врожденные пороки развития элементов нервной трубки (spina bifida, микроцефалия, менингоцеле), врожденные пороки развития эктодермы (омфалоцеле, гастрошизис).

Не менее важно влияние возраста женщины на течение беременности и родов для материнского организма. Юные беременные имеют в 2 раза больше анемий, преэклампсии средней степени выраженности, аномалий родовой деятельности, преждевременного излития околоплодных вод и кровотечений в родах, чем женщины репродуктивного возраста. Материнская смертность у юных в 5-8 раз выше, чем у взрослых женщин. Притом, чем моложе юная беременная, тем более сложно протекает у них беременность и роды. Ситуация значительно усугубляется насаждающейся экстрагенитальной патологией, которая доводит уровень осложнений во время беременности у юных до 100% и родов до 92%.

В этой связи следует проанализировать динамику абсолютного числа аборт среди девочек в возрасте до 14 лет и в 15-19 лет. Обратите внимание, что несмотря на последовательное снижение числа абортов с 1997 по 2007 год, доля абортов у подростков среди всех абортов во всех возрастных группах остается стабильной с колебаниями от 9,6 до 10,4%. В 2007 году она составила 9.66%, в основном за счет девочек в возрасте 18 и 19 лет (7%). Особую тревогу вызывает крайне высокая частота абортов у первобеременных в возрасте до 14 лет- 95,8%, что свидетельствует о крайне низкой просветительской деятельности в этой социальной группе населения РФ.

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. В качестве иллюстрации можно привести электронное письмо молодого человека: «Здравствуйте! Вы не могли бы разъяснить ситуацию. Мы с девушкой не предохраняясь занимались сексом. Через час-полтора мы купили Пастинор и она выпила сразу 2 таблетки... Спустя где-то полторы недели мы опять занимались сексом, только были пьяные и так получилось что я вообще забыл что я без презерватива. В этот раз девушка приняла эскапел и на утро у неё началось кровотечение... Вы не могли бы сказать, что вообще нам "светит" и было ли это кровотечение месячными? Возраст девушки 16 лет, раньше она ни когда не принимала средства экстренной контрацепции. Очень надеюсь на вашу помощь, заранее спасибо!». Комментарии, как говорится, излишни.

В заключении необходимо посмотреть на социальную сторону проблемы репродуктивного поведения подростков и молодежи. Медицина может повлиять на здоровье социума лишь в 10% доле. Большая часть зависит от культуры и образования социальной среды, законодательных документов. Как пример нездорового влияния можно представить недавно появившийся в интернете плакат, разъясняющий «заблудшим овцам» понятие о безопасном сексе в современном обществе. На этом плакате опасным обозначен секс между мужчиной и женщиной и безопасным - у однополых пар.

В этой связи несколько неуклюже выглядят декларативные выступления ряда общественных организаций против введения в школах для старшеклассников уроков по

половому воспитанию: «Сексуальное просвещение детей противоречит традициям семейного воспитания, менталитету народов России, Конституции РФ, действующему российскому законодательству». «Введение сексуального просвещения в школе негативно скажется на нравственных и моральных установках молодежи, противоречит задачам укрепления семьи».

Что можно сделать?

- Разработать государственную программу «Россия за репродуктивное здоровье подростков».
- Разработать и принять стандарты медико-социальной помощи
- Осуществлять постоянный контроль и адекватную оценку потребностей и установок подростков в отношении репродуктивного здоровья
- Изменить направленность в публикациях СМИ в сторону расширения информации о репродуктивном здоровье и о последствиях нерационального репродуктивного поведения.
- Изучить и соотнести профессиональные позиции в целях совместного обсуждения наиболее актуальных проблем репродуктивного здоровья.
- Повысить информированность и коммуникацию между профильными и административными структурами, заинтересованными в улучшении социального климата и демографической ситуации в России
- Развивать волонтерское движение
- Совершенствовать организационные формы работы с подростками и молодежью в сфере воспитания ответственного отношения к репродуктивному здоровью, семье, деторождению

Итоговой фразой при обсуждении столь актуальной для страны темы, может стать высказывание В.В.Путина на встрече с молодежью летом 2007 года. Сказанные В.В.Путиным слова позволяют надеяться на правильное понимание нужд современных молодых жителей нашей страны со стороны главных государственных лиц: «Мы не имеем права ожидать от нашей молодежи ответственности до тех пор, пока не объясним ей все... Отказываясь от сексуального просвещения, мы отказываемся от формирования общей и гигиенической культуры жителей нашей страны, необходимой не только для комфортного проживания, но для воспроизводства полноценных и здоровых жителей нашей страны».

ЗАНЯТИЕ 7

МЕДИЦИНСКИЕ КРИТЕРИИ ПРИЕМЛЕМОСТИ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

Рекомендации по надлежащим медицинским критериям использования методов контрацепции, были выработаны на основании последних клинических и эпидемиологических данных, утверждены экспертным советом, проведенным под эгидой ВОЗ в ее штаб-квартире (Женева, Швейцария) 21–24 октября 2003 г., и опубликованы в 2004 году.

Документ служит пособием для разработки руководств по организации предоставления медицинских услуг в области контрацепции — в рамках национальных программ по планированию семьи и охране репродуктивного здоровья. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции позволяют иметь обоснование к применению того или иного метода для каждой конкретной жизненной ситуации. Это пособие по праву можно назвать инструментом в принятии решений для пациентов и медицинских работников, предоставляющих услуги по планированию семьи. Важно отметить, что только четкое соблюдение предлагаемых инструкций обеспечивает необходимый резерв безопасности при использовании методов контрацепции как для пользователей, так и для специалистов, оценивающих их влияние на репродуктивное здоровье в целом и их эффективность в плане профилактики нежеланной беременности и побочные реакции в частности.

Обратите внимание на то, что медицинские критерии приемлемости для использования

методов контрацепции являются результатом творчества, основанного на принципах доказательной медицины, экспертов ВОЗ и ряда международных организаций и учреждений из 18 стран мира. Основной целью ВОЗ при разработке этих критериев было обеспечение содействия и технической поддержки программы планирования семьи для обеспечения населения высококачественной информацией и услугами по вопросам деторождения и регуляции рождаемости, используя возможности здравоохранения и других служб.

Кроме «Медицинских критериев» эксперты ВОЗ разработали «Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции» и «Универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи». Обратите внимание на то, что русская версия «медицинских критериев» появилась в 2005 году. Эти пособия должны стать настольными книгами учащихся данного семинара.

Современный врач акушер-гинеколог должен быть на все 100% готов обсуждать проблемы контрацепции и быть готовым разъяснить как клиентам, так и своим коллегам, что контрацепция – путь к здоровью женщины и ее потомства. Этим самым Вы способствуете выполнению основного права современных женщин – права на свободный выбор количества детей и методов профилактики незапланированной беременности.

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

Эффективность контрацепции определяется индексом Перля. На примере КОК становится понятно, что правильное использование данного метода в течение 12 месяцев позволяет предотвратить нежеланную беременность у 99-99,95% женщин, т.к. индекс Перля современных КОК равен 0,05-1,0 на 100 женщин/лет.

Упоная на эффективность метода контрацепции, нельзя забывать о его безопасности для пользователя.

Не вызывает сомнений, что лекарство не должно быть горше, чем болезнь. Следует также помнить, что существует ряд противопоказаний и ограничений в использовании КОК, но большинство осложнений этого метода предсказуемо, если учесть все за и против, взвесить все плюсы и минусы выбираемого метода. Естественно, идеальных методов контрацепции пока не существует, но возможен индивидуальный подбор. Об этих принципах нужно знать и помнить всегда. Но если забыли – не беда. Для этого и создано уникальное руководство – Медицинские критерии приемлемости для использования метода контрацепции.

Несколько слов об истории разработки «Медицинских критериев...». Так, в 1996 г. выпущено 1-е издание «Медицинских критериев приемлемости для использования методов контрацепции», в которое вошло около 1000 рекомендаций, разработанных в 1994-1995 годах.

В 2000 г. - 2-е Сопещание Рабочей группы экспертов; после этого было опубликовано 2-е издание руководства, содержащее 1278 рекомендаций.

В 2003 год – 3-е Сопещание Рабочей группы; по результатам которого в 2004 году появилось 3-е издание руководства, состоящее из 1705 рекомендаций.

Принцип составления каждого руководства – выделение 4 категорий состояний по степени приемлемости различных методов контрацепции, а цель - обеспечение максимальной безопасности метода.

В состав рабочей группы экспертов входят международные эксперты в области планирования семьи (36 специалистов из 18 стран). В их числе клиницисты эпидемиологи организаторы здравоохранения, руководители программ, специалисты по выявлению и систематизации доказательных фактов, работники здравоохранения, являющиеся практическими пользователями медицинских критериев.

Важно знать основные отличия 3-го от 2-го издания «медицинских критериев». Эти изменения коснулись следующих нозологий и состояний: ожирение, тромбогенные мутации, депрессии, фибромиомы, ВЗОМТ, ИППП, ВИЧ, лекарственные взаимодействия и антибиотикотерапия. Процесс обновления статуса имеет определенную последовательность и заключается в систематическом обзоре имеющихся литературных источников и новых доказательных фактов, критическом анализе новых фактических данных, в обосновании необходимости изменения существующих рекомендаций. По результатам полученных данных

решается вопрос о необходимости в созыве экспертной рабочей группы для официального пересмотра руководства. Именно подобным образом возникли руководства 1, 2 и 3-го пересмотра. По решению группы экспертов ВОЗ новые версии руководства будут появляться каждые 3 – 5 лет.

В качестве дополнения к сказанному следует отметить, что изменения статуса базируются на доказательных фактах, полученных в ходе исследований или наблюдений за результатами использования метода контрацепции на фоне того или иного состояния и доказательных фактах, полученных по результатам использования того или иного метода контрацепции у здоровых женщин.

Обратите внимание на то, что при составлении критериев были рассмотрены все возможные в современных условиях методы контрацепции. За основу взята необходимость использования того или иного метода, но с учетом здоровья пользователя выделены категории состояний, обеспечивающих резерв безопасности метода контрацепции. Категории 1 и 4 говорят сами за себя. Состояние, при котором нет ограничений для использования метода контрацепции отнесено к 1 категории. Состояние, при котором преимущества от использования метода в целом превосходит теоретический или доказанный риск – ко 2-ой категории. Состояние, при котором теоретический или доказанный риск в целом превосходит преимущество от использования метода – к 3-ей и состояние, которое представляет неприемлемый риск для здоровья во время использования данного метода контрацепции – к 4-ой категории.

При выявлении состояний, отнесенных ко 2-ой категории, метод контрацепции, в целом может использоваться, но при этом может потребоваться тщательное наблюдение. Назначение контрацепции женщинам 3-ей группы, требует тщательной клинической оценки и доступности клинического наблюдения. Чаще всего в этой группе использование метода не рекомендуется. Там где возможности клинического контроля ограничены, классификационная форма из 4 категорий может быть упрощена до 2-х. В этом случае женщины категории 3 по медицинским показаниям не могут использовать данный метод контрацепции.

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

- КОК – комбинированные оральные контрацептивы
- КИК\КП\ВК – длительного действия комбинированные гормональные контрацептивы
- КПР – контрацептивы прогестативного ряда
- ТНК – таблетки неотложной контрацепции
- ВМС-Сu
- ВМС-Э
- Барьерные методы контрацепции
- МОФ – методы отслеживания фертильности
- МЛА – метод лактационной аменореи
- ППА – прерванный половой акт
- Стерилизация

Перейдем к рассмотрению критериев приемлемости на примере КОК.

Знак запрета движения – «кирпич», который запрещает даже попытку рассмотрения возможности применения КОК следующим категориям женщин: кормящим грудью менее 6 недель, курящим в возрасте 35 лет и находящимся или планирующим длительную иммобилизацию (более 3-5 дней). Важно знать, что курящей считается женщина, выкуривающая более 15 сигарет в день.

Аналогичный запрещающий знак следует вывесить при консультировании по вопросам контрацепции женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями (уровень АД 160/100; поражение клапанного аппарата, диабет, сопровождающийся ангиопатиями; тромбоз глубоких вен; ТЭЛА; инфаркт, инсульт), головными болями у женщин старше 35 лет; с выраженной фокальной неврологической симптоматикой в любом возрасте, с отягощением анамнеза такими предшествующими состояниями как рак молочной железы, доброкачественная опухоль печени, рак печени, острый вирусный гепатит.

Желтую карточку следует показать клиенткам, отнесенным по состоянию здоровья к 3 категории пользователей, у которых риск выше пользы использования КОК:

- Кормящие женщины в послеродовом периоде (между 6 неделями и 6 месяцами после родов).
- Курящие женщины (<15 сигарет/день) старше 35 лет.
- Не контролируемая гипертензия в анамнезе (включая гипертензию беременных).
- Контролируемая гипертензия 140-159/90-99 мм рт.ст.
- Заболевания желчного пузыря: в настоящее время; леченные медикаментозно; холестаз в анамнезе, связанный с приемом КОК.
- РМЖ в анамнезе без признаков рецидива в течение 5 лет.
- Мигрень без фокальной неврологической симптоматики: в возрасте <35 лет (при продолжении приеме) и старше 35 лет (при инициации).
- Сахарный диабет с сосудистыми осложнениями и/или течение диабета более 20 лет.
- Компенсированный цирроз печени.
- Прием медикаментов (специфические антибиотики: рифампицин, гризеофульвин; антиконвульсанты: фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон).

Обратите внимание на то что «медицинские критерии» позволяют быстро и четко определить выбор клиента для использования КОК.

Принципиально важным моментом является доказательство возможности применения КОК у женщин из 2 категории, так как традиционно они исключались из рассмотрения приемлемости КОК из-за их заболеваний и состояний. КОК можно назначать, но требуется врачебное наблюдение у женщин в возрасте старше 40 лет, у курящих женщин (более 15 сигарет в сутки) в возрасте моложе 35 лет, у пациенток с ИМТ >30кг/м², гипертензией беременных в анамнезе, при установленной гиперлипидемии, неосложненном течении патологии сердечных клапанов, при семейном анамнезе глубокого венозного тромбоза/ТЭЛА и поверхностном тромбофлебите, при запланированном или экстренном оперативном лечении без длительной иммобилизации, при цервикальная интраэпителиальной неоплазии (CIN) и даже раке шейки матки (в ожидании лечения).

Ко 2 категории пользователей следует отнести женщин со следующей патологией:

- Не диагностированная опухоль молочных желез у молодых женщин.
- Сахарный диабет: инсулиннезависимый и инсулинозависимый, без сосудистых осложнений.
- Головные боли: сильные; мигрень без неврологической симптоматики в возрасте < 35 лет.
- Заболевания желчного пузыря: после хирургического лечения; бессимптомное течение; холестаз во время беременности.
- Серповидноклеточная анемия.
- Невыясненное вагинальное кровотечение (необходимо установить диагноз).

Следующий вид гормональных контрацептивов – КПП, представив противозачаточные таблетки прогестагенового ряда. Подробная информация о релизинг-системах с КПП представлена в соответствующем разделе. Обратите внимание на сколько уменьшился список противопоказаний к данному виду гормональной контрацепции – рак молочной железы в настоящее время и только.

Аналогично критериями для использования КОК к 3 категории для применения КПП отнесены женщины, кормящие грудью в течение 6 недель после родов, имеющие множественные факторы риска патологии ССС, ТГВ и ЛЭ в настоящее время, ИБС, рак молочной железы в анамнезе без рецидивов в последние 5 лет, активный вирусный гепатит, тяжелый декомпенсированный цирроз печени, опухоли печени, принимающие препараты, влияющие на ферменты печени.

Представьте категорию 2 пользователей. Обратите внимание, что КИК (комбинированные инъекционные контрацептивы), ВК (влагалищные кольца) и КП (контрацептивные пластыри) отнесены в одну группу гормональных контрацептивов – комбинированные нетаблетированные контрацептивы. Более подробная информация об этих видах контрацепции представлена в соответствующем разделе.

В заключение важно еще раз подчеркнуть что «Медицинские критерии» носят

рекомендательный характер, но базируются на самых новых данных достоверных клинических исследований. Однако только врач в каждом конкретном случае может принять правильное решение совместно с пациенткой. А выбор в любом случае остается за пациенткой.

ЗАНЯТИЕ 8

КОМБИНИРОВАННАЯ ОРАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

Общепринятое название КОК – комбинированная оральная контрацепция. Следует отметить некоторую неточность в обозначении комбинированных гормональных контрацептивов, применяемых в форме таблеток. Перевод значения «прием через рот» в латинской транскрипции – «per os». Это означает, что препараты должны были называться пероральными гормональными контрацептивами. Однако и в нашей стране и за рубежом более привычно обозначение оральные контрацептивы. Термин комбинированные подчеркивает, что в состав препаратов для применения через рот входят несколько компонентов одновременно. Это значит, что в каждой таблетке препарата содержится более 1-го компонента.

Следует с сожалением констатировать, что Россия в вопросах использования КОК в десятки раз отстает от стран Европы, имеющих в настоящее время наиболее низкий уровень абортов при наличии 2-3 детей в семьях.

Несколько слов об истории создания гормональных контрацептивов, которая стартовала с 1912 года, но приняла глобальный характер с момента синтеза первого норстероида в 1950 году Грегором Пинкусом. Следует подчеркнуть, что основным компонентом в КОК является прогестин, количество которого позволяет блокировать не только овуляторный, но и другие высокоамплитудные выбросы ЛГ. Сохраняющейся при этом тонической секреции ЛГ не достаточно для стимуляции синтеза андрогенов (андростендиона и тестостерона) в тека-клетках яичниках, поэтому уровень секреции эстрадиола устанавливается на уровне, не достаточном для обеспечения полноценной эпителизации эндометрия. Именно поэтому в состав каждой таблетки КОК добавлен эстроген. Эстрогены усиливают контрацептивный эффект прогестинов, блокируя выбросы ФСГ и частично, по принципу обратной отрицательной связи, ЛГ.

В КОК до сих пор в качестве эстрогена используется этинилэстрадиол, однако, в настоящее время клинические испытания проходят КОК, содержащие эстрадиол. Отличием этинилэстрадиола является длительное взаимодействие с эстрогеновыми рецепторами (в среднем 24 часа) по сравнению с эстрадиолом (6-8 часов).

Все КОК можно распределить на 3 класса по количеству входящего в их состав этинилэстрадиола – высокодозированные, низкодозированные и микродозированные. Обратите внимание на исключение высокодозированных препаратов из производства и оборота по причине высокой частоты опасных побочных эффектов, в первую очередь тромбозов и эмболий.

Современный фармакопейный рынок предлагает низкодозированные препараты, содержащие от 35 до 30 мкг этинилэстрадиола и микродозированные КОК, содержащие 15-20 мкг этинилэстрадиола. Распределение препаратов на многофазные и монофазные обусловлено необходимостью уменьшить побочные реакции комплексного воздействия прогестинов, входящих в состав более старых по составу препаратов и этинилэстрадиола в суточной дозе 30-35 мкг. В настоящее время они с успехом могут быть заменены на монофазные препараты с минимально приемлемым содержанием этинилэстрадиола.

Левоноргестрел был известен с 1971 года, но сегодня вновь получил новое звучание в микродозированных препаратах. Попытка уменьшить нежелательные андрогенные эффекты у ряда пациенток привела к созданию так называемого 3 поколения норстероидов. Эти препараты сегодня распространены повсеместно и получили заслуженное признание большинством пользователей и врачей. Отдельно в ряду КОК стоит препарат, содержащий дроспиренон. Препарат имеет молекулярную формулу, близкую к спиронолактону, поэтому являясь производным норстероидов, активно подавляет циклическую секрецию ЛГ и взаимодействует с прогестероновыми рецепторами, но, кроме того, привносит в организм антиминералкортикоидные эффекты. Более связываясь с альбумином а не с глобулином, как многие другие прогестины, высвобождает

эстрадиол-тестостерон связывающий глобулин для свободного тестостерона. Механизм антиандрогенного действия дроспиренона многогранен, поэтому в настоящее время его считают равноценной заменой низкодозированному препарату «Диане-35», тем более, что дозу этинилэстрадиола в КОК с дроспиреноном производители смогли уменьшить до 30 и даже 20 мкг.

Еще раз следует подчеркнуть, что все КОК снижают уровень тестостерона, уменьшая вызываемую ЛГ секреторную активность тека-клеток фолликулов яичника. Однако, имея различную способность связываться с рецепторами андрогенов, прогестерона и эстрогенов, они могут проявлять различное остаточное андрогенное действие. Эта способность определяет величину индекса селективности, который у прогестинов 3 поколения в 5-8 раз выше, чем у прогестинов 1 поколения и в 3-5 раз выше, чем у левоноргестрела.

Следует подчеркнуть, что КОК изобретены как препараты для профилактики незапланированной и нежеланной беременности. Поэтому основными преимуществами этих лекарственных препаратов является высокая контрацептивная надежность, возможность индивидуального выбора, но и наличие лечебных и профилактических эффектов в КОК нельзя не учитывать.

Положительное неконтрацептивное действие КОК рассмотрено в соответствующем разделе. Не следует забывать негинекологические благоприятные эффекты КОК – лечение пептической язвы, профилактика ревматоидного артрита, колоректального рака, железодефицитной анемии.

Описывая множество неконтрацептивных преимуществ современных КОК, нельзя не остановиться на недостатках, которые следует учитывать при индивидуальном подборе данного метода контрацепции.

Некоторые акушеры-гинекологи рассуждают об относительно высокой стоимости КОК. Аргументом несостоятельности этих опасений является подсчет стоимости одной таблетки в суммарных ежедневных затратах каждой конкретной пациентки. Недостатком считается необходимость контроля за ежедневным приемом таблеток. Этот недостаток мешает только в течение 1-го месяца приема. В последующем пациенты привыкают к ежедневному приему и пропуск таблеток становится исключением из правил. Конечно, есть очень неорганизованные пациентки, которым трудно принимать препарат ежедневно в одно и то же время. Этим женщинам следует предложить использование релизинговых систем для гормональной контрацепции.

Истинными недостатками КОК являются риск сердечно-сосудистых осложнений и возможность появления побочных реакций. В первую очередь следует помнить, что риск проявлений этих недостатков зависит от дозы входящих в состав КОК женских половых стероидов и предрасполагающих факторов.

Факторами риска побочных реакций и осложнений приема КОК являются ожирение, сахарный диабет, гипертензия, указания в анамнезе на сердечно-сосудистые заболевания у пациентки и ее ближайших родственников, а также курение. Если внимательно посмотреть на эти факторы риска, то окажется, что большинство из них являются противопоказанием для приема многих лекарственных веществ, в том числе не гормональной природы.

О курении стоит поговорить отдельно. Курение явилось причиной снижения эффективности у 62% пользовательниц КОК. Эта цифра в 2 раза выше таких причин, как нерегулярность приема и развитие рвоты или диареи в цикле приема КОК, и в 3 раза больше, чем прием препаратов, снижающих всасывание и нарушающих фармакокинетику КОК.

Гормоны, входящие в состав КОК, как и любые другие вводимые извне стероиды, проходят биологическую трансформацию в печени, а образовавшиеся метаболиты связываются с глобулинами или альбуминами и с системным кровотоком проникают в ткани, оказывают свое биологическое действие и вновь попадают в портальный печеночный кровоток, где конъюгируются и в связанном и неактивном виде выводятся с мочой и калом наружу. В метаболизме стероидов значимую роль играет липидный обмен. Как известно, стероиды образуются в организме из холестерина, а точнее холестерола. Клетки печени принимают непосредственное участие в этом процессе. При наличии повреждающих факторов, повышенной метаболической нагрузке, дефектов работы клеток и др. процессы обмена липидов и их переносчиков – липопротеидов нарушается.

Такой метаболической нагрузкой может у некоторых женщин стать прием КОК. Входящие в состав КОК эстрогены вызывают повышение содержания ЛПВП и ТГ при снижении ЛПНП и ОНП. Этот факт хорошо известен медицине, так как именно недостаток в организме эстрогенов приводит к выраженной дислипидемии и развитию атеросклероза. Таким образом, эстрогены в составе КОК оказывают на липидный обмен благотворное влияние. Прогестины в норме действуют в антагонизме с эстрогенами. Поэтому наилучшим КОК является тот, в котором неблагоприятное действие прогестина нивелируется полностью эстрогенным компонентом.

Аналогичное анагонистическое воздействие эстрогены и гестагены оказывают и на углеводный обмен. Эстрогены понижают резистентность тканей к инсулину, повышают толерантность тканей к глюкозе и понижают уровень глюкозы в крови, а прогестины повышают резистентность тканей к инсулину, понижают толерантность тканей к глюкозе и повышают уровень глюкозы в крови. И опять, лучшим препаратом будет тот, который обеспечит наибольшую метаболическую нейтральность за счет подобранных в его состав компонентов.

Эстрогены оказывают сосудорасширяющий эффект на артерии и вены, а прогестины – сосудосуживающий эффект на артерии, но не влияют на стенку венозных сосудов. Этот факт позволяет учитывать при выборе КОК лишь такие данные преморбидного фона, как артериальная гипертензия и тромбофилия.

Каждое сообщение о случае тромбофилических осложнений дает возможность противникам применения эстрогенсодержащих препаратов запрещать использовать КОК нуждающимися в контрацепции женщинами. Эстрогены повышают содержание факторов свертывания крови (протромбина, фибриногена, VI, VII, X факторов и тромбоцитов), но снижают фибринолиз тромба. Противники КОК и препаратов ЗГТ при этом не принимают во внимание, что прогестины усиливают фибринолиз, тем самым несколько нивелируя действие эстрогенов. В этой связи следует уметь правильно подобрать препарат. Но и не менее уверенно оппонировать коллегам, которые представят Вам работы специалистов, стойчески выступающих за прекращение широкого использования КОК.

Основные причины развития тромбозов на фоне использования КОК: скрытые генетические формы тромбофилии (наиболее значимы, но и наиболее редко встречающиеся), нарушения системы протеинов С и S, дефицит АТ III, мутация Лейдена и др. Возможно потенцирование влияния дефектов эндотелия и гемостаза, свойственных скрытой соматической патологии, а также интеркуррентные заболевания (инфекции, травмы, операции).

Правильно собранный анамнез – вот что позволит избежать этого грозного, но редкого осложнения, не назначив эстрогенсодержащих КОК. Как правило, скрупулезный опрос позволяет обнаружить следующие стигмы тромбофилии у пациентки:

- Наличие миелопролиферативных заболеваний, злокачественных опухолей (абсолютное противопоказание к назначению КОК),
- Рецидивирующие тромботические процессы, впервые возникшие в возрасте до 40 лет
- Тромбозы у родственников в возрасте до 40 лет
- Тромбозы во время беременности или в начале приема КОК в анамнезе
- Необычная локализация тромбоза: мезентериальный, почечный, мозговой
- Тромбоз после травм и малых операций в анамнезе
- Тромбоз глубоких вен голени в анамнезе
- Эмболия легочной артерии в анамнезе
- Острый инфаркт миокарда в анамнезе
- Синдром потери плода, антифосфолипидный синдром

Критериями правильного выбора является учет таких данных как анамнез, наследственность, абсолютные противопоказания, относительные противопоказания, преимущества и недостатки контрацептива, эффективность, обратимость, сложность и простота использования метода, стоимость и мотивация, а также побочные эффекты.

Большее опасение у некоторых специалистов вызывает отсутствие менструальноподобной реакции на фоне применения КОК. Наиболее частой причиной аменореи является гиперпролактинемия, возникшая в условиях искусственного гипогонадотропного состояния. Причиной может стать недостаток эстрогенных влияний при неполноценности

рецепторного аппарата матки после воспалительных процессов, лечебно-диагностических инструментальных вмешательств, аборт. Однако всегда следует исключить беременность. Следует особо подчеркнуть, что при желании беременность можно сохранить. В данной ситуации (аменореи) возможна рекомендация перейти на КОК с более высокой дозой эстрогена.

Второе по частоте осложнение КОК – наличие мажущих кровяных выделений из половых путей на фоне приема таблеток. Причин для этого много. Во-первых – приспособление к новым уровням метаболизма на фоне изменения гормонального фона. Во-вторых – неподходяще низкая доза эстрогенов для этой конкретной пациентки. Нередкой причиной является эндометрит, вызванный ИППП и низкий уровень эстрогенов оказывается не достаточным для полноценной эпителизации воспаленного эндометрия. В-третьих – возможный пропуск или не правильный прием таблеток у невнимательных и не дисциплинированных женщин.

В заключении следует еще раз отметить, что препаратом первого выбора должен быть КОК с содержанием эстрогена не более 30 мкг/сут и низкоандрогенным гестагеном, что основанием для смены контрацептива является наличие побочных эффектов или межменструальных кровянистых выделений в течение более чем 3-4 месяца после начала приема КОК. Препарат второго выбора подбирается с учетом конкретных проблем и побочных эффектов, возникших у данной женщины.

Однако в любом случае нужно всегда помнить, что существуют правила приема КОК, которые могут быть представлены следующим образом. Принимать таблетку следует ежедневно в одно и то же время по 1 таблетке. Завершив прием 21 таблетки, сделать 7-дневный перерыв. Если в пачке 28 таблеток перерыва делать не нужно. При желании отсрочить менструацию 7-ми дневного перерыва делать не нужно. Принимать препарат следует с 1-ого дня менструального цикла. Если женщина пришла на аборт - в тот же день, после родов - через 3 недели, если женщина не кормит грудью и через 6 месяцев, если женщина кормит грудью.

ЗАНЯТИЕ 9

МЕТОДЫ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

Как уже говорилось выше, регуляция рождаемости и охрана здоровья матери и ребенка является одной из важнейших проблем медицины на сегодняшний день, однако ежегодно из 28 миллионов случаев беременности в развитых странах 49% относятся к незапланированным, и 36% заканчиваются аборт. Прерывание беременности, или искусственный аборт, продолжает занимать неоправданно большое место в структуре методов регуляции рождаемости. В России, по сравнению с Европейскими странами, имеющими сходный уровень рождаемости, число абортов на 100 родов превышает соответствующий показатель в несколько раз.

Эндокринный профиль современной женщины характеризуется ежемесячными овуляциями и менструациями, значительными ежемесячными колебаниями уровней гормонов на протяжении циклов, десинхронизацией гипоталамо-гипофизарной системы, ростом частоты гинекологических заболеваний. Применение гормональных контрацептивов, как было представлено в предыдущих занятиях, позволяет избежать этих не желательных для репродуктивного здоровья явлений. Однако одной из наиболее распространенных причин прекращения приема пероральных контрацептивов на сегодняшний день являются их побочные действия. Среди них наиболее часто описываются скудные кровяные выделения, тошнота/рвота, нагрубание молочных желез, отеки, головная боль, прорывные кровотечения, колебания настроения.

Поэтому поиск новых схем применения гормональных контрацептивов, повышающий их эффективность при снижении побочных реакций является насущной задачей современной медицины репродукции. В этой связи настоящее время всё большую актуальность приобретает применение пролонгированных схем приема гормональной контрацепции.

Существуют следующие варианты пролонгированных схем применения пролонгированной контрацепции.

Схема кратковременного дозирования задерживает менструацию на 1-7 дней, и **Схема**

длительного дозирования задерживает менструацию от 7 дней до 3 месяцев.

Возможные причины кратковременной отсрочки менструальноподобного кровотечения достаточно хорошо известны. Это каникулы, экзамены, спортивные соревнования, командировка, свадьба или встреча после долгой разлуки, предстоящее оперативное вмешательство, другие личные причины. Однако схема длительного дозирования задерживает менструацию от 7 дней до 3 месяцев, то есть можно говорить о постоянном приеме КОК. Показаниями для приема КОК в постоянном режиме являются:

- Головные боли во время перерыва приема
- Обильные менструальноподобные выделения
- Мигрень при отсутствии органической причины
- Эпилепсия
- Сахарный диабет
- Эндометриоз, миома матки
- Анемия
- Желание женщины

В конце 2003г. FDA (управление по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных средств) одобрило применение нового КОК с пролонгированным режимом приема, специально разработанного для уменьшения общего числа менструаций. В США был предложен препарат «Seasonale» (в России незарегистрирован), в состав которого включен этинилэстрадиол (30 мкг в таблетке) и левоноргестрел (150 мкг в таблетке). Этот препарат является низкодозированным монофазным КОК, который в форме 3 блистеров помещен в пластмассовый контейнер. В течение 84 дней пациентка принимает гормональные таблетки, а последующие 7 дней - плацебо. Препарат принимается без перерывов. Менструальная реакция возникает на фоне приема таблеток с плацебо. В Европе предлагается аналогичное использование низкодозированного монофазного КОК, но содержащего дезогестрел (150 мкг в таблетке) – марвелона или регулона, упакованного в 3 блистера в одной пачке. В отличие от препарата «Seasonale», марвелон или регулон предлагают фирмы производители принимать непрерывно в течение 63 дней с 7 дневным перерывом (так называемый трехцикловой режим приема).

В 2000г. Sulak и соавт. показали, что большинство встречающихся при применении КОК побочных эффектов, в максимальной степени выражены во время 7-ми дневного перерыва в приеме таблеток.

Наибольшее преимущество пролонгированный прием имел у женщин с дисменореей, отеками и масталгией. При приеме КОК в режиме 63+7 дней дисменорея сохранилась у 21%, отечность у 19%, масталгия у 16% и головная боль у 53% женщин, тогда как на фоне приема КОК в режиме 21+7 дней у 70%. 58%. 38% и 70% пациенток соответственно. По данным других авторов, увеличение длительности приема КОК и укорочение интервала между приемами снизило в 4 раза частоту и тяжесть побочных эффектов.

Ассоциацией специалистов по репродукции США проведен опрос врачей и акушеров. Оказалось, что 77% опрошенных врачей ранее рекомендовали своим пациенткам те или иные гормональные препараты для отсрочки менструации. Российские опросы также показали, что 82% акушеров-гинекологов в своей практике применяли метод пролонгированной контрацепции в случаях необходимости и по показаниям. Лишь 7% врачей не имели информации о пролонгированном режиме приема КОК.

Пролонгированный режим, может усовершенствовать схему приема комбинированных пероральных контрацептивов, так как уменьшение числа перерывов снижает риск пропуска таблеток, что в конечном итоге, повышает контрацептивную эффективность метода.

У женщин использующих КОК, с сопутствующими заболеваниями, например, такими как сахарный диабет, пролонгированный режим способствует снижению колебаний уровня глюкозы в крови. Доказано также, что при пролонгированном режиме уменьшаются нежелательные колебания уровней липидов в сыворотке крови. У женщин со склонностью к анемии пролонгированная контрацепция может оказать положительное действие на показатели красной крови и уровня железа.

Данные клинических испытаний по сопоставлению побочных эффектов традиционно

применяемых схем и пролонгированного режима приема, в которых использовали одни и те же препараты, не выявили различий по частоте и характеру развивающихся побочных явлений во время приема препарата.

По данным исследования, проведенного в 2005-2007гг. в ФГУ «НЦАГиП им.В.И.Кулакова»:

1. Цитологическое исследование шейки – отсутствие патологических изменений у абсолютного большинства пациенток(97,2%) в течение всего времени наблюдения.
2. Показатели системы гемостаза в течение всего времени наблюдения находились в пределах возрастных и нормативных значений.
3. Содержание основных субстратов свертывания крови-фибриногена и факторов протромбинового комплекса существенно не менялось.

Основной проблемой пролонгированного режима является большая частота кровотечений «прорыва» и «мажущих» кровянистых выделений по сравнению с традиционным режимом (в течение первых 2-х месяцев). Однако лишь 10-12% женщин указали эту проблему, как единственную причину отказа от пролонгированной контрацепции только у 10-12% женщин.

По данным исследования проведенного 2005-2007гг. а базе НПО ФГУ «НЦАГиП им.В.И.Кулакова» межменструальные кровянистые выделения наблюдались у 43,2% в течение первых 3-4 месяцев, и ни в одном случае не явились причиной отказа от дальнейшего использования пролонгированного режима.

В заключение этого сообщения еще раз следует подчеркнуть, что пролонгированная контрацепция – это метод, позволяющий предотвращать непланируемую беременность, регулировать менструальный цикл, осуществлять профилактику и лечение гинекологических и экстрагенитальных заболеваний. У женщин и врачей имеется возможность использования пролонгированного метода контрацепции в качестве альтернативы стандартному приему КОК.

ЗАНЯТИЕ 10

КОНТРАЦЕПТИВНЫЕ РЕЛИЗИНГ СИСТЕМЫ

Применение новых видов контрацепции, таких как гормональные релизинг системы, значительно расширяют возможности использования современной контрацепции за счет их высокой надежности и снижения некоторых побочных эффектов. Всё большее распространения контрацептивных релизинг систем в последние годы связано с их несомненными преимуществами, такими как точность дозирования, отсутствие колебаний уровня гормонов, отсутствие необходимости ежедневного самоконтроля за использованием, не пероральный путь введения и, следовательно, возможность избежать побочных эффектов от первичного прохождения через ЖКТ и печень. Учитывая, что каждый из методов гормональной релизинг контрацепции (имплантанты, влагалищное кольцо, пластырь, ВМС) имеет свои уникальные особенности применения, особую важность приобретают вопросы консультирования пользователей.

Не существует идеального метода контрацепции, что является барьером для более широкого использования контрацепции женщинами. Один из путей решения этой проблемы – повышение приемлемости методов контрацепции для женщин. Поиск путей повышения приемлемости стало одной из причин создания гормональных релизинг систем.

Релизинг системы – это пролонгированные методы гормональной контрацепции, выделяющие гормоны по биологическому градиенту. К их несомненным преимуществам относится возможность длительной не ежедневной контрацепции, дозированное выделение гормонов, точность дозирования, отсутствие колебаний уровня гормонов, отсутствие необходимости ежедневного самоконтроля за использованием, не пероральный путь введения, и, как следствие отсутствие эффекта первичного прохождения через ЖКТ и печень.

К гормональным релизинг системы относятся:

- Имплантационные (Норплант, Импланон)
- Внутриматочные (Мирена)
- Внутривлагалищные (Нова-Ринг)
- Накожные (Евра)

В основе действия **имплантационных и внутриматочных релизинг систем лежат прогестагены: левоноргестрел, этоноргестрел, то есть это гестагенный метод.** В основе **внутривлагалищных и накожных релизинг систем эстроген-гестагеновые вещества, то есть это комбинированный метод контрацепции.**

Имплантационные релизинг – системы. Суть метода в том, что подкожно вводятся небольшие (меньше спички) капсулы из инертного пластика, содержащие высвобождающийся в кровь прогестин. Вживление имплантата осуществляется прошедшим специальную подготовку врачом посредством выполнения небольшой хирургической операции, в результате которой имплантат помещается под кожу верхней трети плеча.

НОРПЛАНТ – это препарат, состоящий из 6 капсул, которые вводятся на 5 лет. Частые побочные реакции - ациклические кровянистые выделения, трудность удаления, косметический дефект, что служит причиной отказа от применения системы у многих женщин.

Другой имплантант - ИМПЛАНОН (не зарегистрирован в России) - капсула, размером меньше спички, В составе - 68 мг этоноргестрела (дериват дезогестрела). Импланон обеспечивает контрацепцию в течение 3-х лет, высокую контрацептивную надежность (индекс Перля 0 - сравнима со стерилизацией!) быстрое восстановление фертильности после удаления импланта, упрощенная процедура введения и удаления. Имплантанты не содержат эстрогенов, поэтому могут быть методом выбора, например, у кормящих женщин или у женщин, которым противопоказаны эстрогены.

После удаления имплантанта гарантируется практически немедленное восстановление фертильности. После вживления имплантата от женщины практически не требуется каких-либо целенаправленных действий по поддержанию эффективности метода. Одним из основных недостатков метода является изменение менструального цикла, которое встречается довольно часто, но не представляют опасности для здоровья женщины. Обычно такие нарушения проявляются в форме нерегулярных кровотечений в первый год использования метода, после чего менструации наблюдаются реже, становятся менее интенсивными и приобретают более регулярный характер.

Внутриматочная релизинг – система

Внутриматочная левоноргестрел-релизинг – система создавалась с целью **совместить контрацептивные и терапевтические свойства гормональных средств с достоинствами внутриматочных.**

Для ВМС- релизинг систем характерно:

- Высокая эффективность (Индекс Перля – 0,03)
- Длительный срок применения
- Отсутствие метаболического эффекта
- Лечебные свойства
- Приемлемость

Внутриматочная левоноргестрел-релизинг система МИРЕНА

Мирена содержит прогестаген - левоноргестрел, высвобождающийся через мембрану в полость матки в количестве 20 мкг в сутки. Срок применения - 5-7 лет. Этот метод контрацепции, как и все релизинг системы, имеет очень высокую эффективность, которую можно сравнить с хирургической стерилизацией, но в отличие от последней, контрацептивный эффект Мирены полностью обратим. Восстановление фертильности происходит в течение года после удаления. Обратите внимание, что частота наступления беременности после удаления Мирены в течение 12 мес., составляет 79,1% - 96,4%.

Проведенные международные исследования доказали, что Мирена является безопасным и эффективным методом длительной контрацепции, который может эффективно использоваться на протяжении более 5 лет (дополнительно 18 мес.) и оказывает лечебные эффекты при гинекологических заболеваниях (Toivonen j., et al. 1998). Исследования отечественных ученых (в ФГУ НЦАГиП), которые в течение 7 лет изучали различные аспекты влияния МИРЕНЫ на организм 1226 женщин, показали, что индекс Перля этого метода составил 0,02, а основной побочной реакцией является ациклические кровянистые выделения. По данным Острейковой Л. И. (2001), выявлено значительное снижение вегето-сосудистых (92%) и психоневрологических (85%) нарушений у женщин с климактерическим синдромом в пременопаузе, через 6 месяцев применения заместительной гормональной терапии с ВМС Мирена в качестве гестагенного компонента, что показывает возможности применения метода для ЗГТ.

Подкожные и внутриматочные рилизинг-системы высокоэффективны, обратимы и имеют один достаточно выраженный побочный эффект: межменструальные кровянистые выделения и аменорею.

Влагалищная рилизинг - система

Представляет собой гибкое кольцо, помещаемое во влагалище. Из внутренней части кольца непрерывно высвобождаются 2 гормона – прогестин и эстроген. Высвобождаемые гормоны всасываются через стенки влагалища и попадают в кровоток. Кольцо помещается во влагалище сроком на 3 недели с последующим недельным перерывом, во время которого у женщины происходит менструальное кровотечение. Основной механизм действия заключается в блокировании овуляции.

Важно отметить, что этот метод требует постоянного ношения гибкого кольца во влагалище. Максимальная эффективность метода обеспечивается своевременной сменой колец. Изменения менструального цикла встречаются довольно часто, но не представляют опасности для здоровья женщины. Обычно такие нарушения проявляются в виде нерегулярных кровянистых выделений в первые месяцы пользования методом, после чего менструации становятся менее интенсивными и приобретают более регулярный характер. Фирменное название контрацептивного влагалищного кольца – НоваРинг, представляющий из себя кольцо равномерно выделяющее малые дозы гормонов, диаметр которого кольца 54 мм, толщина кольца 4 мм. Кольцо содержит эстроген - этинилэстрадиол и прогестаген - этоноргестрел. Ежедневно из кольца выделяется: 15 мкг этинилэстрадиола и 120 мкг этоноргестрела (комбинированный микродозированный контрацептив).

Важно строго соблюдать правильную схему применения НоваРинга: кольцо 21 день находится во влагалище, затем удаляется на 7 дней, потом вводится новое на 21 день и так далее. Эффективность метода напрямую зависит от соблюдения сроков использования кольца и семидневного интервала. По результатам многоцентрового исследования, проведенного в Европе и Северной Америке, на протяжении 17000 циклов индекс Перля составил 0,7 (Dieben O.M. et al., 2002).

Достаточно высокая приемлемость НоваРинга определяется отсутствием необходимости ежедневного контроля за применением, неинвазивностью метода и достаточно легким введением и извлечением НоваРинга самой женщиной. В этой связи интересны результаты опроса женщин, которые помогли определить следующие основные преимущества **НоваРинг**:

- Отсутствие ежедневного контроля за применением – 46%
- Простота использования - 31%
- Эффективность метода – 24%
- Естественность - 12%
- Хороший контроль цикла – 8%
- Не мешает при половом контакте - 6%
- Не испытывали затруднений при введении и удалении кольца – 86%

Накожная рилизинг - система

Трансдермальная (накожная) контрацептивная система представляет собой тонкий кусочек гибкого пластика в форме квадрата, прикрепляемый к коже. Из пластыря непрерывно высвобождаются в кровь (напрямую через кожу) 2 гормона – прогестин и эстроген, **Замена пластыря производится еженедельно в течение 3 недель с последующим недельным перерывом**, во время которого у женщины происходит менструальное кровотечение. Таким образом, в течение месяца используется 3 контрацептивных пластыря, которые меняются еженедельно. Места аппликации: живот, ягодицы, верхняя часть руки, туловище, за исключением молочных желез. Общая схема: 3 недели носится пластырь (при еженедельной смене пластыря) – 1 неделя перерыв - 3 недели пластырь - 1 неделя перерыв и так далее.

Основной механизм действия заключается в блокировании овуляции. Известен под торговой маркой Evra. Трансдермальная контрацептивная система EVRA обеспечивает постоянную и равномерную доставку гормонов в течение недели, при этом средняя суточная доза гормонов, поступающих в кровоток составляет 150 мкг норэргестромина и 20 мкг этинилэстрадиола. Эффективность метода зависит от пользователя: риск наступления незапланированной беременности наиболее высок в тех случаях, когда женщина опаздывает с заменой пластыря. Поскольку комбинированный пластырь относится к группе новых средств контрацепции, его фактическая эффективность пока остается малоизученной. Однако результаты клинических испытаний позволяют предположить, что комбинированный пластырь обладает более надежным противозачаточным эффектом по сравнению с комбинированными оральными контрацептивами

Трансдермальная абсорбция из пластыря ЕВРА не зависит от повышения температуры, влажности и физической нагрузки. Контрацептивная эффективность ЕВРА равноценна эффективности КОК, индекс Перля – 0,6.

Можно следующим образом суммировать достоинства и недостатки трансдермальной контрацептивной системы.

Достоинства:

- Абсорбция компонентов препарата через кожу
- Малое число побочных реакций
- Отсутствие прибавки веса
- Эффективность не зависит от влажности, температуры, физических нагрузок
- Простота применения

Недостатки:

- Может отклеиваться
- Раздражение кожи (аллергическая реакция)
- Не рекомендуется женщинам с массой тела более 90 кг

Важно четко знать о рекомендациях, которые следует дать женщине при особых ситуациях. К ним можно отнести:

- Попытаться заново приклеить пластырь, в случае неудачи – приклеить новый.
- При раздражениях кожи – снять пластырь и приклеить новый на другое место.
- Женщинам с массой тела более 90 кг рекомендовать другие методы контрацепции.
- При полном отклеивании пластыря он сохраняет в полной мере свои контрацептивные свойства в течение 48 часов

Противопоказанием к применению рилизинг-систем являются: венозные тромбозы в активной стадии, злокачественные заболевания, тяжелые заболевания печени,

влагалищные кровотечения неясной этиологии, беременность или подозрение на нее и гиперчувствительность к компонентам.

Обратите внимание, что существуют и специфические **противопоказания к применению рилизинг-систем:**

- Мирена – общие противопоказания к использованию ВМС.
- НоваРинг – вагиниты (специфической и неспецифической этиологии, предраковые заболевания шейки матки).
- Евра – заболевания кожи.

Новые рилизинг-системы с различными путями введения, расширяют возможности по применению дифференцированной контрацепции

ЗАНЯТИЕ 11

ЭКСТРЕННАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

Экстренная контрацепция является одним из основных резервов снижения количества нежелательных беременностей и, как следствие, абортов. Экстренная контрацепция должна применяться в особых случаях, когда у женщины был половой контакт без какой-либо контрацепции, и она не хочет беременеть, женщина сообщает о возможной удаче с контрацепцией или женщина подверглась сексуальному насилию и не имела эффективной контрацептивной защиты. Информирование и консультирование по вопросам экстренной контрацепции, а также доступность препаратов, должно стать одним из приоритетов в работе по охране репродуктивного здоровья.

Экстренная контрацепция (ЭК), которую иногда называют срочной, неотложной или «пожарной», должна применяться после незащищенного полового контакта для предупреждения непланируемой беременности. ЭК обеспечивают надежное предохранение от нежелательной беременности только в тех случаях, когда они принимаются в течение 5 дней (120 часов) после незащищенного полового контакта. Чем раньше женщина начинает принимать таблетки после незащищенного полового контакта, тем выше эффективность данного метода. Обратите внимание, что, вопреки распространенному мнению, экстренная контрацепция не нарушает течения существующей беременности. Важным достоинством ЭК является то, что метод практически не имеет противопоказаний, за исключением беременности. Кроме того, применение ЭК может стать фактором, помогающим женщине плавно перейти к использованию постоянного метода контрацепции.

Одной из проблем, связанных с использованием ЭК заключается в том, что зачастую женщина, регулярно живущая половой жизнью, решает использовать таблетки ЭК несколько раз в менструальный цикл, предпочитая «3-4 таблетки в месяц 21-ой». Это связано, с одной стороны, с недостаточной информированностью женщин об ЭК, с другой стороны с небольшим вниманием, которое уделяют ЭК специалисты, включая вопросы консультирования. **ЭК не должна применяться вместо обычных методов контрацепции. Она должна применяться исключительно в экстренных случаях.**

Существует несколько видов препаратов для экстренной контрацепции. Однако в качестве средства экстренной контрацепции допускается применение по определенной схеме не только препаратов, предназначенных специально для этой цели, но и таблетки прогестинового ряда и комбинированных оральных контрацептивов. Всю ЭК можно поделить на 2 группы: гормональные методы и введение ВМС. В свою очередь экстренная гормональная контрацепция осуществляется с применением:

- Эстроген - гестагеновые препараты (метод Юзпе);
- Гестагенов;
- Антипрогестинов (мифепристон).

Механизм действия: Точный механизм действия гормональной ЭК неизвестен. Многие авторы считают, что он заключается в подавлении или задержке овуляции («Планирование семьи» Универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи, ВОЗ, 2008). Кроме того, при применении высокой дозы

левоноргестрела важную роль играет быстрые децидуальные превращения эндометрия и инактивация сперматозоидов. Важно знать, что **ЭК - это метод контрацепции и при его применении не может вызвать прерывание имеющейся беременности.**

Во многих странах, включая Россию, чисто прогестиновые таблетки для ЭК, содержащие левоноргестрел, представлены на рынке под фирменными наименованиями Постинор, Эскапел. Низкодозированные КОК используются для экстренной контрацепции по схеме Юзпе.

Эффективность ЭК. Эффективность экстренной контрацепции зависит в большой степени от того, насколько быстро начато применение препаратов для ЭК после незащищенного полового акта. Чем быстрее начинается ЭК, тем более она эффективна. Эффективность ЭК может находиться в диапазоне 56-93% в зависимости от используемой схемы и сроков начала ЭК. По данным исследований, на 100 женщин, имевших половой контакт на второй или третьей неделе после начала менструального цикла без применения противозачаточных средств, приходится около 8 незапланированных беременностей; на 100 женщин, воспользовавшихся ЭК прогестинового ряда, приходится 1 незапланированная беременность; на 100 женщин, воспользовавшихся комбинированными ЭК (эстроген + прогестин), приходится 2 незапланированные беременности. По данным отечественных ученых (Прилепская В. Н., Межевитинова Е.А.) эффективность метода Юзпе составляет 94%. ВМС немногим более эффективны, чем таблетки, а чисто прогестиновые таблетки с большей вероятностью окажутся более эффективными, чем низкодозированные КОК. Но основной фактор, от которого зависит эффективность метода – это срок начала приема препаратов. В этом контексте уместен девиз «Тем раньше, тем лучше!».

Показания к использованию ЭК:

- У женщины был половой контакт без какой-либо контрацепции, и она не хочет беременеть.
- Женщина сообщает о возможной неудаче с контрацепцией, например:
 - неправильное использование, разрыв или соскальзывание презерватива,
 - неправильное применение метода, основанного на циклическом характере женской фертильности (к примеру, при воздержании от половых сношений в «опасные дни»),
 - неудачное применение метода прерванного полового акта (мужчина не успел извлечь половой член из влагалища до семяизвержения),
 - пропуск 3-х и более таблеток комбинированного орального контрацептива либо начало приема таблеток из новой упаковки с опозданием на 3 и более дней,
 - выпадение ВМС,
 - введение инъекционного контрацептива прогестинового ряда с опозданием на 2 и более недели, либо введение очередной инъекции ежемесячного контрацептива с опозданием на 7 и более дней.
- Женщина подверглась сексуальному насилию и не имела эффективной контрацептивной защиты.

Говоря о **критериях приемлемости ЭК**, следует обратить внимание, что на данный момент о каких-либо медицинских состояниях (включая грудное вскармливание), при которых не допускается использование экстренной контрацепции, нет (за исключением беременности). Говоря о методе Юзпе, следует помнить, что тромбоэмболии, в т.ч. в анамнезе, острые заболевания печени, рак молочной железы и маточные кровотечения неясной этиологии могут стать ограничением в использовании метода. После применения ЭК у кормящей женщины некоторые авторы рекомендуют воздержаться от грудного вскармливания 6 часов.

Важно четко проинформировать женщину, **когда следует начинать применение ЭК.** Прием препарата следует начать как можно скорее после незащищенного полового контакта в течение первых 120 часов (5 дней). Эффективность снижается в прямой зависимости от длительности периода с момента незащищенного полового контакта до начала экстренной контрацепции. Чем скорее начата ЭК, тем она более эффективна.

Дозировки таблеток экстренной контрацепции (ТЭК), рекомендованные ВОЗ:

- одна доза левоноргестрела 1,5 мг считается наилучшим вариантом, ИЛИ
- две дозы левоноргестрела по 0,75 мг; после первой дозы левоноргестрела 0,75 мг вторая доза левоноргестрела 0,75 мг дается через 12 ЧАСОВ, ИЛИ
- две дозы эстроген-левоноргестрел комбинированных КОК (схема Юзпе): первая доза - этинилэстрадиола 100 микрограмм плюс 0,5 мг левоноргестрела, через 12 часов дается такая же вторая доза.

В отношении **использования ВМС** с целью экстренной контрацепции существует следующая рекомендация: медьсодержащая ВМС может применяться в целях экстренной контрацепции и является средством выбора для женщины, желающей пользоваться ВМС в будущем в качестве постоянного метода. ВМС рекомендуется вводить в течение 7 дней после незащищенного полового контакта. Не рекомендуется применение ВМС молодым нерожавшим женщинам, при наличии большого числа половых партнеров; при наличии воспалительных заболеваний гениталий.

Обратите внимание на тактику ведения женщин после применения ЭК, в том случае, если беременность все - таки наступила.

- при применении Левоноргестрела – отсутствие тератогенного эффекта подтверждено доказательной базой; в случае неудачи метода беременность сохранять можно.
- Мифепристон – используется для экстренной контрацепции в дозе 10 мг. В России зарегистрирован под названием Генипристон. После его применения в последующих циклах нередко встречаются нарушения менструального цикла в виде олигоменореи, аменореи, метроррагии.

Рекомендации по ведению и консультированию можно сформулировать следующим образом:

- Задайте женщине вопросы для определения вероятности беременности; если беременность очевидна, не давайте ЭК. Но при этом от женщины не требуется прохождения теста на беременность или осмотра, так как ЭК не влияют на имеющуюся беременность или плод.
- Объясните вопросы эффективности ЭК.
- Объясните, как принимать таблетки (и предоставьте их клиентке, если они есть).
- При необходимости, кормящие грудью женщины могут воспользоваться ЭК. Данные о том, что ЭК наносят вред кормящей матери или ее ребенку, отсутствуют, хотя некоторые специалисты рекомендуют покормить ребенка перед приемом таблетки(ок), а затем сцеживать и выливать грудное молоко в течение 6 часов после этого.
- Посоветуйте женщине принимать таблетки с едой для уменьшения чувства тошноты.
- Скажите женщине, что необходимо повторить прием дозы, если рвота наступает в течение 2 часов после приема таблетки(ок).
- Необходимо сообщить, что у большинства женщин после ЭК менструация наступает примерно на 1 неделю раньше/позже ожидаемого времени.
- Если менструация не наступает через 1 неделю после ожидаемого времени, женщина должна обратиться к врачу для обследования на предмет возможной беременности.
- Важно объяснить, что ЭК не так эффективна, как последовательное и правильное применение современных методов контрацепции.
- Если соответствует ситуации, проконсультируйте женщину о методах контрацепции.
- Объясните, что ЭК не обеспечивают защиту от ИППП/ВИЧ-инфекции. Если ситуация, приведшая женщину к необходимости провести экстренную контрацепцию, также подвергла женщину риску ИППП/ВИЧ-инфицирования, проведите консультирование и относитесь к ней соответствующим образом.
- Объясните женщине, что противозачаточный эффект ЭК не распространяется на половые контакты, имевшие место после приема таблеток – даже в том случае,

когда половая близость происходит на следующий день после приема таблетки. Укажите на необходимость пользования постоянным методом контрацепции. Расскажите о существующих методах планирования семьи и, если женщина входит в группу риска, о средствах защиты от ИППП

ВОЗ рекомендует следующее: женщинам следует всегда иметь под рукой таблетки экстренной контрацепции, потому что:

- Женщина с большей вероятностью примет ЭК после незащищенного секса, если они имеются под рукой.
- Наличие ЭК у женщины не влияет на применение обычных, плановых методов контрацепции, не увеличивает частоту случаев незащищенного секса и не повышает частоту применения экстренной контрацепции.

ЗАНЯТИЕ 12

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ

Внутриматочная контрацепция является одним из наиболее эффективных и распространенных методов контрацепции, использование которого является важным фактором сохранения репродуктивного здоровья женщины, значительным резервом в профилактике нежелательных беременностей. Консультирование и индивидуальный подбор метода контрацепции невозможно проводить без знаний об особенностях использования ВМС. Особое значение имеет консультирование, без которого невозможно эффективная профилактика нежелательной беременности.

Внутриматочное средство представляет собой небольшую гибкую рамку из пластика, которая вводится в полость матки владеющим соответствующей техникой специалистом. Медьсодержащая ВМС представляет собой пластиковую рамку с медными гильзами или обмоткой из медной проволоки. Подробно о гормонсодержащей ВМС см. информацию в разделе «Контрацептивные релизинг системы». Практически все типы ВМС оснащены одной или двумя нитями, свисающими во влагалище.

Более 60 млн. женщин в мире используют ВМС. Наибольшее количество пользователей ВМС – жительницы Китая (80%), около 6% проживают в развитых странах, 0,5% - в странах Африки, остальные – в развивающихся странах. В России ВМС является одним из наиболее распространенных методов контрацепции: 14,3% российских женщин используют ВМС

Существует несколько теорий, объясняющих механизм действия ВМС. В настоящий момент считается, что основной механизм действия состоит в иницировании химических изменений, выводящих из строя сперматозоиды и яйцеклетку до момента их возможного слияния.

Наиболее распространенных видах ВМС, сроках их возможного использования и эффективности (индекс Перли). ВМС входят в группу наиболее эффективных и методов контрацепции, которые можно использовать достаточно долго. Имеющиеся данные свидетельствуют, что наиболее надежна ВМС Т Cu 380А (индекс Перля 0,3). Этот же вид ВМС имеет наиболее длительный срок использования – до 10 лет.

Важно четко знать возможные сроки введения ВМС. Такой срок определяется индивидуально для каждой женщины во время консультирования. Общий подход можно сформулировать следующим образом: ВМС может быть введена в любой день менструального цикла, а также после аборта, после родов, после операции «Кесарево сечение». После установки ВМС, от женщины не требуется каких-либо дополнительных действий по предохранению от беременности. Следует проинформировать женщину, что, иногда, ношение ВМС сопровождается более длительными и/или обильными менструальными кровотечениями и несколько более выраженными менструальными

спазмами или болями. Чаще всего это происходит в течение первых 3-6 месяцев после введения ВМС.

Как и любой другой метод контрацепции, ВМС имеет как преимущества, так и недостатки при использовании. К **преимуществам метода** следует, прежде всего, отнести высокую надежность, возможность длительного (до 10 лет), непрерывного применения, отсутствие системного влияния на организм, практически немедленное восстановление фертильности после удаления, не дороги и не требуют каких-либо дополнительных затрат после установки. Последний фактор делает ВМС доступным средством предохранения от нежелательной беременности практически для всех слоев населения.

К **недостаткам ВМС** следует отнести возможность возникновения таких осложнений и побочных реакций как:

- изменение характера менструальных кровотечений (в особенности, в первые 3-6 месяцев после введения ВМС), включая затяжные, обильные и/или нерегулярные кровотечения, увеличение интенсивности менструальных спазмов и болей;
- возможная экспульсия ВМС;
- воспалительные заболевания органов малого таза;
- маточная беременность;
- внематочная беременность;
- перфорация матки; очень редко встречающееся осложнение, возникает при перфорации стенки матки вводимым ВМС или инструментом, используемым для введения ВМС, как правило, заживление перфорированного отверстия происходит самостоятельно;
- развитию железодефицитной анемии; достаточно редко ВМС может способствовать развитию анемии, это происходит в тех случаях, когда у женщины на момент введения ВМС имелся низкий уровень гемоглобина, и ношение ВМС сопровождается обильными месячными кровотечениями;
- воспалительное заболевание органов малого таза (ВЗОМТ).

Следует отдельно остановиться на том, что вопреки достаточно распространенному мнению, частота возникновения ВЗОМТ при использовании ВМС невысока. Так, на фоне медьсодержащей ВМС (площадь Cu 380 кв. мм, частота ВЗОМТ составляет 1,58 НА 1000 жен./лет. Для сравнения у молодых нерожавших женщин - 11,9 НА 1000 жен./лет. В этой связи следует отметить, что медьсодержащие ВМС являются самыми безопасными.

Обратите особое внимание на факторы риска по возникновению ВЗОМТ и их ранжирование по степени важности. В этой связи, следует напомнить основные признаки развития острого ВЗОМТ, такие как слабые боли внизу живота, болезненность при пальпации и смещении матки, обильные выделения из влагалища, температура 38 С и выше, болезненность при пальпации и увеличение придатков, межменструальные кровянистые выделения.

Показанием для госпитализации в этой ситуации является:

- умеренная и тяжелая форма ВЗОМТ;
- сомнения в диагнозе;
- подозрение на внематочную беременность или аппендицит;
- предполагаемый абсцесс в полости малого таза;
- отсутствие эффекта от проводимого амбулаторного лечения;
- юный возраст

Следует помнить о возможных причины возникновения боли в процессе использования ВМС. К таким причинам относится самопроизвольное изгнание ВМС, перфорация матки и воспалительные заболевания органов малого таза.

Кому же показано использование ВМС? Этот метод могут безопасно и эффективно применять почти каждая женщина, («Планирование семьи», Универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи, ВОЗ, 2008) включая:

- рожавших и нерожавших женщин;
- незамужних женщин;
- женщин любого возраста;
- женщин, недавно перенесших аборт или выкидыш;
- кормящих грудью матерей;
- женщин, выполняющих тяжелую физическую работу;
- женщин, перенесших операцию по поводу внематочной беременности;
- женщин, переболевших ВЗОМТ;
- женщин с вагинальной инфекцией;
- женщин с анемией;
- ВИЧ-инфицированных женщин и женщин, получающих и положительно реагирующих на антиретровирусное лечение.

Обсуждая возможность применения ВМС необходимо подробно остановиться на противопоказаниях к применению ВМС в соответствии с критериями ВОЗ

Абсолютные противопоказания к использованию ВМС (3, 4 категории приемлемости, ВОЗ 2004)

- Беременность
- Послеродовый период от 48 часов до 4 недель
- Послеродовый сепсис
- Недавний постсептический аборт
- Злокачественные образования тела или шейки матки
- Рак яичников
- Гестационная трофобластическая болезнь
- Маточное кровотечение неясного генеза
- Миома матки с деформацией ее полости
- Анатомические аномалии с деформацией полости матки
- Острое или подострое ВЗОМТ
- ИППП (гнойный цервицит, хламидийная и гонорейная инфекции)
- Туберкулез с поражением органов малого таза
- СПИД
- Часто рецидивирующий хронический воспалительный процесс гениталий и органов малого таза

Отдельно следует обсудить возможность применения ВМС у нерожавших женщин. Общеизвестно, что применение ВМС у этой группы женщин возможно при следующих условиях: наличие только одного полового партнера, необходимость в длительной (не менее одного года) контрацепции и использованием средств профилактики осложнений (противовоспалительная терапия, монофазные КОК за 3 месяца до введения ВМС).

В заключение рассмотрения темы ВМС, можно сделать вывод, что этот метод является одним из наиболее эффективных и распространенных в мире,

ЗАНЯТИЕ 13

КОНТРАЦЕПЦИЯ ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОМ И ВТОРОМ ТРИМЕСТРАХ И ВОПРОСЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Контрацепция после аборта является важным фактором сохранения репродуктивного здоровья женщины, значительным резервом в профилактике нежелательных беременностей, повторных абортов и их осложнений. Консультирование и

индивидуальный подбор метода контрацепции невозможно проводить без знаний об особенностях контрацепции после прерывания беременности. Особое значение имеет консультирование, без которого невозможно эффективная профилактика нежелательной беременности.

В начале обсуждения темы контрацепции после прерывания беременности, следует напомнить, что значительное снижение абортот и материнской смертности возможно при охвате контрацепцией 30-50% супружеских пар, в то время как в России эта цифра значительно ниже. Период, когда женщина принимает решение о прерывании беременности, проходит соответствующее обследование, а затем и саму процедуру, является зачастую единственной возможностью для медицинского специалиста провести консультирование и подобрать соответствующий метод контрацепции.

В данном контексте важно учитывать, что способность к зачатию после аборта восстанавливается очень быстро:

- в течение 2 недель после самопроизвольного или искусственного аборта, имевшего место в первом триместре беременности;
- в течение 4 недель после самопроизвольного или искусственного аборта, имевшего место во втором триместре беременности.

Из этого следует сделать очень **важный вывод, определяющий тактику назначения контрацепции у женщин после аборта, а именно: женщина должна начать предохраняться практически сразу же после прерывания беременности.**

В распоряжении службы планирования семьи находится целый ряд различных методов, к применению которых женщина может приступить непосредственно после аборта. Способы контрацепции, не рекомендуемые для применения в раннем послеродовом периоде, не представляют собой опасности для здоровья женщин, перенесшей аборт и/или прошедших курс лечения по поводу осложнений после аборта. Женщине может быть подобран постоянный метод контрацепции и позднее, однако до того, как это произойдет, ей следует пользоваться вспомогательным (временным) методом, если она живет половой жизнью. Под вспомогательными методами контрацепции в данном случае понимаются использование презервативов, применение спермицидов и прерванный половой акт. Важно помнить, что использование спермицидами допускается при условии, что у женщины отсутствуют повреждения тканей влагалища и/или шейки матки. Женщине следует знать о том, что использование спермицидами и прерванный половой акт относятся к разряду наименее эффективных методов контрацепции.

Рекомендации, которые следует дать женщине после прерывания беременности:

1. В целях профилактики инфекции, женщине следует воздерживаться от половых сношений до полной остановки кровотечения – т.е. около 5-7 дней.
2. Если женщина получает лечение по поводу инфекции или повреждения тканей влагалища или шейки матки, ей рекомендуется воздерживаться от половых контактов до полного выздоровления.
3. Если женщина планирует снова забеременеть в ближайшее время, порекомендуйте ей выждать восстановительную паузу продолжительностью не менее 6 месяцев, что позволит снизить риск осложнений последующей беременности и родов (рождения ребенка с низким весом, преждевременные роды, возникновения анемии у матери).

Обратите, что важно правильно определить сроки начала применения контрацепции. Применение комбинированных оральных контрацептивов, таблеток прогестинового ряда, инъекционных контрацептивов прогестинового ряда, ежемесячных инъекционных контрацептивов, комбинированных пластырей, имплантатов, презервативов, допускается начинать непосредственно после аборта без каких-либо ограничений. Применение этих методов немедленно после прерывания беременности не противопоказано в случае

повреждения органов репродуктивного тракта, подозрения на инфекцию или подтвержденной инфекции.

Начало использования таких методов, как ВМС, женская стерилизация и методов, основанные на циклическом характере женской фертильности, допускается после того, как будет исключено наличие инфекции или завершено лечение имеющейся инфекции. К применению этих методов, а также использование диафрагм, шейных колпачков, можно приступить после полного заживления имеющихся повреждений органов репродуктивного тракта.

После неосложненного искусственного или самопроизвольного прерывания беременности в первом триместре, требуется повторный подбор диафрагмы (если таковая использовалась ранее). После неосложненного искусственного или самопроизвольного прерывания беременности во втором триместре следует выждать 6 недель для того, чтобы матка смогла вернуться к своему первоначальному размеру, после чего можно снова подобрать размер диафрагмы.

Обратите на то, что введение ВМС сразу после аборта, имевшего место во втором триместре, требует специальной подготовки врача. Решение о выполнении женской стерилизации должно приниматься заблаговременно, а не в тот момент, когда женщина находится под воздействием седативных препаратов или под стрессом.

ЗАНЯТИЕ 14

КОНТРАЦЕПЦИЯ ПОСЛЕ РОДОВ, ВКЛЮЧАЯ МЕТОД ЛАКТАЦИОННОЙ АМЕНОРЕИ И ВОПРОСЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Контрацепция в послеродовом периоде является важным фактором сохранения репродуктивного здоровья женщины, значительным резервом в профилактике нежелательных беременностей и повторных абортов. Консультирование и индивидуальный подбор метода контрацепции невозможно проводить без знаний об особенностях контрацепции в послеродовом периоде. Особое значение имеет метод лактационной аменореи (МЛА), правильное применение которого зачастую невозможно из-за существующих среди населения мифов, преодолеть которые можно при эффективном консультировании.

По данным ВЦИОМ в среднем, только 76 % всех рождений являются желанными, а 83-95 % всех нежеланных беременностей прерываются абортом. По данным Е. М. Вихляевой Е.И.Николаевой (1999) и И.С.Савельевой (2003), в течение первого года после родов до 10,3-19% женщин обращаются в медицинские учреждения для прерывания беременности.

Наиболее благоприятный интергенетический период между рождением детей составляет 2-2,5 года. Так, соблюдение интервала между родами в 2 года способствует уменьшению перинатальной смертности на 25%, раннее наступление повторной беременности более чем в 30% случаев способствует уменьшению лактации. Следует доносить до женщин информацию о том, что определенный интервал между рождением детей способствует оптимальному здоровью и развитию каждого ребенка и позволяет матери полностью восстановиться после родов. Важно помнить о физиологических процессах в организме женщины, происходящими в послеродовом периоде. Так, сроки восстановления фертильности у женщин после родов различаются и зависят от многих факторов, но, в первую очередь от того, кормит женщина грудью или нет. Знание этих сроков приобретает особое значение при консультировании женщин по вопросам контрацепции в послеродовом периоде, когда, зачастую, на первое место выходят сроки начала применения метода контрацепции. Обратите внимание учащихся, что:

- на 6- 7 неделе заканчивается восстановление эндометрия;
- к 6-7 неделе полость матки уменьшается до 3-5 куб см;
- к 14 неделе овуляция отмечается у 10,9 кормящих грудью и у большинства некормящих грудью женщин;

- к 14 неделе менструации восстанавливаются в большинстве случаев у некармлиющих грудью;
- в 40-60 % овуляция отмечается до восстановления первой менструации

Основная часть методов контрацепции безопасны и эффективны для большинства здоровых женщин в послеродовом периоде. Критерии приемлемости для использования того или иного метода, а также сроки начала применения метода зависят от того, кормит ли женщина ребенка грудью, возраста ребенка и других медицинских состояний у женщины.

При выборе метода контрацепции после родов **необходимо учитывать:**

- Влияние на лактацию и развитие ребенка
- Эффективность метода
- Вероятность побочных реакций
- Мотивацию женщины (пары)
- Возраст женщины
- Течение беременности и родов
- Репродуктивный анамнез
- Сопутствующую экстрагенитальную патологию
- Сексуальное поведение женщины

Общие подходы к применению различных методов контрацепции изложены в таблице,

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ КРИТЕРИЕВ ПРИЕМЛЕМОСТИ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТОГО ИЛИ ИНОГО МЕТОДА КОНТРАЦЕПЦИИ (руководство ВОЗ «Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции»)

Метод	Если женщина кормит	Если женщина не кормит
Метод лактационной аменореи	Может применяться первые 6 месяцев после родов, если мать придерживается исключительно грудного вскармливания, а менструации не возобновились. Информацию по консультированию см. в Памятке	Неприменимо
Низкодозированные комбинированные оральные контрацептивы	Можно начать применение сразу после прекращения грудного вскармливания или через 6 месяцев после родов - независимо от того, что наступит раньше.	Можно начать применение через 6 недель после родов.
Чисто прогестиновые	Можно начать применение через 6 недель после родов	Можно начать через 3 недели после родов
Презервативы	Можно использовать сразу при возобновлении сексуальных отношений	Можно использовать сразу при возобновлении сексуальных отношений
ВМС	Можно вводить в первые 48 часов после родов или после 4 недель с момента родов. Наилучший вариант - в течение первых 10 минут после рождения плаценты.	
Добровольная хирургическая контрацепция (перевязка маточных труб)	Может проводиться сразу после родов, если женщина была заранее проконсультирована, если нет сомнений в том, что она понимает необратимость процедуры по перевязке маточных труб, а также если она дала должным образом оформленное информированное согласие до начала родов.	

Метод лактационной аменореи (МЛА)

МЛА - это естественный метод временной контрацепции, который базируется на исключительно грудном вскармливании ребенка в течение первых 6 месяцев после родов.

Механизм действия: при МЛА происходит подавление овуляции, так как грудное вскармливание приводит к изменению выработки естественных гормонов (в частности гиперпролактинемии).

Эффективность: При последовательном и правильном применении эффективность 99%. Даже, несмотря на то, что некоторым женщинам сложно обеспечивать исключительно грудное вскармливание, эффективность при обычном использовании составляет 98%. МЛА действует, **только** если соблюдены все три условия, приведенные ниже:

- Ребенок получает только грудное молоко, мать кормит ребенка часто (как минимум, каждые 3-4 часа в течение дня и не менее одного раза ночью)
- Менструации не возобновились
- Возраст ребенка менее 6 месяцев.

Преимущества:

- Эффективно предупреждает беременность в течение не менее 6 месяцев после родов.
- Ребенок получает самое здоровое питание, что защищает ребенка от диарей и других инфекционных заболеваний.
- Не требует затрат.
- Способствует установлению более тесной связи между матерью и ребенком.
- Отсутствуют гормональные побочные эффекты.

Недостатки:

- Не обеспечивает защиту от ИППП/ВИЧ-инфекции.
- Частое грудное кормление может быть неудобным или сложным для ряда женщин, особенно, работающих матерей.
- Большинству женщин требуется помощь в приобретении навыков грудного вскармливания, если они хотят это делать успешно.
- Если мать инфицирована ВИЧ или у нее СПИД, есть риск передачи ВИЧ ребенку через грудное молоко.

Критерии приемлемости (Кто не должен применять МЛА):

- Женщины, у которых возобновились менструации.
- Женщины, которые не придерживаются исключительно грудного вскармливания, но не кормят ребенка с нужной частотой днем и ночью.
- Если с момента родов прошло более 6 месяцев.
- ВИЧ-инфицированные или больные СПИД женщины.
- Женщины, которым врач сообщил о том, что принимаемые ею могут повредить ребенку.

Когда следует начинать: Сразу же после рождения ребенка, в течение первого часа, если это возможно.

Если женщина хочет или ей надо обеспечить дополнительную защиту:

- Если женщина продолжает кормить грудью, но не соответствует всем 3 условиям эффективного применения МЛА для предохранения от беременности, ей следует предложить дополнительный метод контрацепции.
- Если женщина будет ощущать себя «в большей безопасности», имея дополнительную защиту от беременности (даже если она соответствует всем 3 условиям для МЛА), следует ей предложить дополнительный метод контрацепции.
- Если кормящая женщина подвергается риску заражения ИППП/ВИЧ, необходимо ее проконсультировать по поводу использования презервативов

Барьерные методы контрацепции можно начинать использовать сразу при возобновлении сексуальных отношений после родов. Они не оказывают никакого воздействия на организм кормящей женщины, а правильное и регулярное применение

презервативов является эффективным и безопасным методом предохранения в этот период

Преимуществом барьерных методов является то, что они не влияют на количество и качество грудного молока, а некоторые из них (презервативы и спермициды) могут использоваться в любое время после родов и не требуют визита к врачу. Кроме того, важно помнить, что использование презерватива является профилактикой инфицирования ИППП.

К недостаткам барьерных методов относится:

не всегда существует достаточная мотивация для использования презерватива (как у женщины, так и у её партнера);

- некоторые из видов барьерной контрацепции (диафрагма + крем) могут использоваться не ранее 7-8 недели после родов)
- низкая эффективность (не превышает 70-89% и зависит от правильного и постоянного применения);
- возможны побочные эффекты - воспаление и аллергические реакции на латекс и спермициды

Внутриматочные средства (ВМС)

ВМС можно вводить в первые 48 часов после родов или после 4 недель с момента родов. Наилучший вариант - в течение первых 10 минут после рождения плаценты. К преимуществам ВМС относятся:

- продолжительность действия;
- обратимость;
- надежность;
- удобство;
- конфиденциальность.

К недостаткам использования ВМС относятся кровянистые выделения, боли и экспульсии, кровянистые выделения.

Обратите внимание, что применение ВМС после родов определено следующими правилами:

1. Может быть введена сразу же после рождения последа, после кесарева сечения или в течение 48 часов после родов (WHO class 2).
2. Если не была введена постплацентарно или в течение первых 48 часов после родов, использование ВМС следует отложить до истечения 6 недель после родов (WHO class 1).
3. Прогестин-содержащие ВМС не следует вводить ранее 6 недель после родов (WHO class 3).
4. Если менструации возобновились ранее 6 недель после родов, вводить ВМС только при уверенности, что женщина не беременна.

Следует учитывать, что показатели удаления ВМС у кормящих грудью женщин в течение первого года меньше на 12-15%, а уровень спонтанной экспульсии выше на 6-10% при отсроченном введении ВМС. Наименьшее число экспульсий отмечается при введении спирали высоко в полость матки - в течение первых 10 мин. после рождения последа.

Применение гормональных методов контрацепции после родов.

Гестагены (mini-pills)

Когда речь идет о применении гормональной контрацепции у женщины в послеродовом периоде, прежде всего, следует учитывать, то в какой степени подбираемый препарат действует на количество и качество грудного молока у кормящей женщины. С этой точки зрения обсуждение вопросов гормональной контрацепции в послеродовом периоде следует начинать с чисто гестагеновых препаратов, которые не оказывают влияния на качество грудного молока и развитие ребенка. Кроме того, к положительным

качествам этого вида контрацепции относится его надежность и обратимость. К недостаткам, в первую очередь, относится необходимость постоянного приема препарата в одно и то же время.

Начать применение чисто гестагеновых контрацептивов можно через 6 недель после родов у кормящей женщины и через 3 недели, если женщина не кормит грудью. Препарат можно начать применять в период послеродовой аменореи (убедившись в отсутствии беременности) или с возобновлением менструаций.

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК)

КОК способствуют уменьшению количества молока и прекращению лактации, поэтому могут использоваться только не кормящими грудью женщинами. Не следует использовать КОК в первые 6 недель после родов из-за риска тромбофилии, связанного с эстрогенами. Можно начать применение КОК сразу после прекращения грудного вскармливания или через 6 месяцев после родов - независимо от того, что наступит раньше.

Добровольная хирургическая стерилизация (ДХС)

Крайне важно помнить, что стерилизация – это необратимый метод контрацепции. К нему можно прибегнуть как женщина, так и мужчина, только в строгом соответствии с законодательством и после тщательного и всестороннего консультирования.

ДХС у женщин может проводиться сразу после родов, если женщина была заранее проконсультирована, и если нет сомнений в том, что она понимает необратимость процедуры по перевязке маточных труб, а также, если она дала должным образом оформленное информированное согласие до начала родов. **Оптимальное проведение** операции сразу после родов или в течение первых **48 часов после родов**, но может быть отложена на 4-6 недель. Абсолютными противопоказаниями для ДХС являются длительный (> 12 час) безводный период, острая инфекция.

Консультирование

Консультирование по вопросам контрацепции после родов должно быть интегрировано с услугами по антенатальному уходу для беременных женщин. Консультирование по контрацепции в раннем антенатальном периоде важно по следующим причинам:

- Это помогает женщинам понять, что определенный интервал между рождением детей способствует оптимальному здоровью и развитию каждого ребенка и позволяет матери полностью восстановиться после родов.
- Благодаря этому у женщины/пары есть время для выбора предпочтений в отношении контрацепции и обсуждения их с врачом.

После родов:

- Консультирование по контрацепции должно начинаться на ранних этапах послеродового периода, а не в последний момент перед выпиской.
- Раннее консультирование оставляет женщине время на обсуждение потребностей в отношении контрацепции с врачом и на получение дополнительной информации, необходимой для принятия информированного решения.
- Даже если женщина планирует придерживаться исключительно грудного вскармливания и, следовательно, пользоваться методом лактационной аменореи (МЛА) в целях контрацепции в первые месяцы после родов, ей необходимо знать, в какой момент МЛА больше не будет служить защитой. Ей придется выбрать метод предупреждения нежеланной беременности после того, как МЛА утратит свою эффективность.
- У женщин, которые не придерживаются исключительно грудного вскармливания, фертильность может восстановиться всего лишь через 3 недели после родов.
- Дальнейшие беседы с женщиной по поводу контрацепции должны проводиться, когда она после родов посещает ЛПУ по своим вопросам, при оказании услуг по грудному вскармливанию или наблюдению за здоровым ребенком, а также при

посещениях на дому. В это время врач может помочь женщине, если у нее есть какие-либо проблемы или опасения в отношении метода контрацепции, которым она пользуется, или же помочь ей начать применять какой-то метод или сменить один на другой.

ЗАНЯТИЕ 15

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ У СЕКСУАЛЬНО АКТИВНЫХ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ

Подросток подростку рознь, поэтому следует предлагать обсуждение вопросов предохранения от нежеланной беременности лишь сексуально-активным или желающим заранее познакомиться с этими подробностями подросткам.

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 на «...свободный самостоятельный доступ к получению и передаче интересующий их информации...». 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 с этим, акушеры-гинекологи, педиатры и врачи других специальностей, имеющие практику работы с девочками пубертатного и подросткового возраста (с менархе до 18 лет), должны уметь дать своевременные и квалифицированные ответы на интимные вопросы юных пациентов о сексе, беременности и контрацепции.

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, следует обоснованно предлагать любую альтернативу обреченной на прерывание беременности в этой возрастной группе женщин». 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 любого метода контрацепции и должны иметь доступ к всему многообразию контрацептивного выбора.

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, даже если подростку не исполнилось 15 лет. Кроме того, нужно учитывать, что подростки могут не иметь достаточно денег на покупку контрацептивов и зачастую пытаются скрыть свою сексуальную активность от родителей и взрослых.

Надлежащее образование и консультирование перед и во время выбора метода может помочь подросткам обратиться к своим проблемам и сделать обоснованное и

добровольное решение. Вместе с тем, сексуальная активность, к сожалению, накладывается на почти повсеместную неосведомленность современных подростков об основах анатомии и физиологии репродуктивной системы. У девушек отмечается недостаточный уровень информированности по вопросам контрацепции. 71,0% имеют положительную установку на контрацепцию, применяют ее, или собираются применять в будущем, 3,0% - отрицательную, у 26% контрацептивные установки не сформировались.

В этой связи интересны данные анонимного анкетирования студенток г. Москвы. На вопрос о наиболее опасном для зачатия периоде правильно ответили лишь 38% респондентов (и девушек и юношей). Более того, слово «контрацепция» не совсем было понятно студентам. «Я не использую никакой контрацепции, так как применяю контрацептивы» - без комментариев. Только 30-33% девушек при сексуальном дебюте предохранялись от возможного зачатия, а более половины (58%) сексуально активных подростков использовали контрацептивы не регулярно. Особенностью применения методов контрацепции сексуально активными девушками является нерегулярное использование контрацепции: только 57,6% из их числа применяли контрацепцию стабильно в течение исследуемого года; 11,6% девушек - 7-12 месяцев; 14,4% - 4-6 месяцев и 16,4% - менее 3-х месяцев 13% респондентов не применяли никаких средств. В числе средств контрацепции чаще всего молодежь использовала презервативы (79%) и даже прерванный сексуальный контакт (18-79%). КОК использовали от 2 до 19% девушек. Опросы подростков показывают, что на пути к использованию контрацепции стоят такие препятствия, как недостаточная информированность; мнение об отрицательном влиянии противозачаточных средств на здоровье; их ненадежность; доступность услуг, сложность применения; дороговизна; собственная психологическая неподготовленность; желание сохранить тайну интимных отношений от родственников, знакомых, врачей.

Обратите внимание на результаты анкетирования. Около половины девушек, имеющих опыт половой жизни, не используют КОК, так как считают их удобным, но небезопасным средством, 8% считают неудобным и небезопасным, 4% считают неудобным, но безопасным, 26% затруднились ответить. Удобным и безопасным методом профилактики нежеланной беременности КОК считают лишь каждая пятая девушка. Эта информация позволит Вам убедить учащихся в необходимости поиска более веских аргументов в пользу приема КОК.

В связи с наличием этих препятствий в международной медицинской терминологии сформировались такие понятия как «безопасный пациент» и «безопасный доктор».

Термином «Безопасный пациент» обозначается медицинское здоровье, моральное и социальное благополучие при наличии образовательного уровня, позволяющего данному человеку их сохранить. Большинство граждан России, к сожалению, не соответствуют международным нормам безопасности пациента.

Помочь разрешить эту проблему можно при помощи привития у подрастающего поколения навыков ответственного отношения к вопросам семьи и сексуальных отношений, к планированию беременностей, гарантирующих рождение здорового ребенка и сохранение здоровья женщины. В этой связи приобретает юридически оправданное и повышающее законную ответственность информированное согласие женщины на использование современных методов регуляции рождаемости и профилактики абортов. Не менее важным условием успешного решения этой проблемы является повышение образовательного уровня врачей, к которым обращаются подростки и молодежь, и, тем самым, увеличение численности «безопасных докторов».

Понятие «Безопасный доктор» предполагает высококвалифицированное консультирование, безопасный выбор врачебной тактики (безопасное назначение), разумное и своевременное наблюдение каждого конкретного пациента, проведение профилактических мероприятий, гарантирующих сохранение здоровья женщины, в том числе после родов и абортов.

Обратите внимание, что по данным анкетирования акушеров-гинекологов нашей страны, более 60% врачей назвали искусственный аборт основным методом регуляции

рождаемости, а ВМС – предпочтительным средством женской контрацепции. В структуре причин отказов от продолжения приема комбинированных оральных контрацептивов 50% приходится на рекомендации врача, которые только в половине случаев обусловлены объективными медицинскими причинами. Более того, подросткам далеко не всегда доступны услуги и современная стоимость контрацептивов.

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 высоко надежными средствами защиты от заражения инфекциями, передаваемыми половым путем. Кроме того, механические контрацептивы оказались эффективной мерой профилактики рака шейки матки, в развитии которого доказана роль вирусов, например, 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 и методом 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.

Обратите внимание на то, что теоретический и реальный индексы Перля у женщин, использующих спермициды, равны 18 и 29, у пользующихся внутривлагалищными губками или пленками 9-20 и 16-32, презервативами - 2 и 15, женскими диафрагмами – 5 и 21, шеечными колпачками – 9-26 и 16-32 на 100 женщин/лет соответственно. В целях увеличения контрацептивной эффективности возможно сочетанное применение механических и химических барьерных средств контрацепции, что обеспечивает уменьшение теоретического и реального индексов Перля до 1 и 5 на 1000 женщин/лет соответственно.

Молодые люди, имеющие редкие, нерегулярные половые сношения, могут успешно применять сочетание этих средств.

Отметим, что естественные методы контрацепции, особенно прерванное половое сношение, до сих пор широко применяются в России. По данным анонимного анкетирования не менее 1/3 юных женщин при первом сексуальном контакте полагались на прерванный половой акт, спринцевания или календарный метод. Приобретя некоторый сексуальный опыт, юные женщины, к сожалению, не становились более опытными и информированными в вопросах выбора контрацепции. В результате – каждая третья сексуально активная юная женщина имеет в анамнезе, по крайней мере, одну беременность и каждая пятая – аборт. Объяснением этому является низкая эффективность естественных методов защиты от нежелательной беременности. Теоретический ИП у естественных методов контрацепции составляет 9 на 100 женщин/лет. Однако процент реальных контрацептивных неудач у женщин, использовавших календарный метод, колеблется от 14 до 50, цервикальный метод – от 6 до 40, симптотермальный метод – от 2 до 16. Индекс Перля для партнеров, применяющих прерванный сексуальный контакт, достигает 30 на 100 женщин/лет.

ВМС обеспечивают женщине высокую контрацептивную надежность. Предполагаемый и практический индексы Перля равны 0,6 и 0,8 на 100 женщин/лет. Преимуществом метода является возможность длительного использования, отсутствие связи с половым актом, конфиденциальность и теоретически быстрое восстановление фертильности после извлечения ВМС. Однако их использование у

подростков ограничено риском возникновения внематочной беременности и прогрессирования воспалительных заболеваний внутренних половых органов, частотой нерегулярных менструаций, маточных кровотечений и дисменореи, высокой возможностью экспульсий ВМС. Кроме того, девочки-подростки редко имеют устойчивые, регулярные отношения с сексуальным партнером. В соответствии с этим, женщины до 20 лет отнесены Всемирной организацией здравоохранения ко 2-ой категории приемлемости внутриматочной контрацепции, т.е. к категории лиц, которым можно рекомендовать данный метод, но требуется обязательная врачебная оценка теоретического и практического риска использования предлагаемого средства.

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. Доказано, что вероятность зачатия в результате так называемого «неприкрытого» сокоупления колеблется от 3 до 26% в течение всего менструального цикла и от 7 до 30% в период овуляторные дни.

Напомним о том, что экстренная (посткоитальная, аварийная, «пожарная») контрацепция показана при изнасиловании, незащищенном половом сношении (коитусе). 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, грубого нарушения последовательности приема таблеток с гормональным контрацептивом. Женщины должны знать, что у них есть возможность экстренной контрацепции.

Экстренная контрацепция дает людям шанс исправить свои ошибки и возможность контролировать свое репродуктивное здоровье. И в то же время среди студентов младших курсов ВУЗов г. Москвы правильно назвали средства для экстренной контрацепции всего 21,4%. Но беда заключается в том, что 10% респондентов назвали в методах экстренной контрацепции аборт. Лишь каждая пятая девушка дала правильный ответ о сроках проведения экстренной контрацепции из тех, кто был уверен в своих знаниях по этому вопросу.

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.** Более подробно информация об ЭК изложена в соответствующем разделе.

Яркой иллюстрацией невежества населения в вопросах контрацепции, в том числе экстренной, может служить письмо молодого человека.

«Здравствуй! Вы не могли бы разъяснить ситуацию. Мы с девушкой не предохраняясь занимались сексом. Через час-полтора мы купили Пастинор и она выпила сразу 2 таблетки... Спустя где-то полторы недели мы опять занимались сексом, только были пьяные и так получилось, что я вообще забыл, что я без презерватива. В этот раз девушка приняла эскапел, и на утро у неё началось кровотечение... Вы не могли бы сказать, что вообще нам "светит" и было ли это кровотечение месячными? Возраст девушки 16 лет, раньше она ни когда не принимала средства экстренной контрацепции. Очень надеюсь на вашу помощь, заранее спасибо!». Опять без комментариев?

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: Притом девочек-подростков и молодых соматически здоровых женщин следует относить к 1 категории пользователей комбинированных гормональных контрацептивов. Многие осложнения и побочные эффекты КОК, которыми обладали препараты 1 и 2 поколения, практически не встречаются в процессе использования последнего поколения оральных контрацептивов. В соответствии с этим, риск развития известных ранее осложнений использования КОК при приеме препаратов последнего поколения выглядит не существенным, а преимущества – очевидным. Назначение современных комбинированных оральных контрацептивов обеспечивает контроль длительности цикла. У подростков реже наблюдаются скудные кровяные межменструальные выделения в течение 3-4 циклов приема КОК, чем у женщин активного репродуктивного периода. Их появление обусловлено, в основном, пропуском таблеток, особенно слабо дисциплинированными подростками, и исходным состоянием эндометрия и миометрия. Повышение вязкости секрета слизистых оболочек матки и влагалища уменьшает риск возможного развития и прогрессирования воспалительных заболеваний внутренних половых органов. В то же время КОК предотвращают риск аборта у юных пользовательниц, начиная с менархе.

Доказанным является факт отсутствия уменьшения конечного роста девочек, принимающих КОК с подросткового периода, а также то, что нарушения менструального цикла (НМЦ) 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, ослабевают 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.

Обратите внимание на иные предпочтения при выборе КОК со стороны подростков. Для них наиболее важным свойством КОК является наличие непротивопоказательных благоприятных эффектов:

- улучшение состояния кожи (58%)
- устранение дисменореи и предменструального синдрома (53%)
- устранение нарушений ритма менструаций (24%)
- уменьшение менструальной кровопотери (18%),
- предотвращение возникновения кист яичников и мастопатии(12%)

Предохранение от нежеланной беременности стоит на 2-м, но не менее важном месте.

В настоящее время в мире насчитывается около 500 различных КОК. Для удобства определения свойств, все существующие комбинированные оральные контрацептивы классифицируются по типу прогестагенного компонента, по дозе входящего в каждую таблетку этинилэстрадиола (ЕЕ) и по составу. Наличие различных классификационных признаков явилось результатом длительной почти полувековой истории создания КОК.

Как уже отмечалось выше, самое большое число пользователей КОК - в США. 17% всех женщин в возрасте 17-44 лет, принимающих ОК, живут в Америке. Самая высокая частота применения ОК среди европейских стран - в Германии. В группе женщин 20-24 лет этот показатель равен 60%. Применение ОК максимально в возрасте 20-34 лет. В

России ОК применяют 7% женщин. В крупных городах этот показатель выше - 20-25%.

КОК известны последние 50 лет нашей жизни. За полвека произошли кардинальные перемены в составе препаратов, изменились фармакологические особенности, поменялось 7 поколений, а акушеры-гинекологи до сих пор не готовы отстаивать убеждения о том, что КОК – это благо. Существование монофазных и многофазных препаратов отражает изыскания исследователей, направленные на уменьшение побочных влияний комбинации больших доз эстрогенов и прогестагенов в таблетках первых выпусков, а в последующем – традиции и желания пользователей.

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 минимально приемлемые дозы женских половых гормонов.

Преимуществами микродозированных монофазных КОК являются минимальная доза гормонов, высокая контрацептивная надежность (такая же, как у более высокодозированных препаратов), хороший контроль менструального цикла, хорошая переносимость препарата. Минимальная доза гормонов позволяет уменьшить риск эстрогензависимых побочных эффектов (тошнота, задержка жидкости, нагрубание молочных желез, головные боли), не оказывает клинически значимого влияния на свертываемость крови, дает возможность использовать их женщинам любого репродуктивного периода, в том числе женщинам, включенным в 3 категорию пользователей.

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 эстрадиола и выраженными гестагенными свойствами. В ряду наиболее приемлемых и качественных низкодозированных КОК почетное место по популярности среди врачей и пользователей занимают препараты. Множество современных высококачественных КОК означает уникальную возможность персонифицированного подбора препарата.

С точки зрения подростков и молодых людей главными ценностями КОК являются их доступность (75,4%), максимальная защита от беременности (65,1%), отсутствие отрицательных эффектов (30,4%) и простота применения (28,3%). Стоимость (13,1%) и легкость приобретения (9,7%) наименьшим образом волновала молодежь. Существенно чаще стоимость КОК мешала врачам при выборе того или иного современного КОК для сексуально активной девушки.

У некоторых, в том числе уважаемых, гинекологов сохраняется убеждение о функциональной незрелости гипоталамо-гипофизарного звена репродуктивной системы у девочек, менструирующих первые 2 года. Назначение КОК в этот период жизни девочки может приводить, по мнению этих гинекологов, к длительному, иногда необратимому, торможению секреторной активности гипоталамуса и гипофиза. Неточность подобных суждений заключается в следующем. 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 абортom. Наличие 3-х регулярных менструаций свидетельствует о степени зрелости гипоталамо-гипофизарной оси, достаточной для обеспечения воспроизводства (1997). Нерегулярные менструации не могут относиться к противопоказанию к приему гормональных препаратов.

Функциональное состояние репродуктивной системы у женщины, принимающей КОК, нередко сравнивают с ранними сроками беременности, являющейся, как известно, физиологическим, а не патологическим процессом. Интересно отметить, что длительное использование КОК в период от одной желанной беременности, закончившейся родами, до следующей, не менее желанной, беременности, создает условия функционирования репродуктивной системы, аналогичные таковым у женщин, никогда не предохранявшихся

от беременности и имеющих 10-12 вскормленных грудью детей. Последний вариант репродукции мало приемлем для современного человека, несмотря на то, что считается наилучшим способом профилактики возникновения рака яичников, эндометрия и молочных желез. Именно поэтому существующее до сих пор мнение об опасности длительного применения гормональной контрацепции без перерывов на 2-4 месяца, не только малообоснованно, но и вредно.

КОК могут назначаться без перерывов так долго, как существует потребность в защите от беременности. Во время 3 месячного перерыва в приеме КГК нежеланная беременность возникает у каждой 4 молодой женщины (Guillebaud, 1996) и чаще всего заканчивается абортom. За 10 лет приема КОК накапливается 2,5 лет перерывов за счет 7-дневных интервалов. Имеются достоверные многоцентровые эпидемиологические данные о предотвращении развития и прогрессирования патологии матки и яичников у пользователей КОК. Не получено убедительных данных о значимом влиянии длительности приема современных КОК на возникновение патологических состояний молочных желез.

Во время перерывов незапланированная беременность возникает у каждой четвертой молодой женщины. Наоборот, вполне правомерна точка зрения современных специалистов о возможности и необходимости приема КОК без перерывов так долго, пока существует потребность в контрацепции.

Как показывает практика, на сегодняшний день 42% женщин прекращает прием КОК, не проконсультировавшись с врачом. Из их числа 70% выбирают менее эффективный метод, а 19% женщин прекращают применение КОК, не выбрав новый способ. Результат - нежеланная беременность и аборт.

По данным ряда исследователей, благотворное действие КОК на репродуктивную систему усиливалось по мере увеличения продолжительности их применения, а защитный эффект препаратов был выражен гораздо сильнее у сексуально активных женщин, начавших прием КОК в молодом возрасте.

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. Следует учитывать и характерные особенности подростков, в связи с которыми они входят в группу риска:

- действовать импульсивно и эмоционально
- действовать, не задумываясь о последствиях своих действий
- легко поддаваться влиянию сверстников
- хотеть быть взрослыми и действовать как взрослые
- проявлять любопытство по отношению к сексу и быть заинтересованными в экспериментах
- недостаточно доверять и не иметь опыта в общении с возможными сексуальными партнерами
- не иметь достаточно денег на покупку контрацептивов
- беспокоиться о том, чтобы не быть "пойманными", и поэтому могут нуждаться в скрывании своей сексуальной активности и своих контрацептивов от родителей/взрослых.

Представленные в лекции данные о преимуществах и рисках использования различных средств и методов контрацепции, должны обязательно учитываться специалистами, работающими с подростками. Важно, однако, помнить, что с одной стороны выбор всегда за клиентом, а с другой стороны – любая контрацепция у сексуально активных подростков лучше аборта, риска развития осложненной

беременности, а также рождения не желанных детей.

ЗАНЯТИЕ 16

КОНТРАЦЕПЦИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Контрацепция в перименопаузальном периоде является важным фактором сохранения здоровья женщины, в том числе репродуктивного, значительным резервом в профилактике нежелательных беременностей и абортов, которые в этот период жизни женщины может протекать с большим количеством осложнений и оказывать негативное воздействие на здоровье и качество жизни женщины. Положительные неоконтрацептивные эффекты гормональной контрацепции приобретают особое значение при их использовании у женщин в перименопаузе. В целях предупреждения беременности до наступления того момента, когда возникнет абсолютная уверенность в утрате фертильности, женщина в возрасте может применять любой метод контрацепции, не противопоказанный ей по состоянию здоровья. Сам по себе, возраст женщины не является ограничивающим фактором в тех случаях, когда речь идет об использовании того или иного противозачаточного средства.

За последние десятилетия произошли существенные изменения в социальной роли женщины в мире. Особенно ярко эти изменения проявились во второй половине XX века, когда стало возможным с уверенностью говорить, что произошел значительный пересмотр роли женщины в обществе и семье, а также изменились взгляды на ее здоровье. Следствием этого не могло не стать и достаточно значимое изменение состояния репродуктивной системы женщины.

Основными характеристиками репродуктивного статуса (анамнеза) женщины, жившей в 19-начале 20-го века является ранний брак, практически отсутствие разводов, большое количество родов, длительный (до 3-х лет) период кормления грудью, около 160 овуляций в течение жизни. Естественно, что такая женщина не была активна в обществе, не участвовала в политике и в том, что сейчас называют общественной жизни. Говоря о репродуктивном анамнезе сегодняшней женщины, прежде всего, следует отметить, что она позже выходит замуж, у неё небольшое количество родов, и крайне непродолжительный период грудного вскармливания, она делает много абортов, у неё происходит до 450 овуляций в течение жизни. Такое репродуктивное поведение позволяет женщине более активно участвовать в жизни общества, найти своё место в политике, заняться бизнесом.

Значительные изменения, произошли в репродуктивной системе женщины за последние 50-60 лет (ВОЗ, 2001). Так, во временной промежутке между 50-70-ми годами прошлого века и 80-м - 2000-м годами, возраст менархе снизился с 15-17 до 12 лет, начало половой жизни стало более ранним (с 18 лет снизилось до 15 лет), а возраст сексуального дебюта перестал совпадать с возрастом вступления в брак. Средний возраст наступления первой беременности увеличился с 19-20 лет до 25-28, кормить грудью стали только 20% женщин, вместо 85% в середине прошлого века. Менопауза у нашей современницы наступает, в среднем, на 6 лет позже.

Обратите внимание, что средняя продолжительность репродуктивного периода сейчас составляет приблизительно 36 лет, а менопаузу сейчас переживает 95% женщин. Ранее эта цифра составляла 28%.

Важным социально – медицинским фактором является в настоящий момент, значительно возросший в некоторых странах возраст первых родов. Так, например, средний возраст первых родов в скандинавских странах - 32 года, в Англии - 30 лет. За последние 15 лет число первых родов у женщин старше 45 лет возросло в 2 раза. Столь длительный (в течение 40 лет) репродуктивный потенциал женщины с одной стороны продлевает молодость, с другой – порождает ряд социальных, личностных и медицинских проблем

Повышение частоты менструаций, овуляций и абортов, а также отсутствие лактации привело к изменению параметров репродуктивной системы, и сопровождается значительными изменениями гормонального статуса. Именно этим можно объяснить факт роста числа гинекологических заболеваний в различные периоды жизни женщины (эндометриоз, миома матки, рак яичников и эндометрия, гиперпластические процессы и т.д.). В этом контексте следует сделать вывод, который является важным для понимания путей развития медицинской помощи женщинам в нашей стране: изменение физиологических функций женщины, ее роли в обществе и семье требуют соответствующей трансформации системы медицинской помощи, т.к. некоторые физиологические особенности, считавшиеся ранее нормальными, нуждаются в изменении их медицинского толкования и разработке дифференцированной системы помощи.

Далее переходим непосредственно к обсуждению проблемы контрацепции женщин в перименопаузе. Для того, чтобы обоснованно говорить о контрацепции в перименопаузе, следует определить понятия перименопауза. Женщина достигает **менопаузы** тогда, когда в яичниках перестает происходить овуляция и менструальные кровотечения при этом перестают появляться с ежемесячной цикличностью; женщина считается утратившей фертильность (говорят, что у неё наступила менопауза), если у нее отсутствовали какие-либо кровотечения 12 месяцев подряд. Как правило, менопауза наступает в возрасте 45-55 лет. Около половины женщин достигают менопаузы к 50 годам, а к 55 годам менопауза наступает примерно у 96% женщин. Период в течение около двух лет до наступления менопаузы называется пременопаузальным, а приблизительно 2 года после менопаузы называют постменопаузальным. Перименопауза – это пре- и постменопаузальный периоды в жизни женщины.

Перименопауза - это период времени, когда овариальная функция снизилась, но окончательно не прекратилась. Его продолжительность варьирует, но обычно составляет 4-6 лет. В перименопаузе происходят определенные изменения в репродуктивной системе женщины, такие как:

- прогрессирующее истощение фолликулярного аппарата яичников;
- уменьшение количества овуляторных циклов;
- снижение фертильности;
- снижение уровня эстрадиола в крови;
- эпизодическое повышение базального уровня ФСГ

Следует помнить об уровне фертильности у женщин в перименопаузе. По статистике стран западной Европы - 50% женщин в возрасте 44 лет и 30% в возрасте 45-50 лет сексуально активны, имеют сохраненный менструальный цикл, способны к зачатию и нуждаются в контрацепции (*ВОЗ 2000г.*). В отношении абортов у женщин в этот период можно сообщить следующее: частота абортов у женщин 40-50 лет в Европе составляет 45%, частота осложнений превышает в 3 раза таковую у женщин репродуктивного возраста. Аборты в этой группе приводят к обострению гинекологической и экстрагенитальной патологии, провоцируют более тяжелое течение климактерического синдрома и ПМС. При вынашивании **беременности** в этот период следует помнить, что риск материнской смертности в возрасте 40 - 50 лет в 4 раза выше, чем в 20 - 30 лет, увеличивается частота экстрагенитальной патологии и частота хромосомных нарушений (частота болезни Дауна в 35 лет – 1:3000, в 40-45 лет - 1:100). При ведении беременности у этой группы женщин, необходимо проводить антенатальный скрининг с использованием

инвазивных методов (амниоцентез, биопсия хориона). Перинатальная смертность удваивается с увеличением возраста матери в 2 раза.

С возрастом усиливаются медицинские проблемы женщин в перименопаузе:

- Высокая частота гинекологической патологии: гиперплазия эндометрия, ДМК, миома, эндометриоз.
- Появление или усиление симптомов ПМС.
- Увеличение случаев соматической патологии, в первую очередь, артериальной гипертензии, заболеваний сердца и сосудов; увеличение веса.
- Нарушение углеводного обмена.
- Изменение водно-солевого обмена: тенденция к задержке соли и воды.

Вступив в период перименопаузы, женщина попадает в «гормональный хаос» - непредсказуемый тип менструального цикла (регулярный овуляторный, ановуляторный, НЛФ, мено- и метроррагии, ДМК, олигоменорея). У женщины появляются климактерические симптомы той или иной степени тяжести. Клинически это проявляется в вегето – сосудистых нарушениях, изменениях психоэмоциональной сферы, тяжёлом предменструальном синдроме, мастодинии (масталгии), появлении функциональных кист яичников, росте миомы матки, высокой частоте гиперпластических процессов эндометрия и молочных желез, возникновение опухолевидных образований и опухолей яичников. У женщины появляются жалобы на приливы, сухость влагалища, боли в молочных железах, изменение настроения, изменение менструального цикла, нарушения в сексуальной сфере.

Заканчивая описание особенностей состояния женщины в перименопаузе, обратите внимание, что все вышеперечисленные факты показывают необходимость организации эффективной медицинской помощи женщине в этот период. В этом контексте следует рассматривать возможности применения контрацептивных гормонов в перименопаузе с целью:

- Эффективной контрацепции (профилактика аборт и их осложнений)
- Контроля менструального цикла
- Снижения случаев мено- и метроррагии, анемии
- Влияния на вегето-сосудистые и психоэмоциональные нарушения
- Лечения предменструального синдрома
- Профилактики рака эндометрия и молочных желез
- Профилактики и редукции функциональных кист яичников
- Антиандрогенного эффекта (улучшение состояния кожи)

Крайне важно помнить, что гормональные контрацептивы оказывают антирезорбтивное действие на костную ткань у женщин в перименопаузе, снижая риск остеопороза в 3 раза (*Qreatsas, 1997*), а у женщин, использующих гормональные контрацептивы в перименопаузе, частота развития тяжелых форм постменопаузального синдрома в 3 раза ниже (*A.S.Guarda, K.L.Swartz, 2002.*)

Применение гормональной контрацепции в перименопаузе предпочтительно при следующих ситуациях:

- необходимости контрацепции;
- риске или наличии патологии эндометрия (железисто-кистозная гиперплазия, полипы, аденоматозная гиперплазия и т.д.);
- миоме матки и эндометриозе, кистозных изменениях в яичниках;
- наличии климактерических симптомов при сохраненном цикле, метроррагии, олигоменорее, ДМК

Критерии приемлемости ВОЗ по использованию гормональной контрацепции у женщин в перименопаузе (2004)

1. Гормональные контрацептивы в возрасте старше 40 лет – категория 2 (польза превышает риск), то есть данный метод допускается использовать

даже при невозможности провести клиническое исследование в полном объеме.

2. Комбинированные оральные контрацептивы у женщин старше 40 лет: “Большинство здоровых женщин старше 40 лет могут принимать КОК с низкой дозировкой, если они не курят и не имеют других факторов риска (таких как гипертония, ожирение, диабет, сердечно-сосудистая патология и т.д.)” .
3. Женщины 35 - 45 лет с преждевременной менопаузой: «Женщинам с преждевременной менопаузой возможно применение микродозированных оральных контрацептивов, как одного из видов ЗГТ до возраста естественной менопаузы (при отсутствии медицинских противопоказаний) .

В перименопаузе рекомендуется использовать комбинированные *микродозированные* оральные контрацептивы последнего поколения, содержащие 20 мкг этинилэстрадиола в сочетании с высокоселективным гестагеном (дезогестрел, гестоден, норгестимат, диеногест, дросперинон)

Помимо КОК, у женщин в перименопаузе возможно использование гормональной внутриматочной релизинг системы МИРЕНА, которая сочетает преимущества внутриматочной спирали (левоноргестрел). К несомненным преимуществам этого метода можно отнести удобство применения, высокую контрацептивную надежность, дополнительные лечебные эффекты и возможность перехода к ЗГТ (заместительной гормонотерапии).

В заключение можно сделать вывод, что прогресс общества в целом и медицины в частности, позволяет для многих женщин «критический возраст» сделать «бархатным», свести до минимума патологические симптомы перименопаузы и, возможно, отдалить процессы старения. Одна из таких возможностей - рациональная дифференцированная фармакотерапия (гормональная контрацепция, ЗГТ и др).

ЗАНЯТИЕ 17

КОНТРАЦЕПЦИЯ В ПРОГРАММАХ ПРОФИЛАКТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Важно отметить, что консультирование современных пациентов и индивидуальный подбор метода контрацепции невозможно проводить без знаний о лечебных эффектах гормональной контрацепции при различных гинекологических заболеваниях.

В предыдущих разделах руководства была дана подробная информация об основных видах гормональной контрацепции. Существующие различные методы предупреждения нежелательной беременности, отличаются друг от друга по эффективности, обратимости (восстановлению способности к деторождению после прекращения использования метода), безопасности для здоровья и наличию дополнительных лечебных или профилактических эффектов. Наиболее эффективным методом контрацепции признана гормональная контрацепция, к которой относятся:

1. комбинированные оральные контрацептивы (КОК)
2. мини-пили (содержат только гестаген)
 - микролют 30мкг левоноргестрела,
 - эсклютон 500мкг линестрола
 - чарозетта 75мкг дезогестрела
3. инъекционные препараты (депо-гестаген) – депо-провера (150мг депо МПА)
4. подкожные импланты (капсулы) – норплант (левоноргестрел)
5. контрацептивный пластырь - ЕВРА (20мкг ЭЭ и 150мкг норелгестромина)
6. гормонсодержащие внутриматочные контрацептивы (МИРЕНА)
7. гормонсодержащие барьерные методы - нова-ринг, (120 мкг этинилэстрадиола и 15 мкг этоноргестрела)

8.экстренная контрацепция - постинор (0,75 мг левоноргестрела), эскапел (1,5 мг левоноргестрела)

Выбор метода контрацепции осуществляется с учетом возраста, данных анамнеза, в том числе гинекологического, статуса пациентки, наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний и результатов обследования. При этом известно, что большинство контрацептивов оказывают положительный лечебный эффект при таких достаточно распространенных заболеваниях, как мастопатия, эндометриозе, миоме тела матки, гиперпластических процессах эндометрия, идиопатических менорагиях, дисфункциональных маточных кровотечениях, синдроме остатков яичниковой ткани, дисменорее, овуляторных болях, нестабильной функциональной активности яичников (кисты, апоплексии), гиперандрогении, предменструальном синдроме, гипозестрогении у молодых женщин.

Обратите внимание, что со времени внедрения в клиническую практику КОК число госпитализаций и оперативных вмешательств по поводу овариальных кист уменьшилось в 3-4 раз. Эффект зависит от дозы эстрогенов в КОК.

Профилактика гиперпластических процессов эндометрия успешно осуществляется при использовании в качестве контрацептива внутриматочной системы Мирена, содержащей левоноргестрел.

Результаты лечения эндометриоза зависят от тяжести течения заболевания и степени распространенности процесса, объема и радикальности оперативного вмешательства, полноценности гормональной и реабилитационной терапии, степени нарушений репродуктивной системы женщины. Больные с эндометриозом различной локализации, не страдающие бесплодием, нуждаются в целенаправленной консультации по подбору методов контрацепции.

Один из методов контрацепции у этой категории больных – использование внутриматочной системы МИРЕНА, обеспечивающей контрацептивную защиту в течение 5 лет. Прогестагенный компонент - левоноргестрел (ЛНГ) – находится в цилиндрическом резервуаре, покрытом мембраной из полидиметилсилоксана, регулирующей выделение гормона. ЛНГ равномерно выделяется в полость матки в дозе 20 мкг/ сутки, на протяжении 5 лет. ЛНГ - Один из самых изученных гестагенов, обладающий практически 100% биодоступностью, метаболизирующийся в эндометрии не так быстро, как прогестерон, оказывающий выраженное влияние на эндометрий (менструации становятся скудными, менее продолжительными и менее болезненными). Через год у 20% женщин наблюдается аменорея. Это нормальное явление, вызванное местным действием гормона на эндометрий и обеспечивающее лечебный эффект данной спирали при эндометриозе, особенно при внутриматочной локализации заболевания. Все явления, связанные с изменением цикла являются временными. Когда Мирена удаляется, цикл полностью восстанавливается.

Обратите внимание, что при отсутствии возможности или показаний для использования внутриматочной контрацепции у женщин репродуктивного возраста, учитывая этиологию и патогенез заболевания, необходимо использовать КОК с гестагеном, обладающим максимальным гестагенным воздействием на эндометрий – диеногест.

Диеногест отличается от других производных 19-нортестостерона тем, что содержит 17 альфа-цианметилловую группу вместо 17 альфа-этиниловой группы и дополнительную двойную связь в «В» кольце. В результате этого изменился размер молекулы, ее гидрофобность и полярность, что повлияло на абсорбцию, распределение и метаболизм соединения и придало диеногесту его специфические свойства. Диеногест – синтетический стероид, обладающий выраженной прогестагенной активностью (в том числе и на эндометрий), отсутствием андрогенного, эстрогенного, антиэстрогенного и кортикоидоподобного действия. При изучении диеногеста в большом количестве клинических исследований было показано, что при применении в дозе 2мг/сут в течение

6-9 мес. он практически не влияет на метаболизм липидов, и в этом отношении он ближе к прогестерону. Важной особенностью диеногеста, отличающей его от других прогестагенов является его благоприятное действие на ЦНС. Клинические исследования T.Zimmermann (1999) показали, что при использовании диеногеста улучшается сон, повышается концентрация внимания и способность к запоминанию, уменьшается раздражительность и депрессия, что немаловажно для больных эндометриозом. По мнению ряда авторов, препарат является высокоэффективным при минимальной, легкой, умеренной стадии внутреннего и наружного эндометриоза, хорошо переносится и дает менее выраженные побочные эффекты по сравнению со всеми другими гестагенами, что расширяет возможность его применения. K. Kaminski и M. Cosson при сравнительном исследовании эффективности диеногеста и аГтРГ (лейпролерина и трипторелина) выявлена высокая клиническая эффективность диеногеста в дозе 1 мг/сут, сопоставимая с таковой при лечении аГтРГ, при этом преимуществами явились отсутствие «постменопаузальных» расстройств, симптомов гиперандрогении, гематологических сдвигов, влияния на минеральную плотность костной ткани. Итак, справедливо мнение, что диеногест является новой терапевтической альтернативой аГтРГ после хирургического лечения.

В России в течение последних лет широко используется комбинированный оральный контрацептив в состав которого входят 0,03 мг этинилэстрадиола и 2 мг диеногеста. Препарат обеспечивает оптимальный контрацептивный эффект и хороший контроль менструального цикла. Менструальноподобная реакция наступает через 28-30 дней и продолжается 3-5 дней, причем все женщины отмечают значительное снижение обильности и продолжительности выделений по мере увеличения сроков использования препарата. Кроме того, больные отмечают снижение частоты дисменореи, масталгии, проявлений гиперандрогении (снижается сальность волос и уменьшается алоpecia, улучшается состояние кожи, исчезают акне). Важно отметить, что согласно данным различных исследователей, использование контрацептивов с диеногестом способствовало снижению частоты рецидивов заболевания у пациенток, перенесших хирургическое вмешательство по поводу эндометриоза. Предметом дискуссии является режим назначения КОК – непрерывный или циклический с сохранением менструальной функции. В настоящее время приоритетным является непрерывный режим назначения в течение 6-9 мес., при котором блокируется регургитация менструальной крови с элементами эндометрия в брюшную полость.

Отметим, что миома матки – одно из наиболее широко распространенных гинекологических заболеваний (частота среди женщин в возрасте от 25 до 45 лет составляет 30%) и является наиболее частым показанием к гистерэктомии (30 - 50%). Клиническая картина появляется при узлах достаточно больших размеров или множественной миоме матки и проявляется тазовыми болями, кровотечениями, приводящими к анемизации, нарушению функции тазовых органов, нарушению репродуктивной функции. Следует отметить, что прием КОК вызывает снижение риска развития миомы матки на 17% каждые 5 лет использования данного метода контрацепции. В связи с обсуждаемой темой, важно подробно остановиться на консервативном лечении, которое назначается до операции, после операции или вместо операции. Однако зарегистрированные показания к лечебному применению контрацептивных препаратов в России ограничены. Возможно применение КОК, ВМС Мирена, депо-форм (провера), гормонсодержащие барьеры (Нова-ринг) только при миоме небольшого размера (менее 12 недель).

В заключении можно сделать вывод, что существует целая палитра современных методов контрацепции, которые могут использоваться в программах профилактики, лечения и реабилитации женщин с гинекологическими заболеваниями, обеспечивая не только высокий контрацептивный, профилактический и, зачастую, лечебный эффект, но и высокое качество жизни.

ЗАНЯТИЕ 18

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ, ИХ РОЛЬ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

В распоряжении службы планирования семьи имеется богатый арсенал средств, призванных помочь клиентам избежать заражения ИППП, включая инфицирование вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Наличие ИППП, включая ВИЧ, не является препятствием для безопасного и эффективного применения большинства существующих методов контрацепции. Мужские и женские презервативы являются действенным средством профилактики ИППП и нежелательной беременности при регулярном и правильном использовании качественных презервативов. Существуют другие пути профилактики ИППП, включая ограничение круга половых партнеров, половое воздержание и поддержание моногамных отношений с неинфицированным партнером. Некоторые ИППП могут протекать бессимптомно. Если женщина подозревает наличие ИППП у ее полового партнера, ей следует обратиться за помощью к врачу. Своевременное начало лечения снижает вероятность возникновения отдаленных осложнений, включая бесплодие и хронические тазовые боли.

ИППП - это самые распространенные инфекции среди всех инфекционных заболеваний. В среднем, ими поражены около 5% населения. Известны не менее 20 возбудителей, передающихся половым путем и способствующих развитию классических венерических болезней (сифилис, гонорея, мягкий шанкр, венерическая гранулема, паховая лимфогранулема), так и ИППП с преимущественным поражением половых органов (хламидиоз, трихомониаз, кандидоз, герпес- и папилломавирусные инфекции, уреаплазмоз, микоплазмоз, гарднереллез, контагиозный моллюск, шигеллез, педикулез, чесотка) и ИППП с преимущественным поражением других органов и систем (ВИЧ/СПИД, гепатит В, цитомегалия, лямблиоз, амебиаз).

Если у клиента обнаруживаются признаки или симптомы ИППП, необходимо, в первую очередь, обеспечить неотложную диагностику и лечение инфекции, либо направить пациента к специалисту соответствующего профиля. Обратите внимание, что часто вагинальные инфекции, принимают за ИППП. Большинство вагинальных инфекций вызываются возбудителями, не передающимися половым путем. Как правило, вагинальные инфекции возникают в результате избыточного размножения микроорганизмов, входящих в состав обычной микрофлоры влагалища. Наиболее распространенными инфекциями репродуктивного тракта, не передающимися половым путем, являются бактериальный вагиноз и кандидоз (также известный как дрожжевая инфекция или молочница). В большинстве регионов вышеупомянутые инфекции встречаются намного чаще, нежели ИППП. 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, трихомонозом). В таких случаях очень повести соответствующее консультирование, успокоить пациентку, указав на то, что имеющиеся у нее симптомы не обязательно указывают на наличие ИППП.

Более подробно следует остановиться на факторах, влияющих на распространение ИППП. Их можно поделить на **поведенческие, социальные и демографические факторы**, однако такое деление весьма условно. Распространение ИППП происходит вследствие половых контактов между инфицированными и неинфицированными лицами. Следует помнить, что существует прямая зависимость между количеством половых партнеров и риском заражения ИППП. Большая часть женщин, являющихся потребителями услуг по планированию семьи, имеет стабильные, моногамные, долговременные отношения со своими партнерами и, соответственно,

подвергается незначительному риску заражения ИППП. Однако определенная часть женщин может подвергаться высокому риску инфицирования ИППП или уже являться носителями ИППП. К **группе риска по заражению ИППП** можно отнести:

- женщин, не имеющих постоянного партнера;
- незамужних женщин;
- всех женщин, независимо от их семейного положения, которые выражают опасения относительно возможности заболевания ИППП/ВИЧ или относительно того, что их половой партнер может иметь связи на стороне.

Степень опасности заражения ИППП/ ВИЧ, зависит как от модели поведения данного лица, его/ее сексуального партнера или партнеров, так и от распространенности ИППП среди населения.

Осознание степени опасности заболевания ИППП/ВИЧ помогает людям в выборе путей и средств защиты себя и окружающих от инфицирования. Нередко именно сама женщина способна наиболее точно оценить риск заражения ИППП, которому она подвергается, в особенности, если она получит четкое разъяснение относительно того, какие виды сексуального поведения и ситуации влекут за собой повышенный риск заболевания ИППП.

Таким образом, следует сделать вывод, что модели сексуального поведения, связанные с повышенным риском заражения ИППП, включают:

- вступление в половой контакт с партнером, у которого имеются симптомы ИППП;
- наличие сексуального партнера, у которого недавно была выявлена ИППП, либо партнера, недавно получавшего лечение по поводу ИППП;
- наличие нескольких сексуальных партнеров, что значительно увеличивает риск заражения ИППП;
- наличие сексуального партнера, который вступает в половые контакты с другими лицами, не всегда пользуясь при этом презервативом;
- при высоком уровне распространенности ИППП среди населения данной территории, вступление в половой контакт без презерватива с новым партнером является рискованным почти в каждом случае;
- склонность к частой смене половых партнеров, наличие нескольких сексуальных партнеров либо наличие партнера, имеющего других сексуальных партнеров.

Все эти модели сексуального поведения влекут за собой повышенный риск заражения ИППП. Важно помнить, что такие модели поведения свойственны лицам, которые:

- вступают в половые контакты в обмен на деньги, вознаграждение в виде продуктов или крова либо определенную услугу;
- мигрируют из одной местности в другую в поисках работы либо много путешествуют по роду своей деятельности (например, водители-«дальнобойщики»);
- не имеют постоянного полового партнера;
- являются сексуальными партнерами лиц, входящих в одну из вышеназванных категорий.

Особую группу риска составляют сексуально активные подростки, для которых характерно: снижение возраста сексуального дебюта, частая смена сексуальных партнеров, а также предпочтение девушками мужчин более старшего возраста.

Сегодня можно говорить об эпидемиологическом характере заболеваемости ИППП, что определяется:

- их высокой контагиозностью;
- большой вероятностью микст-инфекции;
- затруднением своевременной диагностики в связи с образованием микробных симбиозов (например, гонококков и/или хламидий внутри трихомонад);
- стертой клинических проявлений, развитием хронических, торпидных или подострых форм;
- отсутствием иммунитета к перенесенным ИППП и возможностью повторного инфицирования партнера;
- часто невозможностью использования высокоэффективных препаратов из-за их значительной стоимости.

Актуальность профилактики распространения ИППП не должна вызывать сомнений. Эта проблема должна рассматриваться не только с эпидемиологической точки зрения, но и с точки зрения профилактики возникновения у женщин воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ), патологии шейки матки (в том числе и новообразований). Возникновение такого рода патологии зачастую приводит к нарушению репродуктивной функции, с соответствующими медицинскими и социальными проблемами (снижение качества жизни). В этой связи особое значение приобретает профилактика ИППП. Так у женщин, использующих барьерные методы контрацепции, риск возникновения рака шейки матки уменьшается, как минимум, в 2 раза (Прилепская В.Н., Роговская С.И., 2003 г.).

Роль барьерных методов в профилактике распространения ИППП сложно переоценить. Но существуют факторы, которые значительно влияют на их эффективность: постоянное использование (при каждом половом акте) и правильным применением (соблюдение срока годности, правил применения, экспозиции).

Барьерные методы контрацепции разделяются на механические: презервативы (мужской и женский), колпачок, диафрагма, губка) и местные химические средства (спермициды).

Использование презервативов – это основное средство профилактики распространения ИППП. Индекс Перля у презервативов 3-19%. Эффективность защиты от ИППП современных качественных презервативов подтверждается их протективным действием в отношении простейших, бактерий и вирусов: гепатита В, ВИЧ, герпеса, трепонемы, гонококка, трихомонады и др.

Важно учитывать, что один и тот же человек может пользоваться различными методами (вариантами) профилактики в зависимости от конкретной ситуации; одна и та же пара может прибегать к различным методам в разные периоды совместной жизни. Наилучшим является тот метод, который данное лицо может эффективно использовать в создавшейся ситуации. (Двойная защита не всегда ограничивается простой комбинацией презерватива и другого метода планирования семьи). Так, в Универсальном руководстве для поставщиков услуг по планированию семьи (2008г.), приводятся следующие варианты:

Вариант 1. Правильное использование презерватива при каждом половом контакте. обеспечивается одновременное предупреждение беременности и ИППП, включая ВИЧ-инфекцию.

Вариант 2. Неукоснительное и правильное использование презервативов в сочетании с

другим методом планирования семьи, при этом обеспечивается дополнительная профилактика беременности в тех случаях, когда презерватив не используется или используется неправильно. Этот вариант может быть подходящим для женщин, которые желают предохраняться от беременности, но не всегда могут рассчитывать на обязательность партнера в плане пользования презервативом при каждом половом контакте.

Вариант 3. Оба партнера уверены в отсутствии у них половых инфекций: использование любого метода контрацепции в сочетании с моногамными отношениями. Многие потребители услуг по планированию семьи входят в эту категорию, оказываясь, таким образом, защищенными от заражения ИППП/ВИЧ. Эффективность метода зависит от готовности к сотрудничеству и взаимного доверия партнеров.

Вариант 4: Использование только наиболее безопасных способов сексуального общения, исключающих половой контакт, а также другие действия, в результате которых сперма или вагинальный секрет может попадать на наружные половые органы партнеров. Действенность метода зависит от готовности к сотрудничеству, взаимного доверия и самоконтроля партнеров. Даже если этот метод используется с самого начала, желательно всегда иметь под рукой презерватив на тот случай, если партнеры все же захотят совершить половой акт

Вариант 5: Половое воздержание (воздержание от полового контакта до наступления более благоприятного момента, а также уклонение от половой связи всякий раз, когда это может быть связано с опасностью инфицирования). Даже если этот метод используется с самого начала, желательно всегда иметь под рукой презерватив на тот случай, если половой контакт все же произойдет. Данный метод всегда доступен для использования в тех случаях, когда под рукой нет презерватива.

Во многих случаях успешное применение методов двойной защиты требует помощи и руководства со стороны врача. К примеру, клиентам может потребоваться помощь в подготовке к беседе с партнером на тему профилактики ИППП, наработке навыков пользования презервативами и другими средствами контрацепции или решении вопросов практического характера (например, где можно запастись выбранным противозачаточным средством и как следует его хранить).

Спермициды. Эффективность (Индекс Перля 5-27). Спермициды – это вещества, губительные для сперматозоидов, вводимые глубоко во влагалище (в район шейки матки) перед половым актом. В качестве спермицида широко используется ноноксинол-9. В группу спермицидов также входят бензалкониум хлорид (БХ), хлоргексидин, менфегол, октоксинол-9 и докузат натрия. Спермициды выпускаются в виде пенообразующих таблеток, плавящихся или пенообразующих суппозиторий, пены под давлением (в специальных баллонах), плавящейся пленки, геля и кремов. Гели, кремы и пена под давлением могут использоваться самостоятельно либо в сочетании с диафрагмами или презервативами. Пленки, суппозитории, пенообразующие таблетки и пенообразующие суппозитории могут использоваться самостоятельно либо в сочетании презервативами. Механизм действия спермицидов состоит в нарушении целостности мембраны сперматозоидов, результатом чего является их гибель или нарушение способности к передвижению. При этом сперматозоиды оказываются неспособными достичь яйцеклетки. Достижение максимального контрацептивного эффекта требует правильного применения при каждом половом контакте.

Важно отметить, что **спермициды – это один из наименее эффективных способов контрацепции.** Целесообразно их использовать в сочетании с барьерными методами (например, с диафрагмой).

Вопреки достаточно распространенному мнению, **спермициды не обеспечивают**

профилактику инфекций, передающихся половым путем (ИППП). Частое использование ноноксинола-9 может увеличивать риск заражения ВИЧ. Иногда пользование спермицидами может вызывать раздражение слизистой влагалища, полового члена, а также повреждение тканей влагалища, а в очень редких случаях, инфекционные заболевания мочеполового тракта (риск развития таких заболеваний особенно высок в тех случаях, когда спермициды используются 2 и более раз в день). Имеются данные, что в крайне редких случаях, частое использование ноноксинола-9 может увеличивать риск заражения ВИЧ (Универсальном руководстве для поставщиков услуг по планированию семьи, ВОЗ, 2008г.).

Медицинские критерии допустимости применения спермицидов могут быть сформулированы следующим образом: спермициды могут безопасно применяться практически любой женщиной, за исключением женщин, входящих в группу повышенного риска по ВИЧ инфицированию, носительниц ВИЧ-инфекции и больных СПИДом. Следует проинформировать учащихся, что существует ряд распространенных заблуждений в отношении спермицидов, которые также необходимо опровергнуть.

Спермициды:

- не снижают количество вагинального секрета и не приводят к повышенной кровоточивости слизистой влагалища при половом акте;
- не являются причиной рака шейки матки;
- не обеспечивают профилактику ИППП;
- не влияют на мужское или женское либидо и не снижают остроты сексуальных ощущений у большинства мужчин;
- не способствуют прекращению месячных кровотечений.

Контрацептивная губка (индекс Перля 3,2- 6)

- Вводится во влагалище перед половым актом
- !!! Губку можно вводить во влагалище за несколько часов до coitus
- Может оставаться во влагалище в течение 6-8 часов после coitus
- Продолжительность действия – 24 часа, независимо от количества половых контактов.

Диафрагма (индекс Перля 4-19)

- Представляет собой куполообразный колпачок для многократного использования, выполненный из латекса с гибким пружинистым ободком
- Применяется вместе со спермицидным кремом
- Подбирается индивидуально врачом (по расстоянию от нижнего края лобковой кости до заднего свода влагалища)
- Выпускается размерами от 50 до 95 мм
- Вводится непосредственно перед половым актом и остается во влагалище в течение 8 часов после coitus. При повторных половых актах во влагалище дополнительно вводятся спермициды (крем, гель и т.д.)

Шеечные колпачки (индекс Перля 14 -17)

Существует несколько видов шеечных колпачков:

- Колпачок Кафка (из плотной резины или алюминия размерами 25,28 и 31 мм). Надевается врачом на ш/матки через 3 дня и извлекается за 3 дня до menses.

- Колпачок Прентифа (из мягкой резины, размерами 22,25,28 и 31 мм). Надевается врачом или пациенткой на 36-48 часов.
- Колпачок Думаса (неглубокий, из толстой мягкой резины, размерами 50-75 мм, напоминает диафрагму и плотно прилегает к сводам влагалища). Надевается на 36-48 часов.
- Колпачки Прентифа и Думаса применяются вместе со спермицидами (заполняются на 1/3). Оставляются во влагалище на 6-8 часов.

Обратите внимание, что противопоказанием к использованию диафрагмы и шейных колпачков является аллергия на латекс/спермициды, опущение стенок влагалища, рецидивирующие инфекции мочевого тракта, эндоцервицит и кольпит

ЗАНЯТИЕ 19

ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ И КОНТРАЦЕПЦИЯ У ЖЕНЩИН, ЖИВУЩИХ С ВИЧ. СОЧЕТАНИЕ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ И АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

В России женщины используют методы контрацепции значительно реже, чем в развитых европейских странах. На XV Международной конференции по вопросам ВИЧ/СПИД в 2004 году было особо отмечено, что программы, направленные на увеличение использования эффективных методов контрацепции для тех, кто не планирует беременность, экономически обоснованы и являются не менее важными, чем программы, направленные на профилактику передачи ВИЧ от матери к ребенку. Вместе с тем, необходимо понимать, что применение большинства методов контрацепции не гарантирует от заражения ИППП, в связи с чем особую актуальность приобретает идеология двойной защиты.

Кроме медицинских критериев приемлемости при выборе метода контрацепции необходимо также учитывать социальные, культурные и поведенческие особенности пациентов. Рекомендации по контрацепции должны быть индивидуальными, отвечать требованиям каждой женщины или пары и учитывать стадию ВИЧ-инфекции, лечение, образ жизни и личные пожелания. Только сама женщина наилучшим образом может оценить, какие достоинства и недостатки могут иметь для нее предлагаемые методы. Окончательное решение о выборе метода контрацепции должна сделать сама пациентка (или пациент). Для принятия решения необходима следующая информация:

- эффективность метода;
 - как его правильно применять;
 - достоинства и недостатки;
 - распространенные побочные эффекты;
 - симптомы и признаки, при появлении которых необходимо обратиться к врачу;
 - стоимость и удобство применения;
 - эффективность метода в отношении риска передачи ИППП, включая ВИЧ-инфекцию.
- Консультирование должно помочь женщинам, живущим с ВИЧ/СПИДом, принять решение, касающееся деторождения. Следовательно, им необходима следующая информация:
- эффективность методов контрацепции для предупреждения беременности и передачи возбудителей ИППП;
 - влияние прогрессирования ВИЧ-инфекции на здоровье;
 - эффективность и доступность АРВ-препаратов;
 - наличие служб, предоставляющих АРТ;
 - взаимодействие АРВ-препаратов и контрацептивов;
 - риск передачи ВИЧ-инфекцией неинфицированному партнеру при попытке

- забеременеть;
- возможное влияние ВИЧ-инфекции на течение беременности, включая неблагоприятные исходы;
- риск ПМР, а также преимущества и недостатки стратегий, направленных на его снижение, включая использование АРВ-профилактики, кесарева сечения и искусственного вскармливания;
- возможный риск пороков развития в связи с использованием некоторых АРВ-препаратов во время беременности.

Подводя итоги раздела, посвященного необходимости консультирования женщин, живущих с ВИЧ, переходим к обзору **существующих методов контрацепции и медицинских критериев их приемлемости для женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом.**

Большинство методов контрацепции эффективны и безопасны, как для женщин с бессимптомной ВИЧ-инфекцией, так и для женщин, у которых наблюдаются клинические проявления ВИЧ/СПИДа. Как уже было сказано, при консультировании по вопросам планирования семьи необходимо уделить особое внимание передаче ВИЧ и возбудителей других ИППП, так как предупреждение передачи возбудителей так же важно, как предупреждение беременности. Поскольку доказано, что презерватив является единственным методом контрацепции, который препятствует заражению и передаче ВИЧ/ИППП, работники служб планирования семьи должны настоятельно рекомендовать их использования своим клиентам и способствовать тому, чтобы пациенты постоянно и правильно их использовали.

Обзор методов контрацепции начнем с барьерных методов и спермицидов, подробно остановившись на методе **двойной защиты**. Как уже говорилось выше, под двойной защитой понимается одновременное предупреждение нежелательной беременности и передачи возбудителей ИППП, включая ВИЧ. Двойная защита подразумевает постоянное использование латексных презервативов (либо как самостоятельный метод, либо в сочетании с другим методом). Двойная защита также достигается при отказе от проникающего секса, особенно в ситуации высокого риска. Двойная защита может быть показана в тех случаях, когда необходимо компенсировать снижение эффективности гормональной контрацепции вследствие взаимодействия между АРТ и гормональными контрацептивами. Важно отметить, что **обсуждение стратегий двойной защиты должно быть частью любого консультирования** и предоставления поддержки во всех службах репродуктивного здоровья.

Мужские латексные презервативы. Как показывают исследования дискордантных пар (ВИЧ инфицирован один из партнеров), мужские латексные презервативы при постоянном и правильном использовании предупреждают передачу ВИЧ от женщины мужчине, от мужчины к мужчине и от мужчины женщине. Применение презервативов парами, в которых инфицированы оба партнера, предупреждает их заражение другими штаммами ВИЧ. Немногочисленные данные указывают, что инфицирование несколькими штаммами ВИЧ может ускорять прогрессирование ВИЧ-инфекции. Лабораторные исследования показали, что презервативы непроницаемы для любых микроорганизмов, содержащихся в выделениях половых органов, в том числе для мельчайших вирусов. Отметим, что латексные презервативы менее эффективно защищают от ИППП, которые передаются не через сперму и выделения половых органов (герпес, инфекция, вызванная ВПЧ, сифилис), поскольку инфицированные области могут быть не покрыты презервативом. **Чрезвычайно важно** давать четкие инструкции по использованию презервативов. Полноценная защита обеспечивается только при **постоянном и правильном применении качественных презервативов**. Экстренную контрацепцию можно предложить как резервное средство в случае разрыва или сползания презерватива.

Серодискордантным парам предоставляется информация и обеспечивается доступ к посткоитальной профилактике для неинфицированного партнера в случае разрыва или сползания презерватива. Несмотря на достаточно высокую эффективность метода двойной защиты, частота использования презервативов низкая даже после раскрытия положительного ВИЧ-статуса у полового партнера. Следует особо подчеркнуть необходимость применения презервативов для профилактики передачи ВИЧ/ИППП в тех случаях, когда не стоит вопрос о предупреждении беременности, например, в случае уже наступившей беременности или любого вида бесплодия (после стерилизации или в менопаузе).

Женские презервативы. Согласно имеющимся данным, **постоянное и правильное** использование женских презервативов обеспечивает защиту от ИППП, включая ВИЧ-инфекцию. Имеются немногочисленные данные, свидетельствующие о том, что женские презервативы несколько менее эффективны для предупреждения беременности, чем мужские. Однако у женских презервативов имеется ряд преимуществ, в том числе:

- возможность введения во влагалище до полового акта;
- отсутствие необходимости немедленного удаления после эякуляции;
- преимущественный контроль со стороны женщины, хотя до определенной степени участие мужчины все же требуется

Другие барьерные методы (влагалищные диафрагмы и шеечные колпачки). Женщинам, для которых беременность представляет слишком высокий риск, необходимо объяснить, что им лучше не использовать другие барьерные методы (влагалищные диафрагмы или шеечные колпачки) из-за относительно высокой частоты неудач при их применении, особенно теми женщинами, которые не могут использовать их постоянно и правильно. Следует также подчеркнуть, что эти методы не защищают от передачи ВИЧ-инфекции и других ИППП. Что касается **спермицидов**, то важно знать, что Ноноксинол-9 может вызывать ряд побочных эффектов, поэтому презервативы с этим спермицидом **использовать не рекомендуется**. Подобно ноноксинолу-9 небезопасными в настоящее время считают и другие спермициды. Их не следует рекомендовать женщинам с ВИЧ/СПИДом ни в качестве самостоятельного средства, ни в сочетании с барьерными методами контрацепции, например влагалищными диафрагмами или шеечными колпачками. Не доказано, что презервативы с ноноксинолом-9 предупреждают беременность и ИППП более эффективно, чем презервативы с силиконовой смазкой. **Низкодозированные комбинированные оральные контрацептивы (КОК).** ВОЗ рекомендует применение КОК без ограничений при множестве патологических состояний. Рекомендации ВОЗ по применению КОК у женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, приведены в таблице.

Таблица. Низкодозированные КОК (≤ 35 мкг этинилэстрадиола) для женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом		
Статус	Категория	Рекомендации
Высокий риск ВИЧ-инфекции	1	В целом, данные о том, повышен ли риск заражения ВИЧ-инфекцией у женщин, принимающих КОК, противоречивы.
ВИЧ/СПИД без АРТ	1	Многочисленные данные подтверждают отсутствие связи между приемом КОК и изменениями уровней РНК или числа CD4 у ВИЧ-инфицированных женщин. Также ограничены данные, не подтверждающие связь между приемом КОК и передачей ВИЧ от женщины мужчине. Данные о повышении риска бессимптомного выделения ВИЧ и ВПГ с генитальными жидкостями у ВИЧ-

		инфицированных женщин, принимающих КОК, противоречивы.
ВИЧ/СПИД + АРТ	2	Для женщин, получающих АРТ, см. раздел о лекарственных взаимодействиях. Поскольку возможно взаимодействие между гормональными контрацептивами и АРВ-препаратами, эти случаи относят к категории 2.
Лекарственные взаимодействия		
АРВ-препараты	2	Важно отметить, что АРВ-препараты могут, как снижать, так и повышать биодоступность стероидных гормонов, входящих в состав гормональных контрацептивов. Согласно немногочисленным данным, взаимодействие между многими АРВ-препаратами (особенно некоторыми ННИОТ и ИП) и гормональными контрацептивами может изменять уровень безопасности и эффективности обоих. Женщинам, начинающим или продолжающим применять гормональные контрацептивы на фоне АРТ, рекомендуют постоянно использовать презервативы для предупреждения передачи ВИЧ; это может также компенсировать возможное снижение эффективности гормональных контрацептивов.
а Категория 1 — ограничений для использования метода нет; можно применять при любых обстоятельствах. 2 — преимущества использования метода в целом превосходят теоретический или доказанный риск; можно применять в большинстве случаев. Примечание: КОК не защищают от ВИЧ/ИППП. При наличии риска ВИЧ/ИППП рекомендуется постоянное и правильное использование презервативов (в качестве самостоятельного метода или в сочетании с другими методами контрацепции). Доказано, что мужские латексные презервативы эффективны для предупреждения ВИЧ/ИППП.		

Существуют опасения, что у женщин, использующих гормональные контрацептивы, может быть повышен риск заражения ИППП из-за отказа от использования презервативов. Пока данные о более высоком риске заражения ВИЧ-инфекцией у женщин, которые используют гормональные контрацептивы, по сравнению с теми, кто их не использует, противоречивы.

Далее рассмотрим возможности использования **чисто прогестиновых контрацептивов (ЧПК) у женщин, живущих с ВИЧ.**

К ЧПК, содержащим только прогестаген, относятся чисто прогестиновые мини-пили, некоторые инъекционные контрацептивы [депо-медроксипрогестерона ацетат (ДМПА) и норэтистерона энантат (НЭТ-ЭН)], а также подкожные имплантаты, содержащие левоноргестрел (Норплант) или этоноргестрел (Импланон). Рекомендации ВОЗ по применению ЧПК у женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, приведены в таблице

Таблица. Чисто прогестиновые контрацептивы для женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом				
Статус	Категория			Рекомендации
	Мини-пили	Инъекционные контрацептивы	Подкожные имплантаты	

Высокий риск ВИЧ-инфекции	1	1	1	В целом, данные о том, что у женщин, использующих ЧПК, повышен риск заражения ВИЧ-инфекцией, противоречивы.
ВИЧ/СПИД без АРТ	1	1	1	Противоречивые данные получены в отношении повышенного риска бессимптомного выделения ВИЧ и ВПГ с генитальными жидкостями у женщин, использующих ДМПА.
ВИЧ/СПИД + АРТ	2	2	2	Для женщин, получающих АРТ, см. раздел о лекарственных взаимодействиях . Поскольку возможно взаимодействие между гормональными контрацептивами и АРВ-препаратами, эти случаи относят к категории 2.
Лекарственные взаимодействия				
АРВ-препараты	2	2	2	АРВ-препараты могут, как снижать, так и повышать биодоступность стероидных гормонов, входящих в состав гормональных контрацептивов . Неизвестно, снижается ли эффективность инъекционных ЧПК (таких, как ДМПА или НЭТ-ЭН), поскольку они обеспечивают более высокую концентрацию гормона в крови, чем другие ЧПК и КОК. Проводятся исследования потенциального взаимодействия между ДМПА и некоторыми ИП и ННИОТ. Женщинам, начинающим или продолжающим применять гормональные контрацептивы на фоне АРТ, рекомендуют постоянно использовать презервативы для предупреждения передачи ВИЧ; это может также компенсировать возможное снижение эффективности гормональных контрацептивов.

а Категория 1 — ограничений для использования метода нет; можно применять при любых обстоятельствах. 2 — преимущества использования метода в целом превосходят теоретический или доказанный риск; можно применять в большинстве случаев.

Примечание: ЧПК не защищают от ВИЧ/ИППП, хотя не выявлено случаев, когда прием ЧПК ассоциировался с заражением или передачей ВИЧ-инфекции. При наличии риска ВИЧ/ИППП рекомендуется постоянное и правильное использование презервативов (в качестве самостоятельного метода или в сочетании с другими методами контрацепции). Доказано, что мужские латексные презервативы эффективны для предупреждения ВИЧ/ИППП.

Следующий вид контрацептивов - **комбинированные контрацептивы в виде инъекций, пластырей и влагалищных колец.**

Следует подчеркнуть, что у женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, не существует ограничений в отношении использования комбинированных контрацептивов в виде инъекций (КИК), пластырей или влагалищных колец. КИК обеспечивают одновременное высвобождение эстрогена и прогестгена. Рекомендации ВОЗ по применению КИК у женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, приведены в таблице

Таблица. КИК, комбинированные контрацептивы в форме пластырей и влагалищных колец для женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом

Статус	Категория			Рекомендации
	КИК	Пластырь	Влагалищное кольцо	
Высокий риск ВИЧ-инфекции	1	1	1	—
ВИЧ/СПИД без АРТ	1	1	1	О безопасности КИК, комбинированных контрацептивов в форме пластырей или влагалищных колец известно сравнительно мало. В настоящее время не существует ограничений для использования КИК, пластырей и влагалищных колец женщинами, живущими с ВИЧ/СПИДом.
ВИЧ/СПИД + АРТ	2	2	2	Для женщин, получающих АРТ, см. раздел о лекарственных взаимодействиях. Поскольку возможно взаимодействие между гормональными контрацептивами и АРВ-препаратами, эти случаи относят к категории 2.
Лекарственные взаимодействия				
АРВ-препараты	2	2	2	АРВ-препараты могут, как снижать, так и повышать биодоступность стероидных гормонов, входящих в состав гормональных контрацептивов. Имеются ограниченные данные, свидетельствующие о том, что возможные взаимодействия между

				многими АРВ-препаратами, особенно некоторыми ННИОТ и ИП, и гормональными контрацептивами могут изменять безопасность и эффективность обоих средств. Женщинам, начинающим или продолжающим применять гормональные контрацептивы на фоне АРТ, рекомендуют постоянно использовать презервативы для предупреждения передачи ВИЧ; это может также компенсировать возможное снижение эффективности гормональных контрацептивов.
а Категория 1 — ограничений для использования метода нет; можно применять при любых обстоятельствах. 2 — преимущества использования метода в целом превосходят теоретический или доказанный риск; можно применять в большинстве случаев. Примечание: КИК, пластыри и влагалищные кольца не защищают от ВИЧ/ИППП. При наличии риска ВИЧ/ИППП рекомендуется постоянное и правильное использование презервативов (в качестве самостоятельного метода или в сочетании с другими методами контрацепции). Доказано, что мужские латексные презервативы эффективны для предупреждения ВИЧ/ИППП.				

Следующая тема - **применение внутриматочных средств (ВМС) у женщин, живущих с ВИЧ**. ВМС могут использовать женщины, живущие с ВИЧ/СПИДом, но с учетом наличия симптомов ВИЧ-инфекции, проведения АРТ, общего состояния здоровья, у таких женщин необходим тщательный контроль ВЗОМТ. ВМС не рекомендуется использовать женщинам, больным СПИДом, которые не получают АРТ, если доступны и не противопоказаны другие методы контрацепции, например презервативы или стероидные гормональные контрацептивы.

ВМС, содержащее левоноргестрел (ЛНГ), ежедневно выделяет 20 мкг этого гормона непосредственно в матку. ЛНГ подавляет пролиферацию эндометрия, что может приводить к уменьшению кровопотери во время менструации. У многих женщин через год после применения этого ВМС отмечаются скудные менструации или наступает аменорея. Снижение объема менструальной крови может уменьшать риск передачи ВИЧ от женщины мужчине, если половые партнеры не выполняют рекомендации по постоянному использованию презервативов. Рекомендации ВОЗ по применению ВМС у женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, приведены в таблице.

Таблица. ВМС для женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом					
Статус	Категорияа (Н — начало; П — продолжение)		Примечания		
	Су- ВМС	ЛНГ- ВМС			
	Н	П	Н	П	
Высокий риск ВИЧ- инфекции	2	2	2	2	У женщин из групп риска медьсодержащее ВМК (Cu-ВМС), не повышает риск заражения ВИЧ-инфекцией.

ВИЧ/СПИД без АРТ	2	2	2	2	Согласно немногочисленным данным, ВМС не повышает риск общих или инфекционных осложнений у ВИЧ-инфицированных женщин по сравнению с неинфицированными. Также не выявлено связи между использованием ВМС ВИЧ-инфицированными женщинами и повышением риска передачи ВИЧ их половым партнерам.
ВИЧ/СПИД + АРТ	3	2	3	2	Женщин, использующих ВМС, у которых диагностирован СПИД, необходимо регулярно обследовать на ВЗОМТ.
Хорошее общее состояние на фоне АРТ	2	2	2	2	—
Лекарственные взаимодействия					
	Н	П	Н	П	
АРВ-препараты	2/3	2	2/3	2	Взаимодействие АРВ-препаратов и ВМС не описано. При наличии СПИДа случай относят к категории 3 для Начала и к категории 2 для Продолжения использования ВМС. При хорошем общем состоянии на фоне АРТ случай относят к категории 2 как для Начала, так и для Продолжения использования ВМС
Си-ВМС — ВМС, содержащие медь; ЛНГ-ВМС — ВМС, содержащие левоноргестрел (20 мкг/сут). а Категория 1 — ограничений для использования метода нет; можно применять при любых обстоятельствах. 2 — преимущества использования метода в целом превосходят теоретический или доказанный риск; можно применять в большинстве случаев. Примечание: ВМК не защищают от ВИЧ/ИППП. При наличии риска ВИЧ/ИППП рекомендуется постоянное и правильное использование презервативов (в качестве самостоятельного метода или в сочетании с другими методами контрацепции). Доказано, что мужские латексные презервативы эффективны для предупреждения ВИЧ/ИППП.					

Экстренная контрацепция. Показания к применению ЭК у женщин, живущих с ВИЧ, не отличаются от общих показаний по использованию данного метода. Однако, существуют данные, что экстренная гормональная контрацепция может вызывать побочные эффекты у женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом. Побочные эффекты экстренной гормональной контрацепции у женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, не изучены; это относится к женщинам, как получающим, так и не получающим АРТ. Прием некоторых АРВ-препаратов вызывает тошноту и рвоту, которые могут усиливаться при приеме таблеток для экстренной контрацепции. Необходимо избегать применения схемы Юзпе у женщин, принимающих индинавир, атазанавир, ампренавир или эфавиренз, поскольку эти препараты повышают уровень эстрадиола, что может повышать риск тромбоза вен нижних конечностей и тромбоэмболии легочной артерии.

При приеме антипрогестина мифепристона (10 мг внутрь) в течение 120 часов (5 суток) после незащищенного полового акта наблюдается высокая эффективность при незначительных побочных эффектах. Эффективность и побочные действия мифепристона

у женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, не исследованы.

Хирургическая стерилизация женщин, живущих с ВИЧ

Учитывая, что стерилизация — это необратимая хирургическая процедура, необходимо убедиться в том, что человек, который принял решение использовать этот метод контрацепции, сделал это добровольно и сознательно. Все пациенты, независимо от их ВИЧ-статуса, должны понимать необратимость процедуры стерилизации, и им необходимо предоставить информацию об альтернативных методах контрацепции. Показания и противопоказания к стерилизации у ВИЧ-инфицированных и не инфицированных ВИЧ пациентов одинаковы. Поскольку стерилизация не защищает от заражения/передачи ИППП/ВИЧ, важно подчеркнуть необходимость использования презервативов, особенно учитывая, что стерилизация ассоциировалась со снижением частоты их использования. В процессе принятия решения также необходимо обсудить с пациентом или пациенткой национальные законы и правила, касающиеся процедуры стерилизации.

Методы, основанные на признаках фертильности, и прерванный половой акт характеризуются высокой частотой неудач из-за типичных ошибок при их использовании, поэтому не следует рекомендовать эти методы как ВИЧ-инфицированным, так и не инфицированным ВИЧ женщинам.

Метод лактационной аменореи у женщин, живущих с ВИЧ

Этот метод не рекомендуется в связи с необходимостью избегать передачи ВИЧ в серодискордантных парах и детям, находящимся на грудном вскармливании. Искусственное вскармливание рекомендуется в тех случаях, когда оно удовлетворяет определенным условиям: приемлемость, осуществимость, финансовая доступность, стабильность и безопасность. Во всех других случаях в течение первых месяцев жизни ребенка рекомендуется исключительно грудное вскармливание, а затем, как только будут удовлетворены вышеуказанные условия, переход на искусственное вскармливание. Матерям, живущим с ВИЧ/СПИДом, необходимо помочь сделать правильный выбор, наилучшим образом соответствующий условиям их жизни, и затем осуществить принятое решение. Женщинам необходимо предоставить консультирование по вопросам, касающимся риска и преимуществ каждого из методов вскармливания (с учетом местных условий), и помощь, чтобы правильно и безопасно следовать выбранному методу.

Перспективы в области контрацепции

В настоящее время разрабатываются микробициды, которые могут успешно применяться для метода двойной защиты. Эти средства предупреждают заражение ВИЧ/ИППП. Они вводятся во влагалище перед половым актом и, следовательно, их применение может контролировать женщина. Некоторые из разрабатываемых препаратов предназначены для обеспечения двойной защиты (как от наступления нежелательной беременности, так и от заражения ВИЧ/ИППП), другие — только для предупреждения инфекций. До настоящего времени не существовало антимикробных средств, эффективных для снижения ПМР. На рынке также не было микробицидов, которые бы защищали от ВИЧ-инфекции или других ИППП. Пока безопасность и эффективность подобных средств не будут доказаны клиническими испытаниями, их нельзя рекомендовать к применению и рекламировать.

Контрацепция для женщин, получающих АРТ

ВОЗ рекомендует использование высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) у ЛЖВ, которые нуждаются в лечении в соответствии с клинической стадией ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ.

Взаимодействие АРВ-препаратов и стероидов, входящих в состав гормональных контрацептивов

Согласно немногочисленным данным, АРВ-препараты, особенно ННИОТ и ИП, могут либо снижать, либо повышать биодоступность стероидных гормонов. Эти лекарственные взаимодействия могут изменять безопасность и эффективность, как АРВ-препаратов, так и контрацептивов. Возможные взаимодействия АРВ-препаратов с КОК, а также

предполагаемые изменения их активности необходимо принимать во внимание и обсуждать с пациентками.

В таблице суммированы последние данные, касающиеся взаимодействия АРВ-препаратов и стероидных компонентов КОК, а также даны рекомендации по использованию последних.

Таблица. Взаимодействия между АРВ-препаратами и этинилэстрадиолом (ЭЭ)/норэтиндрона (НЭ) ацетатом		
АРВ-препараты	Влияние одновременного приема АРВ-препаратов на концентрацию ЭЭ и НЭ ацетата	Рекомендации
Ингибиторы протеазы (ИП)		
Атазанавир	ЭЭ ↑ на 48%, НЭ ↑ на 110%	Использовать минимальную эффективную дозу или другой метод контрацепции.
Индинавир	ЭЭ ↑ на 24%, НЭ ↑ на 26%	Коррекция дозы не требуется.
Лопинавир/ритонавир	ЭЭ ↓ на 42%	Использовать другой или дополнительный метод контрацепции.
Нелфинавир	ЭЭ ↓ на 47%, НЭ ↓ на 18%	Использовать другой или дополнительный метод контрацепции.
Ритонавир	ЭЭ ↓ на 40%	Использовать другой или дополнительный метод контрацепции.
Саквинавир	Нет данных	—
Фосампренавир	ЭЭ и НЭ ↑, фосампренавир ↓ на 20%	Нельзя использовать одновременно, рекомендуется использовать другой метод контрацепции.
Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ)		
Невирапин	ЭЭ ↓ на 20%	Использовать другой или дополнительный метод контрацепции.
Эфавиренз	ЭЭ ↑ на 37%	Использовать другой или дополнительный метод контрацепции.

Данных в взаимодействии АРВ-препаратов и левоноргестрела нет. Неизвестно, может ли снижаться эффективность чисто прогестиновых инъекционных контрацептивов (таких, как ДМПА и НЭТ-ЭН), поскольку при их использовании уровень гормонов в крови выше, чем при использовании других, чисто прогестиновых контрацептивов или КОК.

Взаимодействие АРВ-препаратов и ВМС, содержащими медь или левоноргестрел, не описаны.

Тератогенность эфавиренза.

Эфавиренз является потенциально тератогенным препаратом, поэтому следует избегать его назначения женщинам, планирующим беременность или не использующим эффективный метод контрацепции. Перед началом приема эфавиренза рекомендуется проведение теста на беременность. У женщин, использующих эффективную контрацепцию, эфавиренз можно использовать в схемах АРТ в качестве ННИОТ.

Приверженность контрацепции и лечению ВИЧ/СПИДа

Возможно, ВИЧ-инфицированным женщинам придется ежедневно принимать большое количество таблеток, входящих в состав АРТ, используемых для профилактики или лечения оппортунистических инфекций, а также для лечения сопутствующих заболеваний или симптоматического лечения. Кроме того, должны быть учтены возможные лекарственные взаимодействия и необходимость принимать много таблеток на приверженность контрацепции и АРТ. Эти вопросы следует обсудить с женщиной при выборе метода контрацепции.

Контрацепция для женщин, принимающих одновременно АРВ- и противотуберкулезные препараты

У женщин, получающих АРТ и средства от туберкулеза (ТБ), лекарственные взаимодействия с некоторыми гормональными контрацептивами могут вызывать снижение эффективности последних. С учетом этого женщинам, принимающим одновременно АРВ-препараты и препараты для лечения ТБ, лучше рекомендовать негормональные методы контрацепции. Если возможна только гормональная контрацепция, низкодозированные КОК (<35 мкг этинилэстрадиола) обычно не рекомендуются женщинам, принимающим рифампицин. Согласно немногочисленным данным, в этом случае можно использовать оральные контрацептивы с более высокой дозой этинилэстрадиола (50 мкг), за исключением женщин, которые принимают эфавиренз, индинавир, ампренавир или атазанавир. ДМПА обычно можно использовать женщинам, принимающим рифампицин. Снижение эффективности ЛНГ-ВМК маловероятно.

В заключении следует сделать выводы по общим рекомендациям по выбору метода контрацепции женщинам, живущим с ВИЧ, которые можно сформулировать следующим образом:

1. Обсуждение вопросов планирования семьи должно начинаться во время послетестового консультирования при выявлении ВИЧ-инфекции и регулярно на протяжении всего периода наблюдения и лечения.
2. Все медицинские работники должны понимать, что соблюдение врачебной тайны в отношении ВИЧ-статуса пациентов является их профессиональным долгом.
3. Кроме медицинских критериев приемлемости необходимо также рассматривать социальные, культурные и поведенческие особенности. Рекомендации по выбору метода контрацепции должны быть индивидуальными и учитывать стадию заболевания, лечение, образ жизни и личные пожелания.
4. Во время консультирования по планированию семьи необходимо уделять особое внимание профилактике передачи ВИЧ и возбудителей других ИППП. Службы по планированию семьи должны настоятельно рекомендовать постоянное и правильное использование презервативов как единственного метода контрацепции, который предотвращает заражение ВИЧ-инфекцией и другими ИППП. Более того, все службы охраны репродуктивного здоровья должны обеспечить поддержку использования метода двойной защиты.
5. Для обеспечения непрерывности и преемственности оказания медицинской помощи необходимо укреплять связи между службами снижения вреда для ПИН и службами по лечению и помощи при ВИЧ/СПИДе.

ЗАНЯТИЕ 20

МЕТОДОЛОГИЯ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПО ВОПРОСАМ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОДБОРА МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ.

Консультирование является основополагающим моментом в эффективной работе по индивидуальному подбору контрацепции. В процессе консультирования медицинские работники помогают клиентам самостоятельно принять и реализовать решения, касающиеся вопросов планирования семьи, а качественное консультирование способствует повышению уровня удовлетворенности клиентов. Качественное консультирование способствует тому, что клиенты используют методы планирования семьи в течение более длительного времени и более успешно. Последовательное и правильное применение выбранного метода приводит к снижению числа незапланированных беременностей. Эффективное взаимодействие врач-клиент формирует более критическое отношение к слухам и прочей информации, которую клиенты слышат о планировании семьи. Консультирование не обязательно занимает много времени, особенно если информация адаптирована к потребностям клиента. И, наверное, самое главное - для качественного консультирования требуется соответствующая подготовка, а также заботливое и уважительное отношение к клиентам.

Советы для хорошего общения:

- Используйте различные вопросы - закрытые, открытые и «зондирующие», в зависимости от контекста.
- Задавайте уточняющие вопросы и используйте перефразирование слов клиента, чтобы убедиться, что Вы правильно поняли сказанное им.
- Пользуйтесь языком и терминологией, понятными для клиента.
- Тон вашего голоса должен быть дружелюбным, располагающим к общению.
- Поддерживайте визуальный контакт.
- Сидите лицом к клиенту, слегка наклонитесь к нему/ней.

Невербальная коммуникация и язык жестов играют очень важную роль в общении. Невербальные действия со стороны, как клиента, так и медицинского работника часто более эффективны, чем слова. Медицинскому работнику следует помнить о собственной невербальной коммуникации (своих жестах, мимике, позе и др.) и обращать внимание на ее проявления у клиента. Использование эффективных методов постановки вопросов, активное слушание и наблюдение за невербальным поведением играют определяющую роль для эффективного консультирования.

Важно правильно формулировать вопросы, помогая клиенту его понять и дать адекватный ответ. Помните, что **закрытые вопросы**, как правило, требуют лишь краткого ответа («да», «нет», число, имя, дата, метод контрацепции и т.д.), а использование **открытых вопросов** требует более развернутого ответа и, как правило, позволяют получить более подробную информацию, чем закрытые. Еще одним полезным навыком, используемым при общении, является **перефразирование** при котором консультант выслушивает клиента, затем повторяет своими словами сказанное клиентом, чтобы убедиться в правильном понимании слов клиента.

Правила консультирования:

Обращайтесь с каждым клиентом любезно. Врач акушер-гинеколог держится вежливо, выражает уважение и способствует формированию чувства доверия, дает клиенту понять, что он (или она) может говорить открыто и заверяет клиента, что их разговор будет конфиденциальным.

Устанавливайте взаимодействие. Врач акушер-гинеколог активно слушает клиента, выясняет дополнительную необходимую информацию и реагирует на слова клиента, он может лучше всего помочь при условии понимания потребностей, проблем и

особенностей ситуации клиента. Врач акушер-гинеколог поощряет рассказы клиентов, рекомендует им задавать вопросы, а также терпеливо и подробно отвечает на вопросы клиентов.

Адаптируйте предлагаемую информацию к уровню восприятия клиента. Выслушивая клиента, врач акушер-гинеколог понимает, в какой информации нуждается каждый клиент. Важность той или иной информации может зависеть, в том числе, и от возраста клиента. Врач акушер-гинеколог предоставляет достоверную информацию, используя язык, понятный клиенту.

Избегайте избыточной информации. Клиентам нужно владеть информацией, чтобы сделать информированный выбор. Но, ни один клиент не нуждается в полном объеме информации, имеющейся у нас по каждому из методов контрацепции. Если информации слишком много, трудно запомнить наиболее важное. Это называется «информационной перегрузкой».

Уважайте право клиента на самостоятельный выбор. Более вероятно, что клиент будет продолжать использовать тот или иной метод, если выбор об использовании именно этого метода сделан самим клиентом. Также уважайте право клиента на информированный выбор, если он (она) принимает решение не использовать никаких методов контрацепции, даже осознав преимущества планирования беременности.

Помогите клиенту понять и запомнить услышанное. Время от времени в процессе консультирования врач акушер-гинеколог проверяет, понимает ли клиент объясненные или обсуждаемые темы. Если имеются материалы в письменной форме, снабдите клиента этими материалами, чтобы клиенту было проще запомнить то, о чем Вы говорили.

Информированный выбор: модель консультирования «ПОМОГИ».

Модель «ПОМОГИ» является одним из наиболее широко применяемых подходов в консультировании. Каждая из букв в аббревиатуре «ПОМОГИ» напоминает врачу акушеру-гинекологу об одном из ключевых этапов процесса консультирования.

«ПОМОГИ» - модель консультирования по планированию семьи:

П - приветствие.

О - о чем расспросить клиента.

М - методы контрацепции.

О - о выборе метода.

Г - главное - объяснить, как пользоваться методом.

И - информация о последующем визите.

1. «Приветствие клиента»

Первый этап модели «ПОМОГИ» - приветствие клиента:

- Поприветствуйте клиента.
- Представьте клиенту.
- Постарайтесь дать клиенту возможность почувствовать себя комфортно.
- Называйте клиента по имени.
- Ведите себя уважительно по отношению к клиенту.
- По возможности постарайтесь найти такое место для беседы, где Вы будете наедине с клиентом.

2. «О чем расспросить клиента»

Второй этап модели «ПОМОГИ» - о чем расспросить клиента:

- Спросите, чем Вы можете помочь.
- Предложите клиенту обсудить его/ее пожелания и волнующие его/ее вопросы

относительно планирования семьи.

- Спросите клиента, использует ли он или она в настоящее время какой-либо метод контрацепции. Доволен(-на) ли он (она) этим методом? Если нет, то почему?
- Если клиент впервые сталкивается с вопросами планирования семьи или хотел бы сменить метод, спросите, есть ли какой-либо конкретный метод контрацепции, которым он хотел бы пользоваться.

Цель этого этапа заключается в том, чтобы выяснить пожелания клиента или вопросы, интересующие его в области планирования семьи, а также узнать, использует ли он (она) в настоящее время или применял(-а) ли ранее какой-либо метод контрацепции и, доволен ли он (она) этим методом; если нет (выяснить причины). Кроме того, следует узнать, есть ли какой-либо метод, который клиент хотел бы использовать (Помните, что большинство клиентов уже настроены на какой-либо метод). Выясните также, как Вы можете помочь клиенту (выбрать новый метод контрацепции или разрешить проблемы, касающиеся применяемого в настоящее время или использовавшегося ранее метода).

3. «Методы контрацепции»

Третий этап модели «ПОМОГИ» - методы контрацепции:

- Ориентируйтесь на тот метод, на который настроен клиент.
- Если клиент не настроен на какой-либо определенный метод, кратко назовите возможные имеющиеся методы.
- Снабдите клиента брошюрами по методам контрацепции, если таковые имеются.
- Уважительно относитесь к выбору клиента, в том числе в случае его/ее решения не использовать на данный момент никаких методов контрацепции.

Если выбранный женщиной метод подходит ей с медицинской точки зрения, Вам следует постараться помочь ей с этим методом. Если клиентке предлагается тот же метод, который она сама планировала использовать, гораздо выше вероятность того, что она будет довольна им и будет продолжать применять его и далее. Если женщина не знает, какой метод она бы предпочла, Вам следует кратко перечислить различные возможные методы контрацепции, используя иллюстрированный перекидной альбом «Контрацепция: как предупредить нежелательную беременность» и предоставить более подробную информацию по тем методам, которые ее больше интересуют. При наличии брошюр или информационных буклетов о методах контрацепции дайте их клиенту.

4. «О выборе метода»

Четвертый этап модели «ПОМОГИ» - о выборе метода:

- Необходимо учитывать медицинскую приемлемость метода, вызвавшего интерес у клиента.
- Если выбранный клиентом метод не подходит для него (нее), кратко объясните, почему, и познакомьте его (ее) с другими подходящими методами.
- Предложите клиенту высказать свое мнение по поводу предлагаемого метода и задать возникающие вопросы.
- В заключение убедитесь, что клиент принял четкое и информированное решение.

Определение **медицинской приемлемости:**

- Руководство ВОЗ «Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции» содержит достаточно подробную информацию о медицинской приемлемости.
- В памятках с описанием отдельных методов приведена информация об основных противопоказаниях, содержащаяся в руководстве ВОЗ «Медицинские критерии

- приемлемости для использования методов контрацепции».
- Кроме того, Вам следует спросить клиентку, есть ли у нее в анамнезе какие-либо из медицинских противопоказаний, перечисленных для выбранного ею метода.
- Обратите внимание, что, как правило, для определения приемлемости метода не требуется никаких анализов или обследований.

В этом контексте следует остановиться на **понятии «информированный выбор»**, которое подразумевает, что клиенту была предоставлена соответствующая четкая и достоверная информация, необходимая для принятия решения, без информационной перегрузки, и что ему/ей предоставлена возможность выбрать один из имеющихся методов контрацепции в зависимости от собственных потребностей и индивидуальной ситуации.. Кроме того, клиент мог задавать вопросы и решение было принято им самостоятельно. Важно довести дело до логического конца, и если выбранный метод не предоставляется в Вашем медицинском учреждении, Вам следует направить клиента в известное учреждение, где имеется возможность для предоставления выбранного метода (например, введение ВМС, стерилизация).

Специалист всегда должен владеть следующей информацией:

- Где можно приобрести то или иное средство в данном районе.
- Имеются ли данные средства в наличии постоянно.
- Относительная стоимость различных типов/разновидностей.
- Где и каким образом можно получить услуги, не предоставляемые в Вашем учреждении.
- Наличие бесплатных услуг, если таковые предоставляются (для малообеспеченных или ВИЧ-инфицированных клиентов, для подростков, для отдельных групп риска и т.д.).

5. «Главное — объяснить, как пользоваться выбранным методом»

Пятый этап модели «ПОМОГИ» - главное - объяснить, как пользоваться выбранным методом:

- Объясните эффективность метода.
- Объясните преимущества и недостатки метода.
- Предупредите и успокойте относительно распространенных (не серьезных) побочных эффектов.
- Сообщите о возможных осложнениях (если таковые имеются).
- Объясните, как пользоваться методом.
- Сообщите, предоставляет ли метод защиту от ИППП/ВИЧ-инфекции.
- Убедитесь, что клиент понимает Вас. Дайте клиенту возможность задать вопросы.
- Объясните клиенту, когда следует прийти с повторным визитом.

6. «Информация о последующем визите»

Шестой этап модели ПОМОГИ» - информация о последующем визите:

- Обсудите с клиентом дату последующего визита.
- Предложите клиенту снова обратиться к Вам в случае возникновения каких-либо проблем или вопросов.
- Также можно снова прийти для пополнения запаса контрацептивов.
- Предложите клиентке снова прийти к Вам, если она захочет сменить метод контрацепции.

Понятие « права клиента»:

Клиенты имеют право на: информацию, доступность, выбор, безопасность, приватность, конфиденциальность, уважение, преемственность и собственное мнение

Пути поддержания соблюдения прав клиентов в области планирования семьи в медицинском учреждении:

- Повесьте перечень прав клиентов в учреждении, чтобы клиенты знали, на что они могут рассчитывать.
- Установите и выполняйте правила, согласно которым всем клиентам будет оказан одинаково радушный прием, независимо от пола, возраста, этнической принадлежности, сексуальности и т.д.
- Убедитесь, что медицинские работники обучены методам правильного консультирования и эффективного общения.
- Отведите для консультирования отдельные кабинеты с целью соблюдения приватности.
- Тщательно ведите записи в картах клиентов, чтобы обеспечить преемственность оказания помощи между различными медицинскими работниками.

Особенности консультировании подростков связаны с особенностями их поведения, о которых было подробно рассказано в соответствующем разделе.

Особенно важно при работе с подростками обеспечить приватность и конфиденциальность беседы, а также продемонстрировать сочувствие (сопереживание) и отсутствие осуждения. Обязательно надо удостовериться, что клиент понимает суть метода, как его использовать, его побочные эффекты, а также возможность защиты от ИППП/ВИЧ. Необходимо предлагать подростку те возможности в плане охраны репродуктивного здоровья, которые они могут себе позволить материально. Всегда частью консультирования по контрацепции должна становиться информация об экстренной контрацепции - для некоторых подростков это может способствовать тому, что они будут иметь при себе таблетки для экстренной контрацепции, а также никогда не исключать информацию о ВИЧ. Зачастую одним из препятствий по использованию контрацепции является неумение начать разговор с партнеров, например об использовании презерватива. В этой связи необходимо обсудить с подростком и посоветовать ему, как можно договариваться с потенциальными партнерами об использовании контрацептивов и о защите от ИППП/ВИЧ.

Пути организации доброжелательных по отношению к подросткам услуг:

- Относиться к подросткам (как и ко всем клиентам) доброжелательно, без осуждения,
- Обеспечить приватность и конфиденциальность беседы.
- Представлять информацию живо, в интерактивной форме, вовлекая в общение молодых клиентов.
- Вовлекать подростков в планирование работы службы, чтобы понять, чего они хотят и в чем нуждаются.
- Обучить подростков консультировать своих сверстников.
- Разработать и обеспечить наличие материалов, учитывающих особенности подростков.
- 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.
- Создать центр для подростков, где существуют разнообразные занятия и услуги, привлекательные для молодых людей.
- Повышать уровень информированности общества по вопросам охраны здоровья подростков.

Консультирование пар

Обратите внимание, что оба партнера должны принимать участие в принятии решения о возможности и времени начала сексуальных отношений, определении количества, времени рождения и интервала между рождением детей. Решение об использовании и неиспользовании контрацепции, а также о предпочтении того или иного метода, тоже должно быть принято парой с учетом возможности защиты самих себя, своих партнеров, и возможно детей, от ИППП/ВИЧ инфекции.

Значимость консультирования клиентов по вопросам общения относительно использования презервативов:

- Поскольку мужчины, а не женщины, контролируют использование мужских презервативов, линии поведения при договоре об использовании презервативов должны стать неотъемлемой частью консультирования по планированию семьи
- Обсуждение более безопасного секса может быть затруднительным процессом для обоих партнеров
- Женщинам может быть затруднительно договариваться со своими партнерами о более безопасном сексе
- Партнеры могут считать, что просьба о более безопасном сексе связана с неверностью. Партнер может реагировать негативно, вплоть до насилия

Возможные варианты (советы) по поведению при обсуждении использования презервативов

- Подумайте, как говорить об этой теме с партнером без угроз
- Найдите время для обсуждения до полового контакта, а не непосредственно перед или во время него
- Подготовьте заранее аргументы в пользу использования презервативов и ответы на те причины, которые может назвать партнер в объяснение своего нежелания их использовать
- Будьте настойчивы, используйте косвенные способы – делитесь информацией, литературой, рассказывайте о том, как другие люди используют презервативы
- Предложите партнеру сходить к медицинскому работнику вместе или самостоятельно
- Продемонстрируйте, что предложение относительно безопасного секса – это проявление заботы, а не обвинение в неверности
- Имейте при себе презервативы и знайте, как ими пользоваться – не рассчитывайте на то, что они будут у партнера
- Покупайте презервативы вдвоем, как пара

Консультирование до и после аборта

В настоящее время появились новые тенденции в преабортном консультировании, а именно: **2-этапное консультирование проводит медсестра. Первый этап – это** попытка убеждения сохранить беременность, **второй этап –** детальная информация об аборте и контрацепции.

Обратите внимание, что вопросы консультирования были также включены в соответствующие темы руководства.