

ПРОЕКТ «МАТЬ И ДИТЯ»
НАУЧНЫЙ ЦЕНТР АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ РАМН
ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МЗ РФ

**КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННОЕ
РУКОВОДСТВО ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ ПОСЛЕ АБОРТА**

2003 г.

Под ред. В.И.Кулакова, И.С.Савельевой

Рецензенты: академик РАМН В.Н.Серов, член-корр. РАМН Е.М.Вихляева, докт. мед наук, профессор, засл. деятель науки РФ В.Н.Прилепская, докт. мед наук Е.И.Николаева

Настоящее клиническо-организационное руководство предлагает систему организации помощи женщинам после аборта, включая оказание неотложной помощи женщинам после аборта в связи с осложнениями, высококвалифицированное поэтапное консультирование, выбор и обеспечение методами контрацепции, а также профилактику инфекций и ИППП.

Руководство предназначено для врачей акушеров-гинекологов, акушерок, медицинских сестер, педиатров, терапевтов, семейных врачей, организаторов здравоохранения.

Его можно использовать для учреждений различного уровня, оказывающих медицинскую и консультативную помощь женщинам (женские консультации, гинекологические и родильные отделения, центры/кабинеты планирования семьи). Руководство также является основополагающим документом по организации помощи женщинам после аборта для органов управления здравоохранением всех уровней и организации обязательного медицинского страхования женщин.

Разработка данного клиничко-организационного руководства осуществлялась в рамках Проекта "Мать и Дитя" в России. С российской стороны в работе над данным компонентом проекта принимали участие Министерство здравоохранения Российской Федерации, Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН и Управление здравоохранения Администрации г. Перми и Пермской области, ПОФОМС. С американской стороны работа выполнялась Университетской исследовательской корпорацией и ЭнжендерХелф по контракту с Джон Сноу, Инкорпорейтед. Проект финансировался Агентством США по международному развитию. Проект HRN-1-803-98-0032-00 в рамках MCH TASC, Contract No. HRN-1-00-98-0032-00 и Джон Сноу, Инкорпорейтед (John Snow, Incorporated-JSI)

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	2
СОДЕРЖАНИЕ	3
1. РУКОВОДИТЕЛИ, МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ И КОНСУЛЬТАНТЫ, ПРИНИМАВШИЕ УЧАСТИЕ В РАЗРАБОТКЕ КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННОГО РУКОВОДСТВА	5
1.1 РАЗРАБОТЧИКИ РУКОВОДСТВА	5
1.2 КОНСУЛЬТАНТЫ	6
1.3 РУКОВОДИТЕЛИ, ОКАЗАВШИЕ ПОДДЕРЖКУ В ПРОВЕДЕНИИ РАБОТЫ	6
2. СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	7
3. ОПРЕДЕЛЕНИЯ	8
4. ВВЕДЕНИЕ.....	9
4.1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	9
4.2 ЦЕЛЬ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ РУКОВОДСТВА	10
4.3 МЕТОДИКА РАЗРАБОТКИ РУКОВОДСТВА.	11
4.4 ПРЕДНАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РУКОВОДСТВА	11
4.4.1 КЛИНИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ ПРЕДМЕТА РУКОВОДСТВА	11
4.4.2 ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РУКОВОДСТВА	14
5. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЦЕЛОМ ПО РУКОВОДСТВУ НА ВСЕХ ЭТАПАХ ДЛЯ ВСЕХ ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП.....	15
5.1 АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ С НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ.....	15
5.2 ОПИСАНИЕ ЭТАПОВ ПРОЦЕССА.....	15
5.3 ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОЦЕССА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	17
6. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП.....	18
6.1 ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ ПОСЛЕ АБОРТА.....	18
6.1.1 КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ АБОРТА.....	18
6.1.2 КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ АБОРТА ПЕРЕД ТЕМ, КАК ПОКИНУТЬ ЛПУ, В КОТОРОМ ПРОВОДИЛАСЬ ПРОЦЕДУРА АБОРТА.....	18
6.1.3 КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ВО ВРЕМЯ ПОВТОРНОГО ВИЗИТА.....	20
6.1.4 КОНТРАЦЕПЦИЯ ПОСЛЕ АБОРТА.....	21
6.1.5 СРОКИ НАЧАЛА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ.....	21
6.1.6 МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ ПОСЛЕ НЕОСЛОЖНЕННОГО АБОРТА.....	21
6.1.7 ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ... ..	23
6.1.8 РЕАБИЛИТАЦИЯ.....	23
6.2 МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ЖЕНЩИНАМ ПОСЛЕ ОСЛОЖНЕННОГО АБОРТА	23
6.2.1 ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕ АБОРТА.....	24
6.2.2 СТАБИЛИЗАЦИЯ СОСТОЯНИЯ И ПЕРЕВОД В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ.....	24
6.2.3 ВНУТРИВЕННЫЕ ВЛИВАНИЯ.....	25
6.2.4 ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ.....	26
6.2.5 ПРИЕМ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ.....	27

6.2.6 Антибиотики.....	28
6.2.7 Обезболивание.....	30
6.2.8 Диуретики.....	30
6.2.9 Консультирование женщин, перенесших аборт с осложнениями	31
6.2.10 Контрацептивный выбор при различных клинических ситуациях.....	31
6.2.11 Последующее наблюдение	32
6.2.12 Реабилитация больных после искусственного прерывания беременности	33
7. ПРЕИМУЩЕСТВЕННОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛПУ ПРИ ОКАЗАНИИ УСЛУГ В ОБЛАСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ.....	34
8. РОЛЬ ОРГАНОВ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В ОРГАНИЗАЦИИ КАЧЕСТВЕННО НОВОЙ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ ПОСЛЕ АБОРТА.....	37
9. МОНИТОРИРОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОЙ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ ПОСЛЕ АБОРТА	40
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	41
Приложение 1: Модель "ПОМОГИ" для послеабортного консультирования по планированию семьи.....	41
Приложение 2: Критерии приемлемости ВОЗ по использованию эффективных методов контрацепции в послеабортном периоде.....	43
Приложение 3: Шесть основных элементов информированного согласия при выборе метода добровольной хирургической стерилизации.....	44
Приложение 4: Алгоритмы ведения женщин с осложнениями после аборта	45
Схема № 1: Первичная оценка	
Схема № 2: Шок	
Схема № 3: Умеренное или незначительное влагалищное кровотечение	
Схема № 4: Интенсивное влагалищное кровотечение	
Схема № 5: Внутривертебральная травма	
Схема № 6: Сепсис	
Приложение 5: Форма сбора данных по использованию методов планирования семьи.....	52
Приложение 6: Информационная брошюра для женщин "Начни сначала".....	55
Библиография.....	58

1. РУКОВОДИТЕЛИ, МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ И КОНСУЛЬТАНТЫ, ПРИНИМАВШИЕ УЧАСТИЕ В РАЗРАБОТКЕ РУКОВОДСТВА

1.1 РАЗРАБОТЧИКИ РУКОВОДСТВА

Координационный комитет

Бабина Галина Васильевна – Управление здравоохранения Администрации Пермской области, начальник отдела организации медицинской помощи женщинам и детям

Беккер Фаина Васильевна – Управление здравоохранения Администрации Пермской области, ведущий специалист отдела организации медицинской помощи женщинам и детям, канд.мед.наук.

Голдырева Елена Владимировна – Управление здравоохранения Администрации Пермской области, главный акушер–гинеколог, канд.мед.наук.

Гребенкин Борис Евгеньевич – кафедра акушерства и гинекологии лечебного ф-та ПГМА, заведующий, докт.мед.наук.

Маерович Тамара Степановна – ПОФОМС, отдел по взаимодействию с МСО и ЛПУ, начальник, организатор ОМС

Малкова Людмила Васильевна – Муниципальное управление здравоохранения Администрации г. Перми, главный акушер–гинеколог

Мельчукова Людмила Ильинична – Муниципальное управление здравоохранения Администрации г. Перми, заместитель начальника по вопросам охраны здоровья матери и ребенка, организатор здравоохранения

Сакаева Татьяна Александровна – президент Пермской ассоциации "Планирования семьи", канд.мед.наук.

Сандакова Елена Анатольевна – кафедра акушерства и гинекологии ФУВ ПГМА, заведующая, докт.мед.наук, профессор

МСЧ №9 г. Перми

Еремеева Елена Анатольевна – женская консультация, заведующая

Снесарева Наталья Владимировна – гинекологическое отделение № 1, заведующая

Сергеев Андрей Иванович – отделение экстренной гинекологии, заведующий

Меледина Татьяна Павловна – женская консультация, акушер-гинеколог

Кашутина Наталья Анатольевна – женская консультация, акушер-гинеколог

Багаева Ольга Вениаминовна – гинекологическое отделение, медсестра

ГБ № 21 г. Перми

Лепехина Татьяна Юрьевна – женская консультация, заведующая

Ефремова Елена Федоровна – гинекологическое отделение, заведующая

Агрест Ольга Александровна – гинекологическое отделение, акушер-гинеколог

Евсеева Наталья Анатольевна – женская консультация, акушер-гинеколог

Храмцова Елена Леонидовна – женская консультация, акушер-гинеколог

Областной Центр планирования семьи и репродукции

Конева Людмила Александровна – заведующая, акушер-гинеколог

Шуваева Елена Викторовна – организационно-методический отдел, заведующая, акушер–гинеколог

Городской Центр планирования семьи и репродукции

Затева Татьяна Сергеевна – заведующая, акушер-гинеколог

Фокина Татьяна Юрьевна – заведующая организационно-методическим кабинетом, акушер-гинеколог

Коломойцева Татьяна Николаевна – акушер-гинеколог

Ханзина Елена Геннадиевна – психолог

1.2 КОНСУЛЬТАНТЫ

САВЕЛЬЕВА Ирина Сергеевна – канд.мед.наук, руководитель отдела международных научных программ, Российский Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН (Российская Федерация)

САЧЧИ Инна – глава представительства благотворительной международной организации «ЭнжендерХелф, Инк.» (США) в Российской Федерации

ШАРАПОВА Елена Ивановна – докт.мед.наук, ведущий специалист научно-методического центра по управлению качеством ЦНИИОИЗ Министерства здравоохранения РФ (Российская Федерация)

МАССУД Рашад – магистр здравоохранения, доктор медицины, старший советник по управлению качеством, менеджер проекта по управлению качеством Университетской корпорации/Центра социальных служб (США)

1.3 РУКОВОДИТЕЛИ, ОКАЗАВШИЕ ПОДДЕРЖКУ В РАЗРАБОТКЕ РУКОВОДСТВА

ВАРТАПЕТОВА Наталья Вадимовна, – канд.мед.наук, советник проекта «Мать и Дитя», Глава представительства «Джон Сноу, Инкорпорейтед» в РФ

ШАРАПОВА Ольга Викторовна – докт.мед.наук, заместитель министра здравоохранения РФ

КОРСУНСКИЙ Анатолий Александрович – докт.мед.наук, начальник Управления Организации медицинской помощи матерям и детям Министерства Здравоохранения РФ

КУЛАКОВ Владимир Иванович – докт.мед.наук, профессор, академик РАМН, директор Научного Центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения РФ

КОРОБЕЙНИКОВ Николай Павлович – заместитель начальника Управления здравоохранения Администрации Пермской области

ПЕЛЗМАН Кэрри – руководитель Департамента здравоохранения, Агентство по международному развитию США

ПЕТРОСЯН Лариса Борисовна – ассистент Департамента Здравоохранения, Агентство по международному развитию США

КОРОТКОВА Анна Владимировна – канд.мед.наук, руководитель научно-методического центра по управлению качеством ЦНИИОИЗ Министерства здравоохранения РФ

2. СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	Артериальное давление
В/в	Внутривенно
ВЗОМТ	Воспалительные заболевания органов малого таза
ВМС	Внутриматочное контрацептивное средство (внутриматочная спираль)
В/м	Внутримышечно
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГБ	Городская больница
ГК	Гормональная контрацепция
ГО	Гинекологическое отделение
ГОУ ВПО	Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования – «Пермская медицинская Академия МЗ РФ»
ДМПА	Депо медроксипрогестерона ацетат
ДС	Добровольная стерилизация
ЕМПС	Естественные методы планирования семьи
ЖК	Женская консультация
ИППП	Инфекции, передаваемые половым путем
ИРТ	Инфекции репродуктивного тракта
ИТТ	Инфузионно-трансфузионная терапия
КВД	Кожно-венерологический диспансер
КОК	Комбинированная оральная контрацепция
ЛАК	Лицензионно-аккредитационный комитет
ЛПУ	Лечебно-профилактические учреждения
ЛС	Лекарственные средства
МЛА	Метод лактационной аменореи
мм рт. ст.	Миллиметры ртутного столба
МППШ	Медико-педагогические школы
МСЧ	Медико-санитарная часть
ОМС	Обязательное медицинское страхование
ПГГУ	Пермский государственный технический университет; гуманитарный факультет; специальность «экономика в здравоохранении»
ПИТ	Палата интенсивной терапии
ПОФОМС	Пермский областной Фонд ОМС
ПС	Планирование семьи
РМЦ	Регуляция менструального цикла
РМЦПК	Региональный межотраслевой центр переподготовки кадров
см	Смотри
СПС	Служба планирования семьи
УЗИ	Ультразвуковое исследование
УЗО	Управление здравоохранением области
ЦВД	Центральное венозное давление
ЦПС	Центр планирования семьи

3. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Здоровье – состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или немощи (ВОЗ).

Репродуктивное здоровье – подразумевает, что индивидуумы должны иметь удовлетворительную сексуальную жизнь, способность воспроизводства и право свободно решать сколько и с каким интервалом иметь детей, подразумевая право женщин и мужчин иметь возможность пользоваться безопасными и эффективными методами планирования семьи, иметь право на доступ к соответствующим медицинским службам, которые позволят обеспечить женщине безопасное течение беременности и родов, а парам – иметь здорового новорожденного.

Безопасное материнство – целью безопасного материнства является снижение материнской заболеваемости и смертности и улучшение здоровья новорожденных путем равноправного доступа к первичной медицинской помощи, включая планирование семьи, дородовую и послеродовую помощь и доступ к акушерской и неонатальной помощи.

Планирование семьи – способность индивидуумов и пар предвидеть и достигать желаемого числа детей, а также интервала между родами. Планирование семьи достигается с помощью контрацепции, определяемой как любой способ, способный предотвратить беременность.

Консультирование – помощь врача/медицинского работника пациенту/клиенту во время личной беседы. Благодаря консультированию врач/медицинский работник помогает пациенту/клиенту принимать подходящие для них решения; при этом право выбора остается за пациентом/клиентом. Подобное консультирование должно включать в себя различные альтернативы, имеющиеся для женщины, а также возможность социальной поддержки. Существенным является соблюдение строгой конфиденциальности.

Контрацепция - любой способ, способный предотвратить беременность. Контрацептивный эффект может быть временным и постоянным. Временные методы включают: периодическое воздержание в течение фертильного периода, прерванный половой акт, использование физиологических периодов бесплодия (метод лактационной аменореи), гормональные методы (оральные и инъекционные контрацептивы, импланты, гормональные ВМС), внутриматочные средства (медьсодержащие и гормон-содержащие внутриматочные спирали) и барьерные методы (презервативы, диафрагмы и спермициды). Постоянными методами контрацепции являются женская и мужская добровольная хирургическая стерилизация.

Реабилитация - комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на восстановление здоровья и функций всех систем организма, нарушенных при заболевании.

Коэффициент абортов – число абортов на 1000 женщин фертильного возраста (15-49 лет) за данный год.

Повторный аборт – повторное прерывание беременности в течение одного календарного года (12-ти месяцев).

4. ВВЕДЕНИЕ

4.1 Общие положения

Данное клинико-организационное руководство – один из практических результатов демонстрационного проекта по оказанию медицинской помощи женщинам в послеабортном периоде с целью снижения количества повторных абортов, сокращения материнской смертности по причине аборта и улучшения здоровья населения в целом. Руководство было разработано в рамках российско-американского образовательного проекта «Мать и Дитя», деятельность которого направлена на улучшение здоровья женщин и младенцев, в том числе за счет улучшения услуг в области планирования семьи, в первую очередь, среди родильниц и женщин после аборта.

Руководство описывает клинические и организационные аспекты оказания медицинской помощи женщинам после аборта, включая планирование семьи, ведение осложнений и развитие преемственности деятельности лечебных учреждений и различных подразделений одного и того же лечебного учреждения при оказании услуг в области репродуктивного здоровья. Данное руководство появилось в результате реорганизации процесса оказания помощи женщинам в системе охраны репродуктивного здоровья и улучшения качества оказания медицинских услуг, которое включало:

- Разработку проекта по оптимизации услуг женщинам в послеабортном периоде;
- Определение задействованных сторон и ЛПУ для участия в проекте;
- Обучение теоретическим и практическим навыкам оказания качественной медицинской помощи, включая консультирование женщин после аборта;
- Описание существующей системы оказания медицинской помощи женщинам в послеабортном периоде, включая консультирование по планированию семьи;
- Разработку клинико-организационного руководства по оказанию медицинских услуг женщинам в послеабортном периоде;
- Расширение функциональных и структурных возможностей существующей системы здравоохранения по применению клинико-организационного руководства при оказании медицинской помощи женщинам и организации этой помощи в различных ЛПУ;
- Выявление показателей, а также разработку системы их сбора для осуществления мониторинга эффективности изменений в системе организации медицинской помощи женскому населению;
- Апробирование новой системы оказания медицинской помощи и внесение при необходимости дальнейших изменений;
- Мониторинг показателей эффективности внесенных изменений во время выполнения проекта.

Опыт применения клинико-организационных руководств в других клинических областях показывает, что сама по себе только разработка клинико-организационных руководств не приводит к улучшению качества. Улучшение качества является сложной и многоступенчатой работой и должно включать весь процесс изменений в системе оказания помощи населению, в том числе разработку новой системы, апробирование на практике внесенных изменений как организационного характера, так и новых клинических методик и подходов, постоянное совершенствование на практике клинико-организационного руководства в соответствии с новыми данными доказательной медицины. При внедрении данного руководства в практику других ЛПУ следует обращать особое внимание на вопросы адаптации, распространения и внедрения клинико-организационного руководства при проведении широкомасштабных мероприятий по оказанию медицинской помощи женщинам в послеабортном периоде.

Содержание руководства соответствует имеющимся данным доказательной медицины на момент разработки этого документа и отвечает существующим

организационным, технологическим, финансовым, культурным и другим условиям Пермской области, где оно было разработано.

4.2. Цель разработки и внедрения руководства

Практически все население России репродуктивного возраста прибегает к различным методам регулирования числа рождаемых детей и сроков их появления на свет. При этом, несмотря на некоторые позитивные сдвиги, сохраняется неблагоприятное соотношение между практикой прерывания беременности и практикой ее предотвращения, т.е. собственно планированием семьи. Уровень аборт в России по-прежнему остается одним из самых высоких в мире. Даже если сравнивать Россию только со странами, имеющими сходный уровень рождаемости, число аборт на 100 родов в России иногда превышает соответствующий показатель других стран в 5, 10, а то и более раз. Несмотря на то, что за последние 10 лет (1990-2000гг.) как абсолютное число аборт, так и число аборт на 1000 женщин фертильного возраста сократилось вдвое, абортами по-прежнему заканчивается большая часть беременностей – 64,2% в 1999 г.

Результаты исследовательского проекта, осуществляющегося на территории Пермской области в 2000 – 2002 гг., свидетельствуют, что 70% женщин делают аборт в активном репродуктивном возрасте (21-34 года); а каждая вторая женщина, имеющая аборт, - моложе 24 лет. По данным, полученным в этом проекте, суммарный коэффициент аборт составил 2,6 аборт в среднем на одну женщину. Широко распространено повторное прерывание беременности: 29,6% женщин имели повторные аборт, каждая третья женщина в течение ближайших 6 месяцев после родов также прерывала нежелательную беременность. Для большинства прерывающих беременность основные причины - «сейчас не время» (29,2%), социально-экономические причины (24,5%), нежелание иметь детей (18,9%). По данным того же исследовательского проекта, результаты опроса женщин через 12 месяцев после аборт показали, что 18,9% всех опрошенных испытывали осложнения после аборт, в связи с чем 16,6% вынуждены были обратиться к врачу, что привело к госпитализации в 7,8% случаев. В общем, по России для 16% женщин, имевших аборт за последние 5 лет, требовалось лечение осложнений. Таким образом, подавляющее число женщин нуждается в длительном использовании эффективных методов контрацепции и значительное число - в лечении осложнений и реабилитации после аборт.

Существующая система здравоохранения и отношение медицинских работников к оказанию медицинской помощи женщинам после аборт не отвечают стандартам качества оказания медицинских услуг женщинам этой целевой группы. Об этом свидетельствуют низкая частота консультирования женщин после аборт (17,8%), отсутствие или крайне ограниченное число женщин, получающих методы контрацепции перед выпиской из стационара (1,2%). В то же время из мировой практики известно, что женщина вероятнее всего будет использовать метод контрацепции, если он будет предложен ей непосредственно в лечебном учреждении и не потребуются дополнительных визитов к специалисту для его назначения.

В связи с этим, одной из важнейших проблем, стоящих перед здравоохранением Пермской области, как и других регионов России, является проблема повторных аборт и высокая частота осложнений после аборт, влекущих за собой ухудшение репродуктивного здоровья; вопросы консультирования; подготовка врачебного и среднего медицинского персонала по проведению квалифицированного консультирования по планированию семьи и организация данного процесса на всех этапах медицинской помощи.

Таким образом, цель представленного руководства – создание единого технологического подхода к оказанию качественной помощи женщинам после аборт с целью снижения частоты повторных аборт.

4.3 Методика разработки руководства

При разработке настоящего клинико-организационного руководства были использованы принципы непрерывного улучшения качества медицинской помощи Пола Баталдена. Этот подход объединяет клинические знания по проблеме и теорию улучшения, создавая методику непрерывного улучшения качества в любой клинической области, в том числе и в организации помощи женщинам в послеабортном периоде. Клинико-организационное руководство было разработано как неотъемлемая часть и один из результатов проекта «Мать и дитя», с использованием таких ключевых принципов, как системный подход, научная методология познания, работа в команде и сосредоточенность на потребностях пациента.

Основные этапы данной методики:

- 1) Изучение существующей системы оказания медицинской помощи.
- 2) Определение клинического содержания проблемы на каждом этапе процесса оказания медицинской помощи.
- 3) Обзор литературных данных доказательной медицины по клинической проблеме.
- 4) Обновление клинического содержания руководства в соответствии с результатами доказательной медицины.
- 5) Внесение изменений в систему оказания медицинской помощи.
- 6) Разработка показателей для мониторинга эффективности изменений, внесенных в клиническую практику и систему оказания медицинской помощи.

4.4 Предназначение и область применения руководства

Настоящее клинико-организационное руководство предлагает систему организации помощи женщинам после аборта, включая оказание неотложной помощи женщинам после аборта в связи с осложнениями, высококвалифицированное поэтапное консультирование, выбор и обеспечение методами контрацепции, а также профилактику инфекций и ИППП.

Руководство предназначено для врачей акушеров-гинекологов, акушерок, медицинских сестер, педиатров, терапевтов, семейных врачей, организаторов здравоохранения.

Его можно использовать для учреждений различного уровня, оказывающих медицинскую и консультативную помощь женщинам (женские консультации, гинекологические и родильные отделения, центры/кабинеты планирования семьи). Руководство также является основополагающим документом по организации помощи женщинам после аборта для органов управления здравоохранением всех уровней и организации обязательного медицинского страхования женщин.

4.4.1. Клиническое описание предмета руководства

Настоящее руководство предлагает **качественно новую всеобъемлющую систему оказания помощи женщинам после аборта**. Эта система предусматривает:

- оказание неотложной помощи в случае возникновения осложнений после аборта;
- консультирование по планированию семьи после аборта и предоставление выбранного метода контрацепции;
- преемственность деятельности лечебных учреждений при оказании услуг в области репродуктивного здоровья.

Неотложная помощь в случае послеабортных осложнений включает в себя:

- Объективную оценку состояния пациентки;
- Незамедлительное направление и доставку женщины в соответствующее медицинское учреждение, деятельность которого выходит за пределы возможностей того учреждения, в котором она в настоящий момент находится;

- Эвакуацию содержимого полости матки для удаления остатков плодного яйца и децидуальной ткани (в стационарных условиях).

Консультирование по планированию семьи и предоставление выбранного метода контрацепции

Консультирование – это важное условие для начала и продолжения использования пациентом услуг СПС. Любая женщина, желающая произвести аборт, должна получить внимательное и доброжелательное консультирование в соответствии с ее личными обстоятельствами и культурным уровнем. Благодаря консультированию врач/медицинский работник помогает женщине/пациентке принимать подходящие решения. Подобное консультирование должно включать в себя различные альтернативы, имеющиеся для клиентки, а также возможность социальной поддержки.

Время консультирования и предоставления услуг. В соответствии с существующими данными о сроках восстановления фертильности, необходимость проведения послеабортного консультирования определяется следующими факторами:

- Возможность раннего наступления беременности. Женщины, которые не планируют забеременеть в ближайшее время, **или их партнеры** должны использовать такой контрацептивный метод, который будет эффективным сразу после возобновления половой жизни.
- Консультирование поможет сделать женщине собственный выбор метода контрацепции, который она будет использовать эффективно так долго, как в этом будет необходимость. Решение об использовании любого метода, и, особенно, постоянных методов (мужской и женской стерилизации) не должно быть сделано поспешно, в состоянии стресса или боли.
- Необходимость принимать во внимание преимущества оказания медицинских услуг/консультирования в данном лечебном учреждении. Даже если время проведения консультирования может не являться оптимальным, будет ли у женщины возможность получить качественное консультирование и/или услуги позже? Будет ли она иметь возможность обратиться в службы планирования семьи для получения услуг консультирования и выбора метода контрацепции после выхода из клиники?

Ответ на вопрос о лучшем времени для консультирования женщин после аборта зависит от каждой женщины, ее реальной ситуации и возможностей. Для одной женщины проведение консультирования возможно в процессе лечения осложнений после аборта. Для другой женщины лучшим временем для консультирования будет ее приход в медицинское учреждение спустя какое-то время. **В любом случае, перед выпиской из лечебного учреждения, где производилась процедура аборта, женщина должна обладать следующей информацией:**

- У большинства женщин после аборта фертильность восстанавливается в течение первых 11 дней;
- Для профилактики нежелательной беременности использование методов контрацепции можно начать как непосредственно в учреждении, где производилась процедура аборта, так и в другом лечебном учреждении; указать в каком.
- Существует возможность дальнейшего наблюдения и консультирования для продолжения пользования методом контрацепции в определенных медицинских учреждениях (адрес, фамилии врачей).

Во многих странах мира при консультировании используют модель «ПОМОГИ», в которой искусственно можно выделить 6 элементов, или этапов. Каждая буква в слове ПОМОГИ обозначает один из этих элементов (см приложение 1). В международном медицинском сообществе при использовании этой методики, больше клиентов/пациентов выбирали планирование семьи и дольше пользовались его методами. Чем больше

элементов системы «ПОМОГИ» использовал консультант, тем более приемлемым для пациентов был уровень обслуживания. Конечно, качественное консультирование – это нечто большее, чем охват элементов «ПОМОГИ». Хороший консультант также понимает чувства и потребности своего пациента; с учетом этого он приспособливает свои консультации к нуждам каждого пациента в отдельности. Качественные консультации не обязательно занимают много времени, и, порой, требуется всего нескольких дополнительных минут. Важно, чтобы при этом была создана обстановка уважения, доброжелательности и внимания к проблемам каждого пациента.

Предоставление выбранного метода контрацепции

Исследования показали, что женщины более эффективно и продолжительно используют метод, который был выбран ими, а не предоставлен медицинскими работниками. И, наоборот, ограничение выбора может приводить к наступлению нежелательной беременности, потому что женщины могут прекратить использование метода, который может оказаться неприемлемым для них или для их партнеров. Поэтому для женщин должен предлагаться широкий выбор контрацептивных методов в соответствии с их потребностями, клинической ситуацией и желанием.

Принцип информированного выбора означает, что это собственный выбор женщины, а не медицинского работника, который может директивно решать использовать или не использовать методы контрацепции, какой метод назначить. Роль медицинского работника заключается в предоставлении точной информации о риске, преимуществах, побочных эффектах и правильном использовании всех доступных методов или тех методов, которые интересуют женщину. Эти данные позволят ей определить факторы ее собственной жизни, которые могут влиять на успешное применение контрацепции.

Медицинские работники, предоставляющие услуги женщинам после аборта, должны четко представлять, каким образом то или иное клиническое состояние женщины может влиять на контрацептивный выбор женщины. С одной стороны, при определении методов контрацепции, которые могут быть наиболее приемлемыми для женщин после аборта, определяющим фактором будет являться клиническая ситуация, которая имеется у конкретной женщины. В то же время существующие стандарты использования современных методов контрацепции не должны ограничивать число методов, которые предпочтут некоторые женщины после аборта.

Приобретение контрацептивов. Контрацептивы приобретаются пациентами по рецептам, выписанным медицинскими работниками, или выдаются в центрах/кабинетах ПС и учреждениях акушерско-гинекологического профиля в соответствии с инструкциями, утвержденными для каждого метода контрацепции, или покупаются пациентами самостоятельно в аптечной сети.

Последующее наблюдение. Все пациенты, избравшие любой из методов ПС, должны получить соответствующие рекомендации о последующем наблюдении при использовании конкретного метода и понимать, что в случае необходимости они всегда могут обратиться к врачу. Медицинские работники СПС ведут необходимую учетную и отчетную документацию, а также осуществляют контроль эффективности и качества предоставляемых услуг по ПС.

Преимственность деятельности лечебных учреждений при оказании услуг в области репродуктивного здоровья означает:

- что услуги по послеабортному обслуживанию должны рассматриваться как рутинный элемент акушерской и гинекологической помощи; т.е. возможность оказания медицинской помощи женщинам после аборта на любом уровне здравоохранения;
- для повышения эффективности проводить лечение и консультирование женщин в одном учреждении;

- возможность оказания амбулаторным пациенткам медицинской помощи после аборта, включая лечение ИППП и других проблем, связанных с репродуктивным здоровьем;
- направление женщин в другие ЛПУ для оказания услуг в области репродуктивного здоровья;
- обучение работников здравоохранения предоставлять консультирование по вопросам планирования семьи и услугам после аборта.

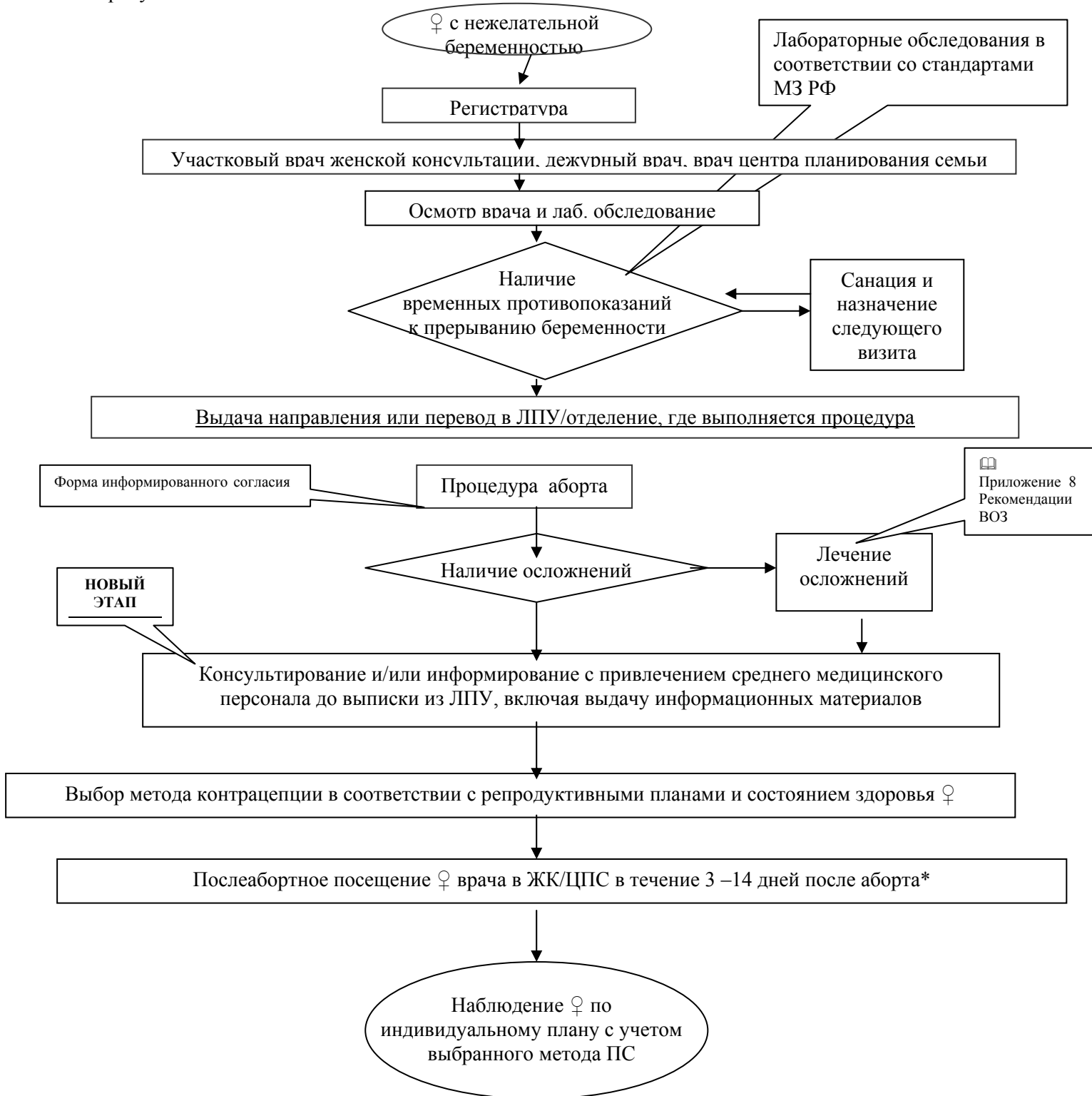
4.4.2 Ожидаемые результаты применения клиничко-организационного руководства

- Создание единого технологического подхода к оказанию качественной медицинской помощи женщинам после аборта;
- Улучшение качества оказания медицинской помощи женщинам после аборта, организации и поддержки консультирования; увеличение количества посещений клиник и кабинетов планирования семьи;
- Обучение персонала методике непрерывного улучшения качества в системе оказания помощи женскому населению в вопросах охраны репродуктивного здоровья; создание единого понимания качества медицинской помощи у всего медицинского персонала;
- Развитие положительного отношения к современным методам контрацепции; увеличение числа женщин, правильно использующих современные методы контрацепции; увеличение срока использования одного и того же метода контрацепции;
- **Снижение числа абортов, в т.ч. и числа повторных абортов;**
- Снижение числа ранних и поздних осложнений после аборта;
- Повышение эффективности и сокращение затрат на лечение послеабортных осложнений.

5. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЦЕЛОМ ПО РУКОВОДСТВУ НА ВСЕХ ЭТАПАХ ДЛЯ ВСЕХ ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП

5.1 Алгоритм организации медицинской помощи женщинам после аборта.

Алгоритм, включающий все этапы оказания помощи женщинам после аборта, представлен на рисунке.



* - по возможности женщина может быть направлена в то ЛПУ, в котором проводилась процедура аборта

5.2 Описание этапов процесса

Существуют три возможных этапа оказания помощи женщинам после аборта. Эту помощь могут обеспечить, во-первых, медицинские работники, оказывающие услуги в области планирования семьи; во-вторых – медицинские работники, осуществляющие процедуру аборта; и, наконец, - медицинские работники, занимающиеся лечением осложнений после аборта.

Медицинские работники служб планирования семьи. На сотрудников СПС возлагается наблюдение и ведение женщин как до, так и после аборта, а также осуществление связи между амбулаторным и стационарным звеном здравоохранения. Существуют также структуры в системе СПС, на базе которых происходит и прерывание беременности. В этом случае женщинам могут быть предложены все услуги, отвечающие потребностям женщин в этот период.

Медицинские работники, выполняющие процедуру аборта. Консультирование по планированию семьи в стационарном звене является одним из основных элементов качественного медицинского обслуживания женщин после аборта. Медицинские работники должны информировать женщин о быстром восстановлении фертильности и наличии безопасных и эффективных методов контрацепции, которые помогут женщинам предотвратить последующую нежелательную беременность. Кроме этого, медицинские работники, осуществляющие процедуру аборта, имеют хорошую возможность для консультирования женщин о методах контрацепции, объясняя преимущества того или иного метода, как правильно его использовать. Если женщина может выбрать метод контрацепции, то в идеальном варианте этот метод должен быть предоставлен ей до выписки из стационара. Однако, существуют методы, которые не могут быть использованы сразу после аборта. В таком случае, женщинам может быть предоставлен временный метод (презервативы, спермициды, инъекционные или оральные гормональные контрацептивы), который может быть предложен или доступен в этом лечебном учреждении.

Медицинские работники, оказывающие помощь при ведении осложнений после аборта. Существует достаточно высокая вероятность того, что в процессе лечения женщин с осложнениями после аборта, медицинские работники могут проконсультировать женщину о возможности использования методов контрацепции после аборта. Кроме того, ведение осложнений подразумевает неоднократное обращение женщин к услугам в области репродуктивного здоровья и, соответственно, возрастает возможность использования этого времени для проведения качественного консультирования.

Согласно данному руководству, в зависимости от характера услуг, помощь женщинам с нежелательной беременностью может быть оказана последовательно в различных ЛПУ (женские консультации, гинекологические отделения, центры/кабинеты планирования семьи) как врачом, так и средним медицинским персоналом. Оказание помощи представлено в виде последовательности следующих этапов.

1. Женская консультация

- 1.1. Оценка состояния беременной, определение срока беременности, принятие женщиной окончательного решения о сохранении/прерывании беременности; направление на необходимые исследования.
- 1.2. Создание плана ведения, предварительное консультирование.
- 1.3. Оценка результатов обследования. Направление на процедуру аборта в различные ЛПУ в зависимости от сроков беременности.
- 1.4. Проведение аборта. Послеабортное консультирование по планированию семьи. Предоставление методов контрацепции.

- 1.5. Реабилитация женщин, перенесших прерывание беременности в данном, либо других ЛПУ.
- 1.6. Послеабортное консультирование женщин по планированию семьи, перенесших прерывание беременности в других ЛПУ. Предоставление методов контрацепции.
- 1.7. Диспансерное наблюдение женщин, использующих методы планирования семьи.
- 1.8. Предоставление других медицинских услуг, связанных с проблемами репродуктивного здоровья.

2. Гинекологическое отделение

- 2.1. Проведение предварительного консультирования.
- 2.2. Оценка результатов обследования. Проведение процедуры аборта.
- 2.3. Послеабортное консультирование и/или информирование по планированию семьи. Предоставление методов контрацепции.
- 2.4. Лечение возможных осложнений, связанных с процедурой аборта. Проведение реабилитационных мероприятий.
- 2.5. Направление в женскую консультацию/центр или кабинет планирования семьи на контрольный визит и для дальнейшего наблюдения.

3. Центры/кабинеты планирования семьи

- 3.1. До и послеабортное консультирование. При наличии возможностей – проведение мероприятий в соответствии с задачами ЛПУ (см женские консультации).
- 3.2. Проведение методической работы по распространению теоретических знаний и практических навыков среди профессионалов и населения.
- 3.3. Подготовка медицинского персонала к оказанию качественных услуг женщинам с нежелательной беременностью.

5.3 Образовательные/Информационные материалы для обеспечения консультативной помощи и организации послеабортного ухода

Согласно данному руководству, всем женщинам после аборта, независимо от уровня оказания медицинской помощи (женские консультации, гинекологические отделения, центры планирования семьи) должна быть предоставлена санитарно-просветительная информация для обеспечения качественной организации медицинской помощи этой группе пациенток. Помимо качественной консультативной помощи, наличие специально разработанных плакатов, брошюр, памяток по вопросам планирования семьи в послеабортном периоде способствует повышению уровня знаний женщин после аборта с целью предупреждения нежелательной и несвоевременной беременности и профилактики послеабортных осложнений. [См. приложение № 5 с текстом брошюры «Начни сначала», разработанной для целевой группы женщин после аборта, и рекомендуемой для применения].

6.ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ АБОРТА

6.1. Организация медицинской помощи после аборта

Медицинская помощь после аборта включает оценку боли, кровотечения, возможность неполной эвакуации и других осложнений. В случае появления одного или нескольких признаков/симптомов, женщине должна быть оказана квалифицированная медицинская помощь. **Симптомы, требующие немедленного обращения к врачу:**

- кровотечение, при котором за два часа насквозь промокают две гигиенические прокладки;
- кровяные сгустки;
- повышенная температура;
- озноб;
- тошнота и/или рвота, продолжающаяся более четырех часов;
- непрекращающаяся резкая боль внизу живота;
- влагалищные выделения с неприятным запахом;
- отсутствие менструации более шести недель.

6.1.1. Консультирование женщин после аборта

6.1.2. Консультирование женщин после аборта перед тем, как покинуть ЛПУ, в котором проводилась процедура аборта

Консультирование после аборта должно быть доступно для обеспечения эмоциональной поддержки нуждающимся в ней женщинам, а также для предоставления информации о контрацепции. В послеабортном периоде женщина может испытывать боль, находиться под воздействием седативных препаратов и стремиться как можно скорее покинуть клинику и вернуться домой. В этот промежуток времени разговор с ней может оказаться невозможным. Кроме того, она может находиться в таком состоянии, когда ей трудно будет сделать информированный выбор. Женщины, которым оказываются услуги по лечению осложнений после аборта, должны получать такую же информацию, как и другие пациентки после аборта.

Тем не менее, большинство женщин в это время испытывают чувство облегчения, поэтому этот период может быть самым удобным для проведения консультирования. Для некоторых женщин послеабортный период может быть их единственной возможностью получить консультацию по планированию семьи.

Основная задача при консультировании в этот период – помочь каждой женщине в решении вопроса, хочет ли она использовать контрацепцию вообще, а также хочет ли она пользоваться каким-либо конкретным методом контрацепции. Контрацептивное консультирование должно содержать информацию о методах, имеющихся в распоряжении и приемлемых для клиентки, их преимуществах и недостатках. Медицинский работник должен помочь женщине выбрать метод контрацепции, который наиболее ей подходит, а также научить женщину и ее партнера использовать этот метод правильно (эффективно). Неправильное использование метода контрацепции может привести вновь к наступлению нежелательной беременности. Выбор метода контрацепции должен быть осознанным для каждой женщины, а его обсуждение должно дать возможность женщине задавать вопросы и выражать свое отношение или сомнение. При условии отсутствия медицинских противопоказаний использование любого метода контрацепции следует начинать сразу после аборта. Хотя большинство женщин не хотят

забеременеть сразу после аборта, некоторые из них затрудняются сразу принять решение о применении определенного метода контрацепции. Женщинам, которые не выбрали метод контрацепции сразу, можно предложить временно использовать презервативы и посоветовать обратиться за консультацией (возможно, вместе с партнером) в удобное для нее время, как только решение будет принято.

Три момента, на которые необходимо обратить внимание во время консультирования после аборта

Необходимо сказать пациентке, что.....:

- Ее фертильность может восстановиться через 11-14 дней после аборта;
- Имеются методы планирования семьи, которые она может использовать;
- Она может получить выбранный метод в данной клинике или в клинике, куда она может быть направлена.

В процессе консультирования всем женщинам должна быть предоставлена **информация о возможных осложнениях после аборта и их признаках**. На доступном и понятном языке женщине должно быть объяснено, что, в случае появления этих признаков (см. выше), они должны срочно обратиться в лечебное учреждение.

Вне зависимости от того, использует или не использует женщина метод контрацепции, какой высокоэффективный контрацептивный метод был рекомендован женщине, после аборта пациентка должна быть **обязательно приглашена на прием к специалисту** в течение 3-14 дней после аборта.

Кроме того, медицинским работникам, предоставляющим консультирование женщинам после аборта, необходимо владеть **информацией о лечебных учреждениях, в которых женщина может получить аналогичные или дополнительные услуги**.

При проведении консультирования необходимо учитывать психологические особенности женщин после аборта.

Психологические особенности женщин, перенесших аборт

Если женщина:	Вопросы, требующие рассмотрения	Рекомендации
Не хочет забеременеть в течение определенного времени	Следует учитывать, что перенесенный искусственный аборт явно свидетельствует о том, что женщина не хочет рожать в течение определенного периода времени, или она имеет уже желаемое количество детей.	Расскажите обо всех существующих методах контрацепции и помогите женщине принять информированное решение об использовании того или иного метода контрацепции
Находится в состоянии стресса, испытывает боль или не готова принять решение, особенно в отношении использования необратимых методов контрацепции	Стресс и боль мешают принятию информированного добровольного решения. Период лечения осложнений может быть неподходящим моментом для принятия женщиной решения об использовании необратимых методов контрацепции.	Рассмотрите все возможные методы. Не рекомендуйте необратимые методы контрацепции в это время. Сообщите о возможности применения в будущем постоянной контрацепции. Предложите другие услуги, связанные с конкретным состоянием женщины
Забеременела, когда применяла метод контрацепции	Контрацептивная неудача метода, его неприемлемость для женщины, неэффективное использование или отсутствие	Оцените, почему произошла ошибка при использовании метода; в чем причина неэффективности метода.

	доступа к контрацептивам могли привести к наступлению нежелательной беременности. Эти же факторы все еще могут сохраняться и привести к возникновению следующей нежелательной беременности.	Помогите женщине выбрать метод, который она в состоянии правильно использовать. Убедитесь, что женщина правильно поняла условия использования метода, последующего наблюдения и пополнения запасов, прекращения использования и условия для смены метода.
Прекратила использование метода	Побочные эффекты, невозможность приобретения или отсутствие доступности услуг могут привести к возникновению нежелательной беременности. Эти же факторы могут сохраняться и привести к возникновению следующей нежелательной беременности.	Определите, почему женщина прекратила применение метода. Помогите женщине выбрать метод, который она в состоянии правильно использовать. Убедитесь, что женщина правильно поняла условия применения метода, последующего наблюдения и пополнения запасов, прекращения использования и условия для смены метода.
Имеет партнера, который не хочет использовать презервативы или будет препятствовать использованию другого метода	В некоторых ситуациях вовлечение партнера в консультирование повышает эффективность использования метода и может приводить к более длительному его использованию. Однако если женщина не желает привлекать к консультированию своего партнера, ее желание должно быть принципиальным.	Если женщина не возражает, пригласите партнера на консультирование. Соблюдайте конфиденциальность. Обсудите с женщиной методы контрацепции, которые она может использовать, не ставя в известность партнера (например, инъекции, импланты или ВМК). Не рекомендуйте методы, которые женщина не сможет использовать эффективно.
Хочет скоро забеременеть	Если женщина имела повторные выкидыши и/или недонашивание беременности, она нуждается в оказании специализированной помощи.	Не старайтесь убедить ее применять какой-либо метод. Предоставьте ей необходимую информацию и/или направьте ее в соответствующее медицинское учреждение.
Женщина является жертвой сексуального насилия	Состояние стресса, в котором находится женщина, может потребовать дополнительное консультирование психолога, социального работника, проведение психолого-социальной реабилитации	Информируйте ее о методах срочной контрацепции (или других методах, если это возможно).

6.1.3. Консультирование во время повторного визита.

Идеальное время для повторного визита, как было сказано выше, определяется 3-14 днями после перенесенного аборта. Во время повторного (контрольного) визита женщины после аборта в медицинское учреждение, она уже может либо использовать какой-либо метод контрацепции, либо нет. Важно четко представлять себе, какие вопросы должны интересовать врача/медицинского работника, проводящего консультирование во время повторного визита.

Если женщина уже пользуется каким-либо методом контрацепции, то алгоритм вопросов может быть следующим:

- Спросите, есть ли у нее какие-либо вопросы или проблемы, связанные с абортом;
- Спросите ее, удовлетворена ли она используемым методом планирования семьи;
- Спросите, есть ли у нее какие-либо жалобы;
- Спросите, намерена ли она продолжать пользоваться методом;
- Спросите, есть ли у нее какие-либо вопросы;
- Спросите, не желает ли она переключиться на применение какого-либо иного метода;
- Предоставьте ответы на ее вопросы;
- Предложите возможные решения имеющихся проблем;
- Окажите необходимую психологическую поддержку для продолжения использования метода.
- Если женщина выражает намерение переключиться на иной метод контрацепции, предоставьте ей соответствующую информацию и консультацию.

Если женщина не пользуется каким-либо методом планирования семьи:

- Спросите, есть ли у нее какие-либо вопросы или проблемы, связанные с абортом;
- Напомните ей о реально существующем риске забеременеть в ближайшее время;
- Проконсультируйте ее по планированию семьи;
- Помогите ей сделать информированный выбор.

6.1.4. Контрацепция после аборта

Клинические вопросы по планированию семьи после аборта аналогичны клиническим вопросам по планированию семьи для женщин в другом временном интервале. Стандарты, используемые при оказании услуг в СПС, также должны быть интегрированы в послеабортное обслуживание женщин. Они включают в себя:

- Информированный выбор
- Оценка факторов риска
- Выбор методов
- Консультирование
- Продолжение наблюдения и рекомендации по использованию долгосрочных и постоянных методов контрацепции

6.1.5. Сроки начала использования. Некоторые методы контрацепции легче использовать сразу после аборта, а в некоторых случаях их необходимо предложить женщине сразу после процедуры. Рассмотрим последовательно все этапы и возможные решения.

Аборт в первом триместре беременности. Рекомендации по применению методов контрацепции после прерывания беременности в первом триместре такие же, как и для женщин, применяющих их в обычное время (не беременевших в последнее время). Инволюция матки при этом происходит быстро, и даже барьерные методы, такие как шеечный колпачок или диафрагма, могут активно использоваться женщинами после аборта, произведенного в первом триместре беременности.

Аборт во втором триместре беременности. Психологическая и клиническая ситуация у женщин, прерывающих беременность во втором триместре, в, основном, схожа с таковыми у женщин после индуцированного аборта, выполненного в первом триместре.

Однако существуют некоторые различия, связанные, например, с размерами матки, которые, как правило, возвращаются к своим нормальным размерам через 4-6 недель. Этот фактор является принципиальным для барьерных методов, связанных с фиксацией некоторых контрацептивных средств, хирургической стерилизацией и введением ВМС.

6.1.6. Методы контрацепции после неосложненного аборта

Не надо откладывать использование методов контрацепции; большинство методов могут быть предложены немедленно (представлены в порядке их эффективности).

- Пероральные гормональные препараты (комбинированные или чистопрогестиновые). Первая таблетка КОК должна быть выпита не позднее одного дня после операции, ее контрацептивная защита наступает сразу же, и тогда никаких дополнительных средств защиты не требуется. Начинать использование КОК после 5-го дня от момента аборта не целесообразно. В такой ситуации можно рекомендовать барьерные методы обязательно вместе со спермицидами и отложить начало приема первой таблетки до следующей менструации. Первый день менструации - лучшее время начала использования таблеток. Применение комбинированных таблеток хорошо еще и наличием при приеме не только эффективной защиты от беременности, но и появлением с течением 4-5 и более лет приема непротивопоказанных “защитных” свойств. Профилактика онкологических заболеваний женской половой сферы, лечебный эффект при анемии, защита от восходящих генитальных инфекций, мастопатии, дисфункции яичников и нарушений менструальной функции - это лишь немногие из них, а, учитывая, что сделавшие искусственный аборт как раз и представляют “группу риска” по вышеперечисленным заболеваниям и состояниям, делают противозачаточную таблетку препаратом первого выбора после аборта.

- Инъекционные препараты (комбинированные или прогестагенные - Депо-Провера). Инъекцию ДМРА или NET-EN можно сделать перед выпиской после аборта не позднее 7-го дня, последующие приходы женщины в женскую консультацию или Центр планирования семьи следует сделать регулярными: инъекция 150 мг 1 раз в 3 месяца (90 дней) для ДМРА или 1 инъекция 200 мг NET-EN каждые 2 месяца. Этот высокоэффективный метод хотя и не зависит от потребителя, тем не менее зависит от самочувствия потребителя, наличие небольшого числа побочных эффектов служит причиной отказа от его использования. Предварительная консультация врача и объяснение природы, а также небольшая продолжительность побочных эффектов, помогает части женщин перетерпеть и продолжить использование инъекционной контрацепции. Эта контрацепция в полной мере отвечает требованиям конфиденциальности, ее невозможно обнаружить третьим лицам (партнер, родственники).

- Импланты. Имплантируемая контрацепция - также метод, эффективность которого не зависит от потребителя, но зависит от опыта врача, его технических, консультативных навыков и умения правильно отбирать пациенток для применения данного метода. Имплант может быть введен в течение первой недели после аборта, контрацептивное действие его наступает незамедлительно. В последующем, т.к. имплант рассчитан на 5 лет использования, будут необходимы регулярные визиты пациентки в Центр планирования семьи, от врачей потребуются терпение, любовь к консультированию, а также умение извлекать имплант по окончании его использования.

- ВМС (медьсодержащие или левоноргестрелсодержащие). ВМС можно вводить сразу после аборта или в течение 7 дней при отсутствии симптомов инфекции. Если инфекция подозревается или очевидна, необходимо отложить введение ВМС до излечения инфекции и предложить использовать временный метод контрацепции. Введение ВМС после аборта имеет ряд преимуществ по сравнению с интервальным введением. Известно, что овуляция восстанавливается вскоре после аборта, причем у половины обследованных женщин это происходит в течение 2-3 недель после процедуры. Таким образом, введение ВМС непосредственно после аборта обеспечивает немедленную контрацептивную защиту. Более того, введение ВМС сразу после аборта является более

удобным для женщины, поскольку риск дискомфорта, связанного с введением ВМС, устраняется. Наконец, в это время высока мотивация женщины к использованию контрацепции. Доказано, что хотя риск экспульсии ВМС возрастает соответственно сроку гестации, при котором производится аборт, и может повышаться по сравнению с интервальным введением, предоставление женщине немедленного и высокоэффективного контрацептивного метода в ходе одной процедуры может быть мерой, способной перевесить указанные факторы риска. При применении Т-образных ВМС процент экспульсии ниже, чем при использовании ВМС иной конфигурации. Риск экспульсии ВМС возрастает по мере их применения после аборта на более позднем сроке гестации. Введение ВМС после аборта на более поздних сроках беременности повышает риск экспульсии, однако невозможно определить точный порог для проведения данной процедуры. Данные доказательной медицины свидетельствуют о том, что традиционные опасения клиницистов относительно высокой вероятности перфорации матки или развития воспалительных изменений органов малого таза являются не обоснованными. Обзор исследований, проведенный Стэнвуд Н.Л. и соавт. показал, что низкий процент воспалений органов малого таза наблюдался даже при лечении выкидышей в тех условиях, когда некоторые "самопроизвольные" аборты являлись на самом деле следствием криминального аборта.

- Начало использования барьерных методов (презервативы + спермициды) – при возобновлении сексуальной активности. Барьерные методы (диафрагма, колпачки) – должны быть отложены при аборте во II триместре беременности. ВОЗ не рекомендует использование спермицидов как самостоятельного метода контрацепции ввиду его низкой эффективности. Однако, если женщина предпочтет этот метод для применения, необходимо предложить использовать этот метод вместе с презервативом или другими методами контрацепции.

- Мужская или женская добровольная хирургическая стерилизация как методы контрацепции ограничений не имеют. Однако при консультировании женщин после аборта необходимо учитывать психологическое состояние женщины, в соответствии с которым женщины могут принимать поспешные решения, о которых впоследствии могут пожалеть. Хирургическая стерилизация разрешена всем в возрасте старше 35 лет, либо имеющим двух и более детей (всем, мы имеем в виду и мужчин и женщин). Недостаток метода заключается в его необратимости.

- Для использования естественных методов планирования семьи (календарный, периодическое воздержание) необходимо дождаться, пока восстановится регулярный менструальный цикл.

Критерии приемлемости ВОЗ каждого из предложенных методов представлены в приложении 2.

После аборта, произведенного во втором триместре, принципы подбора контрацепции такие же, как и после родов у некормящих грудью женщин. Однако не всегда физиологические и клинические характеристики этих периодов могут совпадать, так же как и стандарты использования методов контрацепции после родов и аборта. Медицинские работники, предлагающие методы контрацепции, должны иметь в виду:

- размеры матки и локализацию маточных труб при проведении хирургической стерилизации сразу после прерывания беременности;
- необходимость отложить использование фиксирующих методов контрацепции (диафрагмы и шеечного колпачка) на 4 недели;
- более высокую вероятность экспульсии ВМС, введенных непосредственно после аборта во втором триместре. Для снижения риска экспульсии необходимы соответствующие навыки для введения ВМС сразу после аборта; лучше отложить введение на 4 недели (см. выше);
- Если в анамнезе женщины есть коагулопатия или присутствуют признаки риска развития коагулопатии, любые хирургические процедуры будут противопоказаны. На практике риск развития коагулопатии является

достаточно редким и, хотя комбинированные оральные контрацептивы не являются лучшим выбором, в основном, они могут быть рекомендованы.

6.1.7. Наблюдение за использующей тот или иной контрацептивный метод женщиной осуществляется в последующем регулярно через три месяца, затем - через шесть, и, наконец, через год. Обследование пациентов при этом состоит из следующих диагностических процедур:

1. Консультирования (см 6.1.2.);
2. Измерения массы тела;
3. Общего физикального обследования;
4. Измерения АД, подсчета пульса;
5. Осмотра и пальпации молочных желез; по показаниям – маммологического исследования, УЗИ молочных желез, консультации маммолога;
6. Гинекологического исследования при помощи зеркал; бимануального гинекологического исследования;
7. Кольпоскопии;
8. Цитологии мазков (РАР-тест).

6.1.8. Реабилитация – комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на восстановление здоровья и функций всех систем организма, нарушенных при заболевании.

1. Все женщины, у которых была искусственно прервана беременность, могут быть выписаны из стационара только в том случае, если точно установлено, что у них не произошла задержка частей плодного яйца в матке, и не возникли воспалительные процессы, либо какие-нибудь другие осложнения.
2. Женщины, перенесшие ИА, должны находиться на диспансерном наблюдении в течение 2-3 месяцев после прерывания беременности (до установления стабильного менструального цикла), чтобы можно было своевременно выявить то или иное осложнение. В последующем частота визитов к гинекологу определяется клинической ситуацией конкретной женщины.

Проведение мероприятий, связанных с реабилитацией репродуктивной функции перенесшей аборт женщины, осуществляется по показаниям теми же специалистами в кабинетах или центрах планирования семьи, а также (по показаниям) в специализированных ЛПУ акушерско-гинекологического профиля.

6.2. Организация медицинской помощи женщинам после осложненного аборта

Медицинские работники, предоставляющие услуги женщинам после аборта, должны представлять себе **последовательность мероприятий для женщин, которые получают лечение по поводу осложнений после аборта:**

- Лечение острых, серьезных осложнений является приоритетным для медицинских работников, предоставляющих услуги для женщин с осложнениями после аборта.
- Женщинам следует предоставлять немедленную медицинскую помощь при появлении таких серьезных признаков осложнений как сильная боль в животе, продолжающееся кровотечение или высокая температура. Ранняя диагностика и лечение осложнений будут способствовать конфиденциальности в оказании помощи после аборта.
- Обсуждение методов контрацепции возможно только при стабилизации клинического состояния пациенток.
- Сексуальная активность не может быть рекомендована до тех пор, пока не будет остановлено кровотечение, ликвидированы признаки инфекции и другие серьезные осложнения.

- Необходимо следовать специфическим критериям при индивидуальном подборе контрацептивных методов.
- Для информированного выбора женщины, ей необходимо предоставить полный набор методов, которые предпочтительны для применения после аборта.
- Если выбор женщины остановится на естественных методах планирования семьи, то необходимо объяснить возможность использования данного метода только после восстановления менструального цикла.

6.2.1. Общие принципы оказания неотложной медицинской помощи женщинам с осложнениями после аборта

При оказании медицинской помощи в связи с осложнениями после аборта необходимо учитывать ряд моментов. Лечение должно быть направлено на стабилизацию состояния пациентки и ее направление в учреждение для получения высококвалифицированной медицинской помощи, применение кислорода, инфузионной терапии, переливание компонентов крови, курс лекарственных препаратов (антибиотиков, обезболивающих средств и столбнячного анатоксина).

Общие принципы оказания неотложной медицинской помощи женщинам с осложнениями после аборта приведены в соответствии с рекомендациями Европейского Бюро ВОЗ, которые были адаптированы в ЛПУ Пермской области, и принятыми стандартами в отделении гравитационной хирургии крови НЦ АГиП РАМН.

6.2.2. Стабилизация состояния и перевод в специализированное медицинское учреждение

Женщина, перенесшая аборт, при развитии осложнений может самостоятельно обратиться в лечебно-профилактическое учреждение любого уровня. В этом случае стабилизация состояния пациентки и своевременное направление в специализированное медицинское учреждение являются важными компонентами терапевтических мероприятий, направленных на спасение ее жизни. Независимо от того, из какого ЛПУ переводится женщина, в каждом случае работники направляющего учреждения должны предпринять все, что находится в их силах, для стабилизации состояния пациентки и ее перевода в учреждение, в котором ей может быть оказана эффективная помощь. Наличие у направляющего учреждения возможностей для своевременной транспортировки пациентки в соответствующее специализированное лечебное учреждение может оказаться решающим фактором для спасения ее жизни. Ключевые элементы стабилизации состояния пациентки и ее перевода в специализированное медицинское учреждение отражены в таблице.

Срочные реанимационные мероприятия и перевод в специализированное медицинское учреждение

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Контроль состояния дыхательных путей и процесса дыхания <input type="checkbox"/> Контроль кровотечения <input type="checkbox"/> Меры по восстановлению баланса жидкости <input type="checkbox"/> Обезболивание |
|--|

Обычно при необходимости срочного направления пациентки в специализированное медицинское учреждение, следует обеспечить квалифицированное медицинское сопровождение. Можно продолжать внутривенные вливания, а также подачу кислорода (при наличии соответствующего оборудования), если направляющее учреждение может предоставить такое сопровождение во время транспортировки пациентки. Если пациентку не может сопровождать квалифицированный медицинский работник, следует предусмотреть обучение иных лиц основам обращения с

оборудованием для внутривенных инъекций во время транспортировки. Независимо от наличия сопровождения, следует позаботиться о том, чтобы пациентка была тепло укрыта, и ее ноги находились в приподнятом положении на случай шока или кровотечения. Применять внешние источники тепла не рекомендуется, т.к. пациентка может получить ожог. Вместо этого, следует пользоваться одеялами, покрывалами и т.п.

Краткая история болезни должна направляться в специализированное медицинское учреждение одновременно с транспортировкой пациентки. История болезни должна включать:

- Сведения, касающиеся состояния пациентки на текущий момент и в предшествующий период времени, включая дату и место проведения аборта;
- Медицинское заключение направляющего учреждения;
- Лечение, проводившееся в направляющем медицинском учреждении (например, 20 мг промедола, в/в, в 16.00);
- Иную важную информацию, полученную в направляющем медицинском учреждении, например, о том, что пациентка страдает эпилепсией.

6.2.3. Инфузионно- трансфузионная терапия

Важнейшими показаниями для применения средств инфузионно-трансфузионной терапии является развитие гиповолемии, клеточной и белковой недостаточности крови, нарушения водно-электролитного баланса, кислотно-основного состояния, гемостаза, реологических свойств крови, транскапиллярного обмена, развитие синдрома эндогенной интоксикации. В данной ситуации следует проводить неотложную интенсивную инфузионно-трансфузионную терапию, направленную на восстановление отдельных функций организма и нормализацию гомеостаза в целом с использованием разнообразных средств. Выбор необходимого и оптимального трансфузионного средства определяется физико-химическими свойствами, механизмом действия, способностью корректировать те или иные нарушения гомеостаза.

При составлении программ инфузионной терапии необходимо обращать внимание на характерное снижение коллоидно-осмотического давления (КОД) плазмы крови у них по мере нарастания тяжести состояния. Для наиболее тяжелых больных с сепсисом характерно наличие гипосмоляльного состояния с увеличением дискимента осмоляльности и снижением коллоидно-осмотического давления (КОД). Увеличение дискимента осмоляльности у больных с гипосмоляльным синдромом является характерным для так называемого синдрома "больных клеток". При инфекционно-токсическом шоке также резко увеличивается дискимент осмоляльности более чем на 10 мосм/кг за счет накопления в крови продуктов клеточного метаболизма. Все это сочетается с падением КОД ниже 15 мм рт.ст. и гипокоагуляционным синдромом. Последовательность проводимых мероприятий рекомендуется осуществлять по известной формуле: вентиляция легких, инфузионная терапия, фармакотерапия (антибиотики, стероидная терапия) и специфическая терапия (удаление гнойного очага).

При гипонкотическом состоянии коррекция должна носить комплексный характер и включать своевременное возмещение дефицита тканевого и плазменного белка, снижение основного обмена, подавление метаболизма и нормализация мембранной проницаемости. В программе инфузионной терапии соотношение между коллоидными и кристаллоидными растворами должно составлять не менее 2:1, особенно после использования методов эфферентной детоксикации. Это диктуется необходимостью устранения абсолютной или относительной гиповолемии, расстройств сердечной и дыхательной деятельности, нарушений периферической гемодинамики и транскапиллярного обмена. При этом ИТТ должна проводиться под контролем АД, ЦВД, диуреза и направлена на предотвращение развития критической гипотензии. Следует учитывать качественный состав инфузионных сред и возможность развития побочных эффектов от их применения.

Требует осторожного отношения переливание больших количеств кристаллоидных растворов, так как две трети инфузироваемого объема переходит в интерстиций и вызывает гипергидратацию тканей внутренних органов. Для предупреждения

возникновения подобных ситуаций необходимо включение в ИТТ значительной части коллоидных растворов, в частности растворов оксиэтилированного крахмала.

При выраженных нарушениях ОЦК для нормализации венозного притока, а, следовательно, сердечного выброса и гемодинамики рекомендуется переливание свежемороженой плазмы (не менее 15мл/кг массы), белковых препаратов (альбумина, протеина), синтетических коллоидов.

Следует помнить, что при ГСЗ нередко отмечается гипергликемия, обусловленная не столько гиперкатахоламинемией, сколько депрессией процесса окисления глюкозы. Введение растворов углеводов из расчета 1 ед. инсулина на 2,5-3,0 г глюкозы позволит безопасно вводить растворы углеводов и способствует не только восстановлению энергетических ресурсов, но и потенцирует гемодинамический эффект растворов гидроксипроксиэтилкрахмала.

Необходимо включать в ИТТ растворы типа калий-магний-аспарагината, что диктуется наличием выраженных электролитных нарушений. Коррекцию кислотно-основного равновесия необходимо осуществлять при декомпенсированном метаболическом ацидозе, свидетельствующем об истощении буферных систем крови.

При метаболическом ацидозе, который, как правило, сочетается с гипокалиемией и гипохлоремией, наиболее целесообразно внутривенное введение хлористого калия в 10-20% растворе глюкозы (триада Лабора). При одновременном применении антиоксидантов (упитиол, токоферол), способствующих стабилизации клеточных мембран, гипокалиемию удастся устранить практически вдвое быстрее.

Коррекцию метаболических нарушений гемостаза осуществлять путем применения гепарина (10-60 тыс. ед. в зависимости от соответствующих показателей) в сочетании с дезагрегантами, регуляторами микроциркуляции (аспирин, курантил, компламин, трентал, реополиглюкин).

Иммунокоррекцию следует проводить препаратами пассивной иммунотерапии (гетерогенным антистафилококковым глобулином 10 МБ/кг массы, стафилококковой гипериммунной плазмой или гипериммунным гаммаглобулином). Активная иммунотерапия включает введение стафилококкового анатоксина 0,1-0,5-1,0-1,5-2,0-2,5 подкожно с 3-4 дневным промежутком или других препаратов (гомологичной антистафилококковой плазмой по 100-300 мл внутривенно, гетерогенным антистафилококковым глобулином внутримышечно по 5 мл 5-7 дней, лейкинфероном в общей дозе 40000-60000 ед.).

Принимая во внимание существенную роль протеолитических ферментов и их способность вызывать повреждение тканей, следует назначать ингибиторы протеолиза (контрикал, трасилол) не менее 10 тыс.ед. в час.

Накопление при септическом шоке в крови и тканях биологически активных веществ, токсических метаболитов требует на современном уровне применения экстракорпоральных методов детоксикации: гемодиализ, гемосорбция, плазмаферез, гемофильтрация, которые позволяют удалять из организма различные токсические вещества. Необходимо помнить, что ликвидация эндогенной интоксикации при септических осложнениях является неотъемлемой частью терапии при данной патологии, так как "очистка" крови, лимфы и других тканей эффективна не только в отношении восстановления функции печени и почек. Одновременно, устраняя полиорганные нарушения, эти виды лечения предупреждают развитие необратимости, действительно улучшая результаты лечения ГСЗ. Естественно, что проведение подобных процедур возможно только в тех ЛПУ, где существует соответствующая служба.

Для проведения эффективной инфузионно-трансфузионной терапии желательно использовать катетер для стабильного внутривенного доступа, чтобы обеспечить быстрое поступление жидкости в организм, и, в случае необходимости, провести в дальнейшем переливание компонентов крови. Во время установления катетера для внутривенной инфузионно-трансфузионной терапии следует взять кровь для лабораторных анализов, поскольку на более поздних этапах это может оказаться проблематичным из-за развивающегося коллапса вен, их спадения при шоке и при иных тяжелых осложнениях.

Кроме того, это позволяет не причинять неудобств пациентке и способствует более эффективному использованию стерильных материалов.

Быстрое введение жидкостей может спасти жизнь пациентке, поскольку вследствие шока уменьшается объем крови и иных жидкостей организма. Жидкости можно вводить со скоростью от 500см³ до 1л в течение 15-20 мин., осуществляя постоянный мониторинг за состоянием пациентки. При такой скорости введения для стабилизации состояния при шоке обычно бывает достаточно от 1 до 3 л жидкости. Как только достигается нормализация объема жидкостей, следует поддерживать вливание на уровне 1 л в течение 6-8 часов (см. таблицу).

Для введения жидкостей с требуемой скоростью необходимо учитывать следующие параметры:

- объем вводимой жидкости;
- продолжительность вливания жидкости;
- тип капельницы для внутривенного вливания и размер капли. Каждому типу капельницы соответствует специфический размер капли. Например, некоторые капельницы производят 20 капель (глюкозотолерантный тест) на см³, в то время как другие могут давать только 10 капель на см³.

В таблице показано, сколько капель в минуту необходимо для введения заданного объема жидкости в течение определенного периода времени. Для использования данных таблицы необходимо знать число капель на см³, т. е. тип капельницы.

Расчет уровня внутривенных вливаний

Объем жидкости	Время введения	Количество капель на см ³	Количество капель в минуту
1 л	20 минут	10	Слишком высокая скорость для подсчета
1л	20 минут	20	Слишком высокая скорость для подсчета
1л	4 часа	10	40
1л	4 часа	20	80
1л	6 часов	10	28
1л	6 часов	20	56
1л	8 часов	10	20
1л	8 часов	20	40

В общем виде формула, по которой определяется уровень внутривенных вливаний, сводится к следующему уравнению:

$$\frac{\text{Объем вводимой жидкости (см}^3\text{)}}{\text{Продолжительность введения (мин.)}} \times \text{Количество капель на см}^3 = \text{Кол-во капель/мин}$$

Для определения продолжительности введения в минутах, умножьте количество часов на 60.

Когда состояние пациентки улучшится настолько, что ей можно позволить прием жидкости перорально, капельницу можно отсоединить, за исключением тех случаев, когда это необходимо для продолжения введения лекарственных препаратов. Если капельница используется ТОЛЬКО для внутривенного приема лекарственных препаратов, объем вводимой жидкости должен составлять 1 литр на 10 - 12 часов.

В процессе проведения интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии необходимо проводить динамическое наблюдение за состоянием дыхательной системы, АД, частотой сердечных сокращений. Кроме того, очень важно контролировать объем вливаемых жидкостей. По мере выздоровления пациентки необходимо постепенно снижать объем вводимой жидкости, чтобы не перегружать ее организм. Одышка или развитие отеков могут свидетельствовать о перенасыщении организма жидкостью. В этом

случае следует прекратить вливания. Если перегрузка организма жидкостью послужила причиной отека легких, может возникнуть необходимость в назначении диуретиков.

6.2.4. Гемотранфузионная терапия

Переливание крови может быть мерой, способной спасти жизнь в случаях массивной кровопотери и шока. Тем не менее, в некоторых случаях переливание крови может быть сопряжено с риском и не только не принесет пользу, а напротив, причинит пациентке вред. По этим причинам, решение о переливании крови должно быть тщательно взвешенным. Крайне важным является наличие аппаратуры и условий для замещения кровопотери.

Факторы риска, сопряженного с переливанием крови, включают потенциальную возможность передачи инфекционных агентов (например, вируса иммунодефицита человека и вирусов гепатита), проблемы, связанные с иммунной системой (например, внутривенный гемолиз), а также перегрузку кровеносной системы. Стремление предупредить гиповолемию при септических осложнениях трансфузиями крови ошибочно. Известно, что при этих ситуациях ОЦК снижается в основном за счет плазменного компонента. Поэтому, несмотря на первичный эффект, гемотрансфузии не только не восстанавливают ОЦК, а наоборот, способствуют нарушению микроциркуляции, развитию почечно-печеночной недостаточности. Лишь при выраженной анемии (НВ менее 60 г/л) оправдано переливание отмытых эритроцитов по индивидуальному подбору.

Более того, гемотрансфузионная терапия - дорогостоящая процедура, для проведения которой используются ограниченные человеческие ресурсы. Решение о переливании крови или продуктов крови должно основываться на тщательной оценке, выводы которой должны подтверждать необходимость переливания как меры, направленной на спасение жизни пациента и предотвращение тяжелых заболеваний или их последствий. Ответственность за решение о переливании крови должна в конечном итоге возлагаться на лечащего врача, хотя, при наличии соответствующих возможностей, такое решение часто принимается после консультаций со специалистом по переливанию крови. За исключением крайних случаев, когда жизнь пациентки находится в опасности, нельзя переливать кровь, полученную от непроверенных доноров, или не прошедшую тщательный скрининг на наличие инфекционных агентов.

Переливание крови часто показано для замещения объема кровопотери при лечении кровотечения и шока. Необходимость переливания крови для этих целей зависит не только от объема кровопотери, но и от ее скорости, а также физического состояния пациентки. Пациентка, чье состояние является удовлетворительным, может перенести более значительную кровопотерю, чем пациентка с анемией. Например, потеря одного литра достаточно легко переносится здоровой женщиной, в то время как для анемичной женщины она может оказаться смертельной. Переливание крови не должно являться первоочередной мерой при ведении пациенток с острым кровотечением, поскольку замещение объема крови является в начале лечения более актуальной задачей, чем замещение красных кровяных телец. Точный диагноз, адекватная подача кислорода и замещение объема при помощи плазмозаменителей (кристаллоидов и коллоидов), а также своевременное хирургическое лечение могут помочь избежать необходимости в переливании крови. Однако кровопотеря вызывает истощение содержания железа, которое наиболее эффективно восстанавливается при помощи введения полной дозы железа в течение первых трех дней после имевшего место истощения и, безусловно, до выписки пациентки из медицинского учреждения.

Потребность и срочность восполнения кровопотери определяются в соответствии с объемом кровопотери и клиническим состоянием пациента, которые устанавливаются по данным артериального давления, пульса, центрального венозного давления и диуреза. Как правило, ранее не болевший взрослый пациент может переносить потерю 20% объема крови без ее переливания. При кровопотере от 20% до 30% возникает необходимость замещения объема с помощью плазмозаменителей, особенно в случаях

обильного кровотечения (при кровопотере более 50% менее чем за 3 часа). Для восполнения первоначального объема (50 мл/кг или трехкратный объем предполагаемой кровопотери) должны применяться изотонические кристаллоидные растворы, например физиологический раствор (0,156 моль/л или 9 г/л). Не рекомендуется применение растворов декстрозы.

При лечении продолжительного кровотечения могут применяться синтетические коллоиды, особенно при появлении признаков гипотензивного шока. В течение первых 24 часов можно использовать желатин в дозах до 50 мл/кг, гидроксиэтиловый крахмал или декстран 70 в дозах до 20 мл/кг. Можно также применять альбумин или фракции протеинов плазмы человека, однако эти препараты являются более дорогостоящими.

В связи с риском передачи инфекции, переливание плазмы не должно рассматриваться в качестве первой меры по восполнению кровопотери. Эритроциты показаны не для восполнения объема кровопотери, а (в виде концентрата или цельной крови) исключительно для улучшения оксигенации крови. Компоненты крови могут потребоваться для восстановления гемостаза у пациентов после обильной кровопотери.

6.2.5. Прием медикаментозных препаратов

Безопасность пациентки, ее потребность в препаратах и метод приема являются важными факторами для определения, когда и какие лекарственные препараты необходимо использовать, а также какой метод приема препаратов является предпочтительным.

Перед началом приема препарата необходимо выяснить, была ли у пациентки аллергическая реакция на этот препарат в прошлом. Следует подбирать препараты с наименьшей вероятностью аллергической реакции, аналогичной той, которая уже наблюдалась у данной пациентки. Необходимо помнить о том, что пациентке, находящейся в состоянии шока, НЕЛЬЗЯ давать препараты перорально, поскольку у нее может начаться рвота и она может захлебнуться рвотными массами.

Способ приема препарата важен с точки зрения безопасности пациентки и выбора оптимального метода лечения. Выбор способа приема — внутривенно, внутримышечно или перорально — должен осуществляться ДО назначения конкретных лекарственных препаратов, поскольку не все из них могут вводиться всеми указанными тремя методами.

Внутривенное введение: Этот способ введения препарата является наиболее оптимальным в шоковом состоянии, при наличии любого опасного для жизни осложнения, которое может потребовать хирургического вмешательства, а также при развитии тяжелой инфекции, явившейся результатом неполного аборта, включая сепсис и септический шок.

Внутримышечное введение: Такой способ введения препарата является приемлемым при отсутствии условий для внутривенного введения, и требуемый препарат может быть введен только внутримышечно. Необходимо учитывать, что при внутримышечном приеме некоторые лекарственные препараты становятся неэффективными.

Пероральное введение: При наличии шокового состояния, внутрибрюшной травмы, перфорации матки, внематочной беременности или иного тяжелого осложнения, требующего неотложного хирургического вмешательства, введение медикаментозных препаратов перорально ПРОТИВОПОКАЗАНО. Пероральный прием допускается ТОЛЬКО в следующих случаях:

- Пациентке с внутрибрюшной травмой, перфорацией матки, внематочной беременностью или другими тяжелыми осложнениями, требующими неотложного хирургического вмешательства, рекомендуется дать перорально антибиотик или болеутоляющее при условии, что пациентка НЕ НАХОДИТСЯ в состоянии шока, направлена в специализированное медицинское учреждение и ее транспортировка может занять несколько часов, а также при отсутствии препаратов для внутривенного или внутримышечного введения перед транспортировкой. Дайте пациентке немного воды запить лекарства.

– Если состояние пациентки стабильно и ей разрешен пероральный прием жидкостей.

6.2.6. Антибиотики

Если у пациентки не наблюдается осложнений, отсутствуют явные признаки инфекции, и ее состояние является стабильным, в применении антибиотиков нет необходимости.

В случаях сепсиса, септического шока, внутрибрюшной травмы и перфорации применение антибиотиков может быть мерой, способной спасти жизнь пациентки. Необходимо, чтобы антибиотикотерапия была начата как можно раньше, при первом подозрении на наличие инфекции или при ее диагностике, не дожидаясь результатов бактериологического анализа. Антибиотикотерапия должна проводиться до хирургического вмешательства.

На первом этапе следует применять антибиотики широкого спектра действия с бактерицидным типом действия или комбинации из 2-х и 3-х препаратов. Например, можно применять цефалоспорины III поколения – фортум, лонгоцеф, обладающие супершироким спектром антимикробного действия, тиенам, или комбинации полусинтетических пенициллинов – ампициллина, уназина, аугментина или цефалоспоринов I и II поколения (кефзол, цефамандол и др.) с гентамицином и другими аминогликозидами и метронидазолом для парентерального применения, или клиндамицином. Рекомендации по применению антибиотиков и их дозировке приводятся ниже в таблицах. Перечисляется несколько комбинаций антибиотиков, в порядке их эффективности. Если у пациентки имеется аллергическая реакция на конкретный антибиотик, или его нет в наличии, можно выбрать иную рекомендуемую комбинацию.

Внутривенный прием антибиотиков является наиболее эффективным, поскольку он позволяет ускорить поступление препарата к пораженным тканям. Если нет внутривенных препаратов, возможно внутримышечное введение. Пероральный прием антибиотиков допускается в тех случаях, когда нет препаратов внутривенного и внутримышечного введения, пациентка не находится в состоянии шока, при инфекционном процессе легкой степени, а также для профилактики инфекции.

Применение антибиотиков

Антибиотик	Дозировка	Примечание
Ампициллин	1 г в/в каждые 4 часа или 500 мг перорально каждые 6 часов	Антибиотик широкого спектра, недорогой
Бензил-пенициллин	10 млн ЕД в/в каждые 4 часа	Некоторые серьезные побочные эффекты; действие ограничено: эффективно воздействует только на грамположительные микроорганизмы и гонококк (если нет невосприимчивости к препарату)
Гентамицин	1,5 мг/кг/доза в/в или в/м каждые 8 часов	Эффективно воздействует на грамотрицательные микроорганизмы такие, как E-coli
Доксициклин или тетрациклин	100 мг в/в каждые 12 часов	Одинаково воздействует как на грамотрицательные, так и на грамположительные микроорганизмы; особенно эффективен против хламидий, может использоваться вместо ампициллина или вместе с ним; хорошо использовать в комбинации с метронидазолом
Метронидазол	1 г в/в каждые 12 часов или 400 мг перорально	Эффективно воздействует на грамотрицательные и анаэробные

	каждые 6 часов	микроорганизмы; может использоваться в комбинации с ампициллином, доксициклином; недорогой; доступен; при приеме перорально уровень в сыворотке такой же, как при внутривенном приеме
--	----------------	---

Комментарии:

1. Пенициллин (или ампициллин), гентамицин и метронидазол в случаях сепсиса наиболее часто применяются совместно из-за более широкого спектра действия.
 2. Если препарат вводится внутривенно, лечение должно продолжаться до тех пор, пока температура тела не стабилизируется и будет держаться в течение 24 часов (лучше 48 часов). Если улучшение состояния не наступает, необходимо поменять препарат.
- При наблюдаемом процессе выздоровления, можно перейти от в/в к пероральному приему. Обычно назначаются тетрациклин (500 мг 4 раза в день) или доксициклин (100 мг 2 раза в день) в течение 10-14 дней. Аллергические реакции на тетрациклин наблюдаются крайне редко. У некоторых пациентов, принимающих тетрациклин, может появиться сыпь после пребывания на солнце.

Комбинации приема антибиотиков в стационаре

Пенициллин или Ампициллин	Вместе с	Гентамицином	Вместе с	Метронидазол ом
Доксациклин	вместе с	Метронидазолом		
Пенициллин	вместе с	Хлорамфеникол		

Лечение антибиотиками амбулаторных больных

Ампициллин, или	3,5 г перорально + 1 г Пробенецид	Широкий спектр действия, включая гонорею
Прокаин Пенициллин	4,8 млн. Ед. в/м +1 г Пробенецид перорально	Эффективно против гонореи и грамположительных микроорганизмов

В сочетании с одним из ниже перечисленных препаратов

Доксациклин, или Тетрациклин	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 100 мг перорально 2 раза в день в течение 10-14 дней 500 мг перорально 4 раза в день в течение 10-14 дней 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Высоко эффективен против хламидии ▪ Высоко эффективен против хламидии
---------------------------------	--	--

Для лечения тяжелых септических осложнений НЦ АГиП разработаны и апробированы следующие схемы применения антибактериальных препаратов.

Пенициллины

Препараты	Доза (г)		Способ введения
	Разовая	Суточная	
Бензилпенициллин	2-5 млн.ЕД	10-20 млн. ЕД	в/в, в/м
Ампициллин	0,5-0,75	2,0-3,0	в/в, в/м, внутрь
Карбенициллин	1,0-3,0	3,0-9,0	в/в, в/м
Уназин	1,5-3,0	4,5-9,0	в/в, в/м
Аугментин	0,25-0,5	0,75-1,5	в/в, в/м

Цефалоспорины

Препараты	Доза (г)		Способ введения
	Разовая	Суточная	
Цефазолин (кефзол)	1,0-2,0	4,0-6,0	в/в, в/м
Цефуросим (кетоцеф)	1,0-2,0	4,0-6,0	в/в, в/м
Цефокситин	1,0-2,0	4,0-6,0	в/в, в/м
Цефотаксим (клафоран)	1,0-2,0	4,0-6,0	в/в, в/м
Цефтазидим (фортум)	1,0-2,0	2,0-4,0	в/в, в/м
Цефтриаксон (лонгацеф)	1,0-2,0	2,0-4,0	в/в, в/м
Роцефин	1,0-2,0	2,0-4,0	в/в, в/м
Цефоперазон (цефобид)	1,0-2,0	2,0-4,0	в/в, в/м

Аминогликозиды

Препараты	Доза (г)		Способ введения
	Разовая	Суточная	
Гентамицин	0,04-0,08	0,12-0,16	в/в, в/м
Амикацин	0,5	2,0	в/в, в/м
Нетромицин	0,1-0,2	0,3-0,4	в/в, в/м

Макролиды

Препараты	Доза (г)		Способ введения
	Разовая	Суточная	
Эритромицин	0,5	3,0-6,0	в/в, в/м
Азитромицин (суммамед)	0,25-0,5	0,25-0,5	внутри
Рокситромицин (рулид)	0,15	0,3	внутри
Ровамицин (спирамицин)	2-3 млн.	6-9 млн.	внутри

Тетрациклины

Препараты	Доза (г)		Способ введения
	Разовая	Суточная	
Доксациклин (вибрамицин)	0,1	0,2	внутри
Метациклин (рондомицин)	0,1	0,2	внутри

Группа Линкомицина

Препараты	Доза (г)		Способ введения
	Разовая	Суточная	
Линкомицин	0,6	1,8	в/в, в/м, внутри
Клиндамицин (далацин С)	0,6	1,8	в/в, в/м, внутри

Карбапенемы

Препараты	Доза (г)		Способ введения
	Разовая	Суточная	
Имипенем-циластатин (тиенам)	0,5-1,0	2,0-4,0	в/в
Меронем	0,5-1,0	2,0-4,0	в/в, в/м

Препараты Метронидазола

Препараты	Доза (г)		Способ введения
	Разовая	Суточная	
Метронидазол	0,5	1,0-1,5	в/в, внутрь
Метрогил	0,5	1,0-1,5	в/в
Клион	0,5	1,0-1,5	в/в

Фторхинолоны

Препараты	Доза (г)		Способ введения
	Разовая	Суточная	
Офлоксацин (таривид)	0,2-0,4	0,4-0,8	в/в, внутрь
Ципрофлоксацин (ципробай, квинтор)	0,25-0,5	0,8	в/в, в/м, внутрь
Ломефлоксацин (максаквим)	0,4-0,6	0,4-0,6	внутри

При легкой или средно-тяжелой клинической степени послеабортного эндометрита антибактериальное лечение в ряде случаев может быть ограничено монотерапией. Целесообразно назначать внутривенно препараты, обладающие широким спектром действия: цефалоспорины или полусинтетические пенициллины широкого спектра действия. Из цефалоспоринов целесообразно использовать цефотаксим по 2,0 г через каждые 6 часов внутривенно, цефтазидим по 1,0 г через каждые 8 часов. При подозрении на энтерококковую инфекцию лучше использовать пенициллины, в частности, ампициллин/сульбактам (уназин) по 3,0 г через 6 часов внутримышечно, обладающий выраженной активностью в отношении энтерококков и облигатных анаэробов.

Следует шире внедрять в практику «новые» антибиотики, обладающие более высокой эффективностью и меньшим побочным действием (цефалоспорины II-III поколений, ампициллин/сульбактам-уназин, карбапенемы и др.). Карбапенем (имипенем-циластатин) тиенам является самым эффективным препаратом для монотерапии послеабортного эндометрита, как обладающий наиболее широким спектром действия. Поэтому более обосновано рассматривать его в качестве резерва при наиболее тяжелых клинических формах септического шока после аборта.

При тяжелых формах инфекционного процесса/септического шока необходимо чаще всего проводить комбинированную антибиотикотерапию с учетом воздействия на аэробную и анаэробную микрофлору.

Наиболее рациональными комбинациями являются:

1. Клиндамицин по 600 мг каждые 8 часов в/в + гентамицин по 0,5 мг/кг каждые 8 часов в/м (так называемый «золотой стандарт»).
2. Метронидазол по 500 мг каждые 12 часов в/в + гентамицин по 0,5 мг/кг каждые 8 часов в/м.
3. Метронидазол по 500 мг каждые 12 часов в/в + гентамицин по 0,5 мг/кг каждые 8 часов в/м + цефалоспорины II-III поколений по 1-2 г через 8-12 часов в/в.
4. Линкомицин по 600 мг каждые 8 часов в/м + гентамицин по 0,5 мг/кг каждые 8 часов в/м + цефалоспорины II-III поколений по 1-2 г через 8-12 часов в/в.
5. Метронидазол по 500 мг каждые 12 часов в/в + ампициллин по 2 г через 6 часов в/м + гентамицин по 0,5 мг/кг каждые 8 часов в/м.

Выбор той или иной комбинации препаратов определяется тяжестью течения заболевания и спектром возбудителей.

Указанные выше комбинации антибиотиков целесообразно применять и при других клинических формах заболевания с соответствующей коррекцией способа введения и суточной дозы.

6.2.7. Обезболивание

Многие пациентки с осложнениями после аборта испытывают сильную боль и нуждаются в своевременном назначении эффективных препаратов для снятия болевых ощущений. При выборе оптимального обезболивающего средства медицинский работник должен принимать во внимание состояние пациентки, время и метод приема препарата, а также соблюдать меры предосторожности по каждому типу обезболивания.

Необходимо оценить состояние пациентки до назначения анальгетиков. Если эти препараты принимались пациенткой до обследования, они могут замаскировать такие симптомы как боль и жар, имеющие существенное значение для установления точного диагноза. Пациенткам, находящимся в состоянии шока или нуждающимся в хирургической операции, препараты назначаются только внутривенно или внутримышечно.

Следует избегать чрезмерного количества седативных препаратов, поскольку их применение может затруднить способность пациентки отвечать на вопросы и замаскировать симптомы, имеющие существенное значение для установления диагноза. Любой наркотический препарат может вызвать угнетение дыхательной функции, что может, в свою очередь, привести к летальному исходу. В связи с этим, необходимо наблюдать особенно пристально пациенток, которым назначены наркотические препараты для своевременного обнаружения любых признаков замедленного или прерывистого дыхания. Это особенно касается пациенток с прогрессирующим заболеванием и находящихся в ранних стадиях шока. Кроме этого, в случае направления пациентки в специализированное медицинское учреждение, необходимо учитывать продолжительность и условия транспортировки. Если транспортировка пациентки осуществляется без надлежащего медицинского сопровождения и при отсутствии условий для восстановления угнетенного дыхания, следует избегать применения наркотических препаратов. Дозировка подбирается в целях достижения такого болеутоляющего эффекта во время транспортировки, который бы не препятствовал способности пациентки отвечать на вопросы и установлению точного диагноза после ее прибытия в специализированное медицинское учреждение.

Для устранения болевых ощущений часто используются нестероидные противовоспалительные препараты и аспирин. До установления диагноза, особенно при наличии кровотечения, не рекомендуется применять аспирин, а также нестероидные противовоспалительные препараты, поскольку они могут воздействовать на свертывание крови, снижая агрегацию тромбоцитов. Кроме того, нельзя забывать о мерах предосторожности, касающихся перорального приема, измерять и фиксировать температуру тела пациентки до приема препаратов. В случаях, не влекущих за собой каких-либо осложнений и требующих только опорожнения матки, такие препараты могут использоваться для устранения болевых ощущений при сокращениях матки, не усугубляя остроты кровотечения.

Обезболивающие препараты часто назначаются в сочетании с такими транквилизаторами как диазепам. Хотя такое сочетание может обеспечить и седативный, и анальгетический эффект, эти препараты также могут повысить риск угнетения дыхательной функции. В связи с этим, комбинированный прием препаратов следует осуществлять с осторожностью, особенно перед направлением пациентки в специализированное медицинское учреждение. В перечень рекомендованных анальгетиков входят как наркотические, так и ненаркотические анальгетики.

Медицинский персонал должен быть обучен правилам внутривенного и реанимационного применения анальгетиков и транквилизаторов.

6.2.8. Диуретики

Такие диуретики, как фуросемид, назначаются ТОЛЬКО при наличии сердечной недостаточности или отека легких, и ТОЛЬКО если их введение может быть осуществлено высококвалифицированным медицинским работником при тщательном

мониторинге состояния пациентки. Необходимо установить катетер, подсчитывать и фиксировать почасовой диурез, а также принимать меры для сбалансированного введения диуретиков и внутривенных жидкостей. Диагноз, а также дальнейшее развитие состояния пациентки могут быть определены при помощи рентгенографии грудной клетки.

6.2.9. Консультирование женщин, перенесших процедуру аборта с осложнениями

Принципы консультирования женщин, перенесших процедуру аборта с осложнениями, соответствуют общим принципам консультирования этой целевой группы (см 6.1). Особое внимание при консультировании следует уделить признакам отдаленных последствий и осложнений, при которых надо вновь обратиться к врачу, необходимости проведения реабилитации репродуктивной функции, а также важности профилактики повторной нежелательной беременности при помощи эффективных методов контрацепции.

6.2.10. Контрацептивный выбор при различных клинических ситуациях

Не существует медицинских причин для **ограничения использования контрацептивных методов у женщин, находящихся на лечении осложнений после аборта**. Все методы могут быть рассмотрены с определенным акцентом на клиническую ситуацию конкретной женщины, необходимым обследованием перед назначением метода, определением противопоказаний для каждого метода и качественным консультированием. Особенности медицинского состояния конкретной женщины, ее предпочтения, репродуктивные планы, возможности использовать метод, доступность для последующего наблюдения и продолжительное использование определяют приемлемость каждого метода для любой женщины.

Методы контрацепции при различных клинических ситуациях

(представлены в порядке их эффективности)

Клиническая ситуация	Методы контрацепции
<p>Инфекция (подтвержденный или предполагаемый диагноз)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Признаки небезопасного или неполного искусственного аборта • Признаки или симптомы сепсиса или инфекции • Недостаточные основания для исключения диагноза инфекции 	<p>Отложите стерилизацию женщины или введение ВМС до исключения диагноза инфекции или полного излечения инфекции (не ранее чем через 3 месяца).</p> <p>Использование диафрагмы или шейечного колпачка следует отложить до исключения или полного излечения инфекции.</p> <p>Во всех случаях подозреваемой или подтвержденной инфекции необходимо предложить пациентке отсрочить начало половой жизни до разрешения проблемы.</p> <p>Если полное воздержание невозможно, можно предложить женщинам на рассмотрение следующие методы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Импланты • Инъекционные методы (Депо-Провера) • Оральные контрацептивы • Презервативы • Спермициды <p>Предложите использовать временный метод контрацепции, назначьте повторный визит, или дайте направление к специалисту.</p>

<p>Травма</p> <ul style="list-style-type: none"> • Перфорация матки • Тяжелая травма стенок влагалища или шейки матки • Химические ожоги 	<p>Отложите стерилизацию женщины до полного излечения травмы. Если для ликвидации травмы необходима лапаротомия и при отсутствии какого-либо дополнительного риска, стерилизацию можно осуществить одновременно с операцией.</p> <p>Отложите введение ВМС до полного излечения перфорации матки или иной серьезной травмы.</p> <p>Травмы влагалища и шейки матки могут затруднить использование барьерных методов и спермицидов.</p> <p>Использование диафрагмы или шейечного колпачка следует отложить до полного излечения травмы стенок влагалища или шейки матки.</p> <p>Можно предложить женщинам на рассмотрение следующие методы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Импланты • Инъекционные методы (Депо-Провера) • Оральные контрацептивы • Презервативы • Спермициды <p>Порекомендуйте использовать временный метод контрацепции, назначьте повторный визит или выдайте направление к специалисту.</p>
<p>Кровотечение и острая анемия</p> <ul style="list-style-type: none"> • У некоторых женщин, особенно при прерывании беременности во внебольничных условиях, может наблюдаться профузное кровотечение, которое может приводить к развитию анемии (Hb < 70 г/л и Htc < 20%). • Кровотечение должно быть полностью устранено до предоставления каких-либо рекомендаций по планированию семьи 	<p>В этой ситуации, естественно, приоритетными мероприятиями будут меры по устранению кровотечения и стабилизации общего состояния женщины.</p> <p>При стабилизации состояния и при наличии выраженной анемии необходимо избегать использования методов контрацепции, которые могут приводить к дополнительной кровопотери. Этими методами являются стерилизация и медьсодержащие ВМС.</p> <p>Введение имплантов и инъекции Депо-Провера следует отложить до восстановления нормальных цифр гемоглобина.</p> <p>Мини-пили можно применять с осторожностью.</p> <p>Предпочтительным методом контрацепции являются КОК (особенно показаны при низком уровне гемоглобина).</p> <p>Левоноргестрел-содержащие ВМС могут снижать кровопотерю и, тем самым, способствовать выздоровлению.</p> <p>Методы, которые могут быть также рассмотрены при этой клинической ситуации:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Презервативы • Спермициды <p>Порекомендуйте временный метод контрацепции, назначьте повторный визит или выдайте направление к специалисту.</p>

6.2.11. Наблюдение за использующей тот или иной контрацептивный метод женщиной осуществляется в последующем регулярно через три месяца, затем - через шесть, и, наконец, через год (см 6.3.).

6.2.12. Реабилитация больных после искусственного прерывания беременности с осложнениями

Реабилитация – комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на восстановление здоровья и функций всех систем организма, нарушенных при заболевании.

Все женщины, у которых была искусственно прервана беременность, могут быть выписаны из стационара только в том случае, если точно установлено, что у них не произошла задержка частей плодного яйца в матке, и не возникли воспалительные процессы, либо какие-нибудь другие осложнения.

Женщины, перенесшие аборт, должны находиться на диспансерном наблюдении в течение 6-12 месяцев после прерывания беременности в зависимости от перенесенного осложнения.

При развитии воспалительных процессов после аборта необходимо как можно раньше провести адекватную терапию. При выявлении воспалительных осложнений женщин, перенесших гнойно-септические заболевания, необходимо целенаправленно обследовать и поставить на диспансерный учет для проведения лечебно-оздоровительных мероприятий с участием соответствующих специалистов. Также показана терапия, направленная на повышение иммунитета, общеукрепляющее и десенсибилизирующее лечение.

При нарушении менструальной функции следует предпринять меры для ее восстановления с помощью соответствующих гормональных средств.

При прерывании беременности поздних сроков у женщин с резус-отрицательной кровью может произойти сенсibilизация, в связи с чем им рекомендуется ввести антирезусный гамма-глобулин.

Проведение мероприятий, связанных с реабилитацией репродуктивной функции перенесшей аборт женщины, осуществляется по показаниям теми же специалистами в кабинетах или центрах планирования семьи, а также (по показаниям) в специализированных ЛПУ акушерско-гинекологического профиля.

7. ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛПУ В ОКАЗАНИИ УСЛУГ В ОБЛАСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Пациентки после аборта могут иметь другие/дополнительные проблемы, связанные с репродуктивным здоровьем, которые могут быть обнаружены во время процедуры аборта. Связь с аналогичными другими службами, работающими в области репродуктивного здоровья, является в таких случаях естественной и логичной и может улучшить доступность пациентов к этим услугам.

Медицинские работники, оказывающие услуги женщинам после аборта, должны определить необходимость и/или потребность в таких услугах. Например, знание симптомов ИППП может помочь решить проблему с диагностикой и лечением данного ИППП. Также, для женщин старше 40 лет обязательным является проведение скрининга на рак шейки матки и рак молочной железы. Наконец, женщины после самопроизвольного аборта нуждаются в специальном обследовании, наблюдении и лечении. Различные уровни оказания медицинской помощи должны уметь определять пациенток группы риска и предлагать им соответствующую помощь.

Интеграция послеабортного обслуживания женщин в общую систему здравоохранения, особенно в госпитальную систему, в отделения акушерско-гинекологического профиля, является наиболее приемлемой и имеющей преимущества по сравнению с созданием новых центров здравоохранения. Важно при этом иметь в виду, что в этом случае потребуются дополнительное обучение персонала, с одной стороны, а оказание помощи женщинам после аборта (такая интеграция) должно рассматриваться как рутинный компонент в деятельности медицинских работников данных учреждений, а не как дополнительная нагрузка, с другой стороны.

Пациенты после аборта могут нуждаться в оказании следующей дополнительной медицинской помощи:

- Диагностика и лечение ИППП и ВЗОМТ;
- Диагностика и лечение различной гинекологической патологии (например, миомы матки, пролапса гениталий, доброкачественных заболеваний шейки матки);
- Диагностика причин и реабилитация повторных самопроизвольных аборт;
- Консультирование и ведение женщин с бесплодием;
- Рутинная практика здравоохранения: скрининг на рак шейки матки и рак молочной железы;
- Психологическая/Социальная поддержка: женщины, прерывающие беременность, могут являться жертвами сексуального или другого вида насилия, депрессии.

Инфекции репродуктивного тракта:

- Инфекции, передаваемые половым путем;
- Эндогенные инфекции (не связанные с передачей половым путем)
- Ятрогенные инфекции

Инфекции, передаваемые половым путем. Существует определенная связь между инфекциями репродуктивного тракта (ИРТ) и ИППП. Инфекции репродуктивного тракта включают все инфекции репродуктивного тракта, независимо от того, связаны они или нет с передачей сексуальным путем. Существует два типа ИППП:

- ИППП, влияющие на репродуктивную систему и
- ИППП, не влияющие на репродуктивную систему.

ИППП влияющие на репродуктивную систему: трихомониаз, гонорея, хламидиоз, сифилис, генитальный герпес, шанкرويد.

ИППП не влияющие на репродуктивную систему: гепатиты В, С, Д; ВИЧ/СПИД.

Эндогенные инфекции: К ним относятся инфекции, вызываемые обычно присутствующими в репродуктивной системе микроорганизмами. Например, бактериальный вагиноз или кандидоз, которые развиваются в результате нарушений вагинальной флоры.

Ятрогенные инфекции возникают, как правило, в результате действий/бездействия медицинских работников или неправильно проведенной медицинской или хирургической процедуры (например, неправильное ведение родов или введение ВМС, выполнение криминального аборта).

Последовательность действий при ИРТ/ИППП:

- Сбор анамнеза
- Проведение физического обследования
- Лечение
- Клиническое наблюдение
- Просвещение/информирование/консультирование

Уровни услуг по профилактике и лечению ИРТ/ИППП

- Информация
- Просвещение
- Консультирование
- Оценка риска и направление к специалисту
- Диагностика и лечение ИРТ и ИППП

А. Анамнез. Крайне важно собирать анамнез в удобной конфиденциальной обстановке, также как и сделать это в максимально короткий срок. При этом важно помнить и об уважительном отношении к пациентке.

Лечение ИРТ и ИППП и анамнез половой жизни

- Симптомы ИППП в настоящее время
- Наличие ИРТ и ИППП в анамнезе
- Чем лечили ИРТ и ИППП в прошлом
- Анамнез половой жизни
 1. важен для постановки диагноза и лечения
 2. помогает провести скрининг клиентов
 3. способствует обсуждению вопросов, касающихся безопасного секса

Б. Физическое обследование. Проведение физического обследования является крайне важным, так как помогает медицинскому работнику поставить правильный диагноз. Медицинский работник должен вести себя профессионально и с симпатией относиться к пациенту

В. Просвещение/информирование/консультирование. Во время консультирования пациентки и/или ее партнера необходимо помнить о:

- Согласии пациентки/ов с лечением
- Важности проведения консультирования с целью профилактики/предупреждения повторного инфицирования
- Необходимости демонстрации правильного использования презерватива
- Необходимости вовлечь в процесс консультирования и, при необходимости, лечения половых партнеров

Просвещение клиентов

- Лечите инфекцию
- Остерегайтесь заразить ваших партнеров
- Помогите вашим половым партнерам обратиться за лечением
- Обратитесь к врачу, если симптомы не проходят
- Избегайте инфекции путем снижения возможности заражения
 - используйте презервативы
 - уменьшите количество половых партнеров
 - измените свое поведение - практикуйте безопасный секс

Организация лечения ИРТ и ИППП

- Этиологическая, клиническая или синдромная диагностика
- По возможности, одно-дозовое лечение
- Принять во внимание сопутствующие инфекции
- Лечение партнеров
- Возможность просвещения и консультирования

Оценка риска может быть положительной при наличии хотя бы одного из 3-х признаков:

- Его/ее партнер имеет симптомы или недавно был пролечен ИППП;
- Она/он занимается проституцией;
- Она/он имеет более чем одного сексуального партнера или нового сексуального партнера в течение последних 3-х месяцев.

Другие гинекологические проблемы

1. **Миома матки.** Является одной из наиболее часто встречаемых патологий, особенно в 35-45-летнем возрасте. Чаще это состояние встречается у нерожавших или относительно инфертильных женщин.

Симптомы: характерным симптомом является меноррагия. Продолжительность менструального цикла может быть нормальной или пролонгированной. Наибольшая кровопотеря отмечается на 2-ой или 3-ий день.

Признаки: Размеры миомы могут быть очень вариабельны; форма может быть узловой или диффузной

Лечение: определяется в гинекологическом отделении районного уровня.

2. **Пролапс матки.** У различных женщин могут наблюдаться различные степени несостоятельности мышц тазового дна.

Симптомы: наиболее общей жалобой является ощущение чего-то постороннего при выходе из влагалища. Пациентки могут испытывать дискомфорт и неприятные ощущения, причем степень выраженности симптомов зависит от степени опущения и выпадения гениталий. Могут также наблюдаться учащение мочеиспускания, ощущение неполного его опорожнения, стрессовое недержание мочи и боль в поясничных отделах спины.

Признаки: Наличие, тип и величина пролапса матки и наличия стрессового недержания мочи обычно определяются при просьбе пациентки потужиться или покашлять. Если явные признаки отсутствуют, надо попросить пациентку немного походить или постоять перед исследованием.

Лечение: Вид оперативного вмешательства определяется в гинекологическом отделении районного или более высокого уровня.

8. РОЛЬ ОРГАНОВ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В ОРГАНИЗАЦИИ КАЧЕСТВЕННО НОВОЙ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ ПОСЛЕ АБОРТА

Основной задачей деятельности руководящих структур здравоохранения в рамках предлагаемого Руководства является оптимизация и контроль за оказанием качественных услуг женщинам после аборта.

Решение этой задачи связано с выполнением следующих мероприятий:

- мониторинг проблемы,
- сбор и анализ информации,
- создание единой базы данных на основе информационных технологий,
- анализ финансирования проблемы,
- информатизация деятельности ЛПУ,
- совершенствование стандартизации медицинской помощи,
- совершенствование системы информированности населения,
- совершенствование системы оплаты медицинской помощи.

Описание системы управления качеством медицинской помощи после аборта.

I этап. Сбор и анализ информации (мониторинг проблемы).

1.1. Работая в едином информационном пространстве, органы управления здравоохранением и фонд обязательного медицинского страхования имеют возможность осуществлять сбор и анализ информации на основании:

- официальной государственной статистической отчетности ЛПУ (женских консультаций, акушерско-гинекологических стационаров, центров планирования семьи и др.);
- статистической отчетности фонда ОМС и страховых медицинских организаций.

Дополнительная информация о состоянии деятельности ЛПУ при оказании медицинской помощи может быть получена по запросу УЗО или ОФОМС от:

- лицензионно – аккредитационного комитета (о наличии лицензии ЛПУ на данный вид помощи, об аккредитации ЛПУ);
- от страховых медицинских организаций по защите прав застрахованных, обратившихся в СМО с жалобами и претензиями на неудовлетворительное качество данного вида медицинской помощи;
- от профессиональных медицинских ассоциаций (акушеров-гинекологов, педиатров, терапевтов и др.);
- от общественных организаций, занимающихся проблемами оказания медицинской и социальной помощи женщинам после аборта.
- и др.

1.2. Анализ финансирования деятельности ЛПУ, оказывающих медицинскую помощь женщинам после аборта.

1.2.1. Финансирование медицинской помощи. Оплата медицинской помощи по счетам–реестрам ЛПУ за счет средств ОМС с учетом результатов медико-экономической экспертизы (внутриведомственный контроль качества медицинской помощи на уровне СМО и ОФОМС).

- 1.2.2. Финансирование целевых программ, разработанных совместно органами управления здравоохранения, ОФОМС и страховыми медицинскими организациями (за счет средств бюджета и ОМС).
- 1.2.3. Финансирование централизованных поставок лекарственных средств (контрацептивов для групп риска, лекарственных средств для оказания экстренной и неотложной помощи), а также изделий медицинского назначения.
- 1.2.4. Финансирование мероприятий по информатизации деятельности ЛПУ (централизованная закупка компьютерной техники за счет средств ОМС и бюджета, разработка информационных программ, обучение и подготовка кадров).
- 1.2.5. Финансирование мероприятий по подготовке и переподготовке кадров (врачи, средний медицинский персонал, бухгалтеры, экономисты, специалисты по медицинской статистике ЛПУ) на различных учебных базах:
 - МЗ РФ
 - ГОУ ВПО (Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования – «Пермская медицинская Академия – МЗ РФ»)
 - ПОФОМС (Пермский Областной Фонд ОМС)
 - РМЦПК (Региональный межотраслевой центр переподготовки кадров, г. Пермь)
 - ПГТУ (Пермский государственный технический университет, гуманитарный факультет, бакалавриат «экономика в здравоохранении»)
 - и другие
- 1.2.6. Контроль целевого и рационального расходования финансовых средств здравоохранения (средств бюджета и ОМС).
- 1.3. Этап принятия решений по улучшению качества медицинской помощи. На основании мониторингования проблемы, анализа данных, полученных из разных источников информации разрабатываются на местном уровне:
 - приказы УЗО, ПОФОМС
 - инструкции
 - методические рекомендации
 - целевые программы, направленные на улучшение качества медицинской помощи
 - медико-экономические стандарты, протоколы ведения больных
- 1.4. Совершенствование методов информированности населения
 - использование средств массовой информации
 - популяризация школы здоровья
 - создание и/или тиражирование информационного материала (памятки, брошюры и т.д.)
- 1.5. Взаимодействие субъектов системы управления качеством медицинской помощи
 - с органами законодательной и исполнительной власти
 - с профессиональными медицинскими ассоциациями
 - с обществом защиты прав потребителя
 - с ассоциацией страховщиков
 - с общественными организациями
 - со службой социологических исследований
 - с департаментом образования

ГРУППЫ ОРГАНИЗАЦИИ И УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



9. МОНИТОРИРОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОЙ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ ПОСЛЕ АБОРТА

Для мониторинга эффективности оптимизированной системы оказания медицинской помощи женщинам после аборта с целью сохранения репродуктивного здоровья, необходимо на уровне каждого ЛПУ и административных единиц регулярно собирать и анализировать динамику следующих утвержденных Минздравом РФ показателей.

- Абсолютное число абортов (по типу и возрастным категориям)
- Показатель абортов на 1000 женщин фертильного возраста
- Показатель абортов на 100 родившихся живыми и мертвыми
- Число абортов у первобеременных
- Число абортов у повторнобеременных
- Число пользователей гормональной контрацепцией*
- Число введений ВМС*
- Число хирургических стерилизаций*

В дополнение необходимо проводить анализ следующих промежуточных показателей на уровне каждого ЛПУ, внедряющего оптимизированную систему оказания медицинской помощи женщинам после аборта, которые позволят самому учреждению судить о том, насколько эффективно происходит внедрение предлагаемых изменений в существующую систему предоставления услуг:

- Доля женщин, получивших консультацию и/или информирование по планированию семьи после аборта до выписки из ЛПУ, к общему числу абортов в ЛПУ
- Доля женщин, получивших метод планирования семьи после аборта до выписки из ЛПУ, к общему числу абортов в ЛПУ
- Доля женщин, пришедших на контрольный прием после аборта, к общему числу направлений на аборт*
- Число новых клиентов по ПС*
- Число повторных клиентов по ПС*
- Доля повторных абортов к общему числу абортов в ЛПУ

* См. Приложение 5. Форма сбора данных по использованию методов планирования семьи

МОДЕЛЬ «ПОМОГИ» ДЛЯ ПОСЛЕАБОРТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПО ПЛАНИРОВАНИЮ СЕМЬИ

П	<p>Приветливость</p> <ul style="list-style-type: none"> – Представьтесь – Попросите клиентку/ пациентку представиться – Предложите пациентке сесть – Установите атмосферу непринужденного общения – Дружелюбно улыбаясь клиентке/ пациентке, скажите, что содержание вашего разговора останется конфиденциальным – Спросите, желает ли она обсудить с Вами вопросы планирования семьи 		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Если пациентка выражает согласие на обсуждение:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Спросите, желает ли она, чтобы ее муж или партнер присутствовал во время консультирования – Спросите, как Вы можете ей помочь </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Если пациентка отказывается от беседы:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Назначьте консультацию в иное время (после физического осмотра, после процедуры, во время повторного посещения) – Дайте ей брошюру о планировании семьи в послеабортный период. </td> </tr> </table>	<p>Если пациентка выражает согласие на обсуждение:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Спросите, желает ли она, чтобы ее муж или партнер присутствовал во время консультирования – Спросите, как Вы можете ей помочь 	<p>Если пациентка отказывается от беседы:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Назначьте консультацию в иное время (после физического осмотра, после процедуры, во время повторного посещения) – Дайте ей брошюру о планировании семьи в послеабортный период.
<p>Если пациентка выражает согласие на обсуждение:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Спросите, желает ли она, чтобы ее муж или партнер присутствовал во время консультирования – Спросите, как Вы можете ей помочь 	<p>Если пациентка отказывается от беседы:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Назначьте консультацию в иное время (после физического осмотра, после процедуры, во время повторного посещения) – Дайте ей брошюру о планировании семьи в послеабортный период. 		
О	<p>О чем расспросить клиентку</p> <ul style="list-style-type: none"> – Спросите пациентку, о чем она хотела бы поговорить в первую очередь. Если она колеблется, повторите, что весь разговор между вами останется конфиденциальным, и поощрите ее к тому, чтобы она задавала вопросы. – Для того, чтобы помочь ей осознать ее потребности, задайте следующие вопросы: <ul style="list-style-type: none"> У Вас есть дети? Если да, то сколько? Желаете ли Вы иметь еще одного ребенка? Если да, то когда? Сколько у Вас было беременностей? Сколько у Вас было самопроизвольных и сколько искусственных абортов? – Скажите ей, что ее фертильность может вернуться через 11 дней. Объясните, что имеются методы планирования семьи, которые она может использовать, и что Вы сможете помочь ей в этом. – Задайте следующий вопрос: Пользовались ли Вы когда-нибудь методом планирования семьи? 		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Если ответ отрицательный:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Почему Вы не используете какой-либо метод планирования семьи? (Из-за мужа, партнера, родственников, окружения, в котором живет клиентка, каких-либо опасений, каких-либо неправильных представлений или неполной информации о методах). </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Если ответ положительный:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Пользовались ли Вы каким-либо методом, когда забеременели? – Если пользовались, то каким? Постарайтесь помочь ей понять, как она забеременела. – Почему Вы перестали пользоваться данным методом? (В случае, если она им не пользовалась, когда забеременела). </td> </tr> </table>	<p>Если ответ отрицательный:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Почему Вы не используете какой-либо метод планирования семьи? (Из-за мужа, партнера, родственников, окружения, в котором живет клиентка, каких-либо опасений, каких-либо неправильных представлений или неполной информации о методах). 	<p>Если ответ положительный:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Пользовались ли Вы каким-либо методом, когда забеременели? – Если пользовались, то каким? Постарайтесь помочь ей понять, как она забеременела. – Почему Вы перестали пользоваться данным методом? (В случае, если она им не пользовалась, когда забеременела).
<p>Если ответ отрицательный:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Почему Вы не используете какой-либо метод планирования семьи? (Из-за мужа, партнера, родственников, окружения, в котором живет клиентка, каких-либо опасений, каких-либо неправильных представлений или неполной информации о методах). 	<p>Если ответ положительный:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Пользовались ли Вы каким-либо методом, когда забеременели? – Если пользовались, то каким? Постарайтесь помочь ей понять, как она забеременела. – Почему Вы перестали пользоваться данным методом? (В случае, если она им не пользовалась, когда забеременела). 		
	<ul style="list-style-type: none"> – Что Вы знаете о методах планирования семьи? Что Вы о них/нем слышали? – Постарайтесь исправить ошибочные представления пациентки, поощряя ее обращаться к Вам с вопросами и предоставляя ей недостающую информацию. Если она выражает намерение использовать какой-либо метод планирования семьи, спросите ее о причинах ее выбора. 		
М	<p>Методы контрацепции</p> <ul style="list-style-type: none"> – Скажите пациентке о методах, которые она может использовать в послеабортном периоде (см стр. 32). – Используйте брошюры, плакаты и иные наглядные материалы при объяснении методов. – Поощряйте пациентку задавать вопросы. – Спросите, в каких методах она заинтересована. – Восполните пробелы в информации у пациентки (например, характеристика метода, в котором она заинтересована, механизм действия, эффективность, побочные эффекты и т.п.) 		

О	<p>О выборе метода</p> <ul style="list-style-type: none"> – Помогите пациентке оценить целесообразность различных методов планирования семьи, с учетом ее состояния и потребностей в области репродуктивного здоровья/планирования семьи, о которых она сообщила на этапе «О» (О чем надо расспросить клиента). – Спросите пациентку, какой метод она желает использовать. – Напомните пациентке о том, что она также должна учитывать выбор, который может сделать ее муж/партнер. – Если пациентка останавливает свой выбор на каком-либо методе, убедитесь в том, что он не имеет каких-либо медицинских противопоказаний (например, высокое давление, сахарный диабет, заболевания печени и т.п.). Если существуют какие-либо противопоказания, объясните, почему ей не следует использовать данный метод, и помогите ей сделать выбор из числа иных соответствующих методов. – Спросите, осталось ли что-либо непонятным, и повторите информацию, если это необходимо. Если она все еще не решается сделать выбор, дайте ей брошюры, посоветуйте поговорить с мужем/партнером и назначьте время повторного посещения.
Г	<p>Главное – объяснить, как пользоваться методом</p> <ul style="list-style-type: none"> – Объясните пациентке, как пользоваться методом и попросите ее повторить, что она поняла из объяснения. – Опишите возможные побочные эффекты и признаки осложнения. – Скажите, когда она должна прийти на повторный прием. – Сообщите ей о том, где она может пополнить запас контрацептивов (при использовании оральных препаратов, презервативов, инъекций). – Предоставьте пациентке контрацептивы в соответствии с выбранным методом. – Если пациентка, выбрала метод, который отсутствует в данном лечебном учреждении, направьте ее в соответствующее медицинское учреждение. – Если пациентка продолжает испытывать затруднения с выбором метода, дайте ей брошюры, посоветуйте поговорить с мужем/партнером и назначьте время повторного посещения.
И	<p>Информация о повторном визите</p> <ul style="list-style-type: none"> – Сообщите пациентке, когда ей следует прийти на повторный визит и, при необходимости, назначьте дату и время посещения. – Подчеркните, что она может вновь обратиться в клинику в любое время, если у нее возникнут проблемы.

**Критерии приемлемости использования эффективных методов контрацепции в
послеабортном периоде
(пересмотренные ВОЗ в марте 2000 г.)**

Любое состояние, влияющее на выбор метода контрацепции, можно отнести к одной из 4 категорий.

Категория 1: состояния, при которых нет ограничения к использованию метода (метод можно использовать без ограничений).

Категория 2: состояния, при которых преимущества от использования данного метода обычно превышают теоретический или подтвержденный риск (в основном, метод может использоваться).

Категория 3: состояния, при которых теоретический или подтвержденный риск обычно превышает преимущества от использования данного метода (использование метода не рекомендуется за исключением случаев, когда более подходящий метод не доступен или не приемлем).

Категория 4: состояния, представляющие неприемлемо высокий риск для пациентки при использовании данного метода (метод не должен использоваться).

Для женщин, перенесших процедуру аборта, возможности применения эффективных обратимых методов контрацепции определяются как следующие:

	КОК	Комбин Инъекц.	ЧПК Мини-пили	Депо- Провера	Норплант	Cu- ВМС	LNG- ВМС
Первый триместр	1	1	1	1	1	1	1
Второй триместр	1	1	1	1	1	2	2
Немедленно после Септического аборта	1	1	1	1	1	4	4

Комментарии к ВМС:

Cu –ВМС - медьсодержащие ВМС

LNG – ВМС - левоноргестрел-содержащие ВМС (Мирена)

Состояние	Категория		Новые данные/Комментарии
	Cu- ВМС	LNG- ВМС	
После аборта			
А) первый триместр	1	1	ВМС может быть введена сразу же после спонтанного или искусственного аборта
Б) второй триместр	2	2	Существуют некоторые опасения по поводу повышенного риска экспульсии при введении ВМС сразу после аборта во втором триместре. Местное действие LNG-ВМС на инволюцию матки изучено недостаточно.
В) немедленно после Септического аборта	4	4	Введение ВМС может значительно ухудшить состояние.

Шесть основных элементов информированного согласия, о которых должны быть предупреждены женщины, выбравшие метод добровольной хирургической стерилизации

1. Женщина и ее партнер могут использовать временные (обратимые) методы контрацепции. Клиент/пациент имеет право на выбор.
2. Перевязка труб и вазэктомия являются хирургической операцией.
3. Имеются как риск, связанный с оперативным вмешательством, так и преимущества.
4. Клиент/пациент больше не сможет иметь детей.
5. Предполагается, что эффект от этой процедуры будет постоянным (необратимым).
6. Клиент/пациент имеет право отказаться от этой процедуры, что никак не повлияет на его право получать другие услуги. Клиент/пациент может изменить свое решение в любой момент до операции.

Алгоритмы ведения женщин с осложнениями после аборта
(схемы ВОЗ)

Схема №1. Первичная оценка

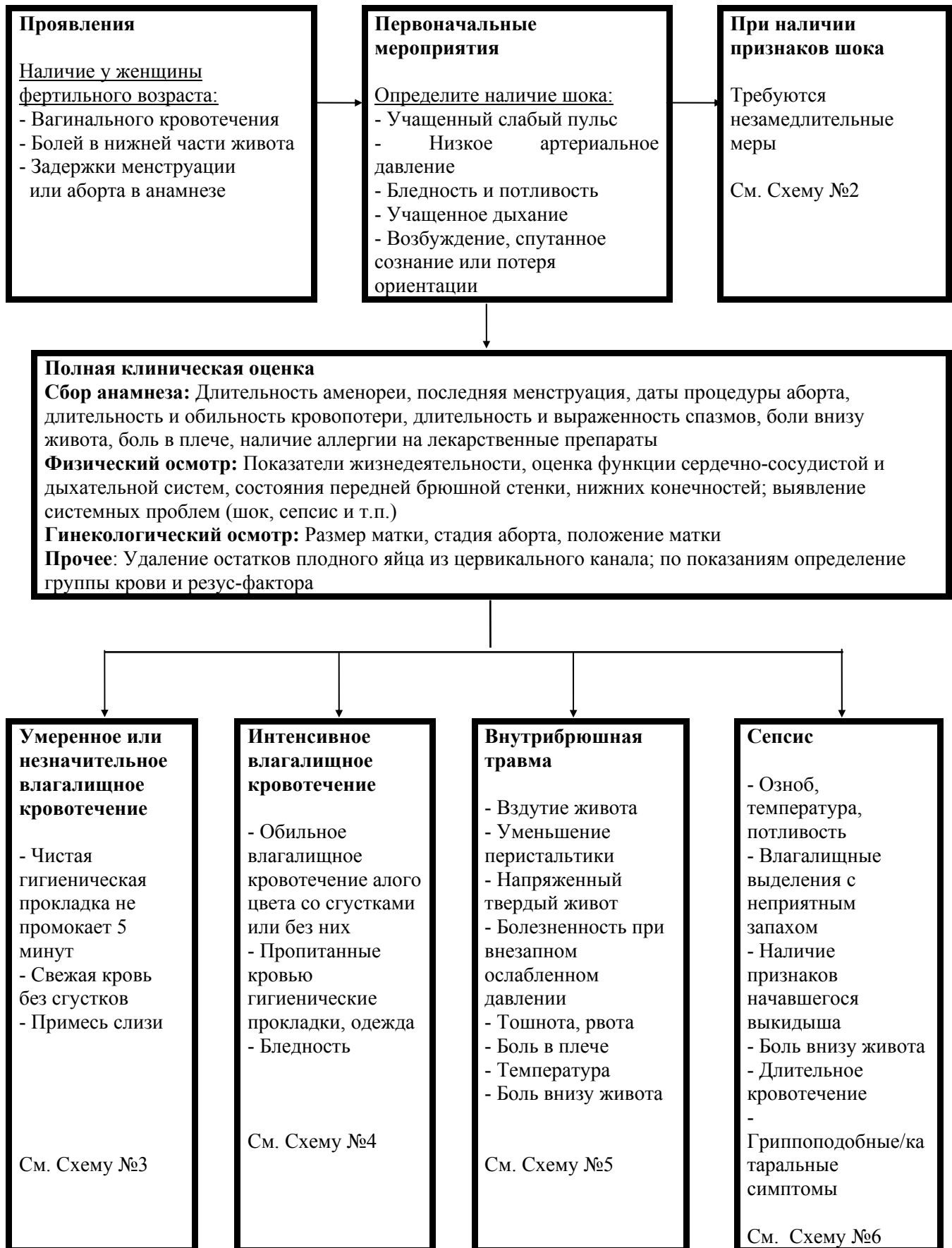


Схема №2. Шок

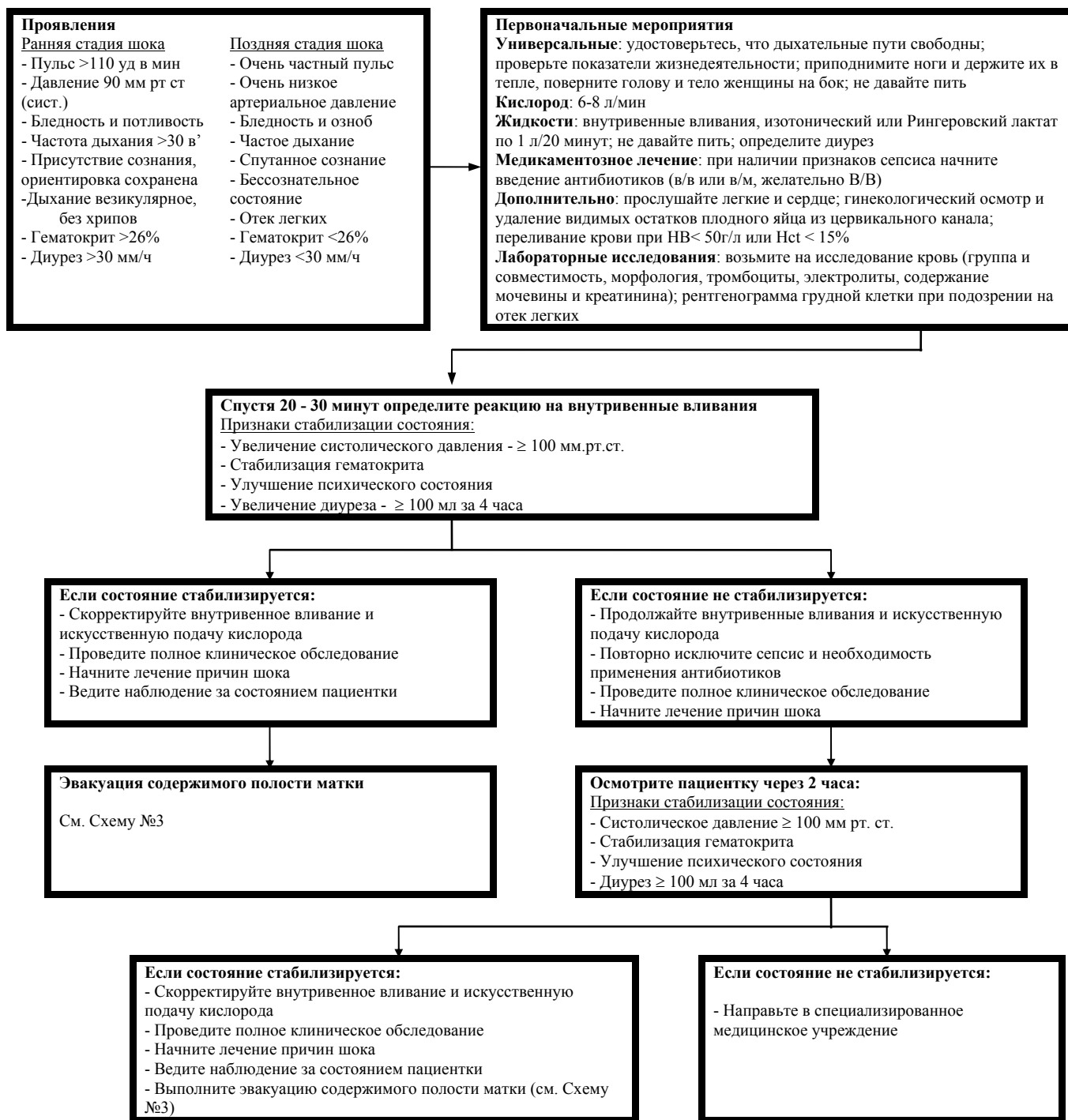


Схема №3. Умеренное или незначительное влагалищное кровотечение

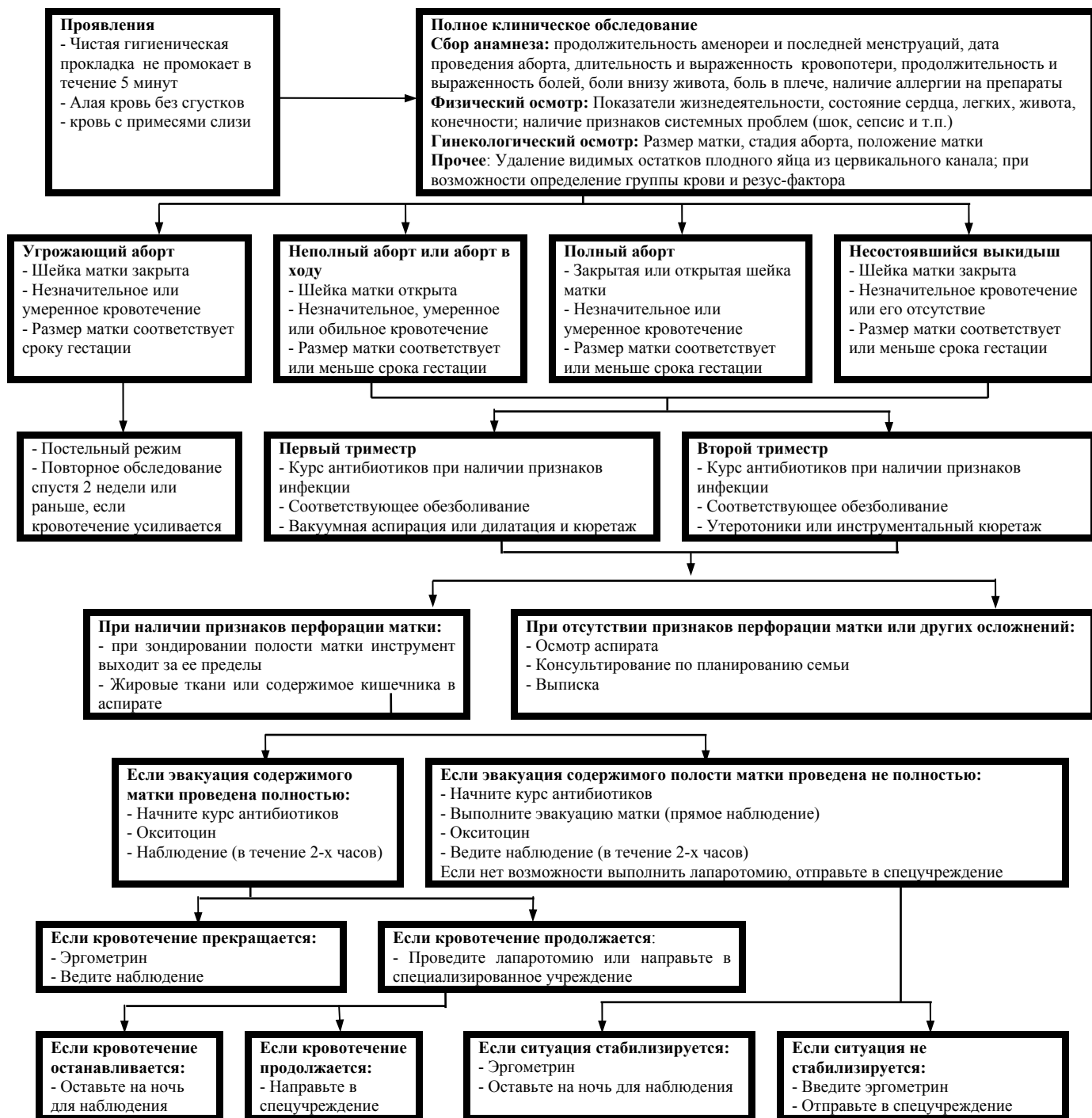


Схема №4. Интенсивное влагалищное кровотечение

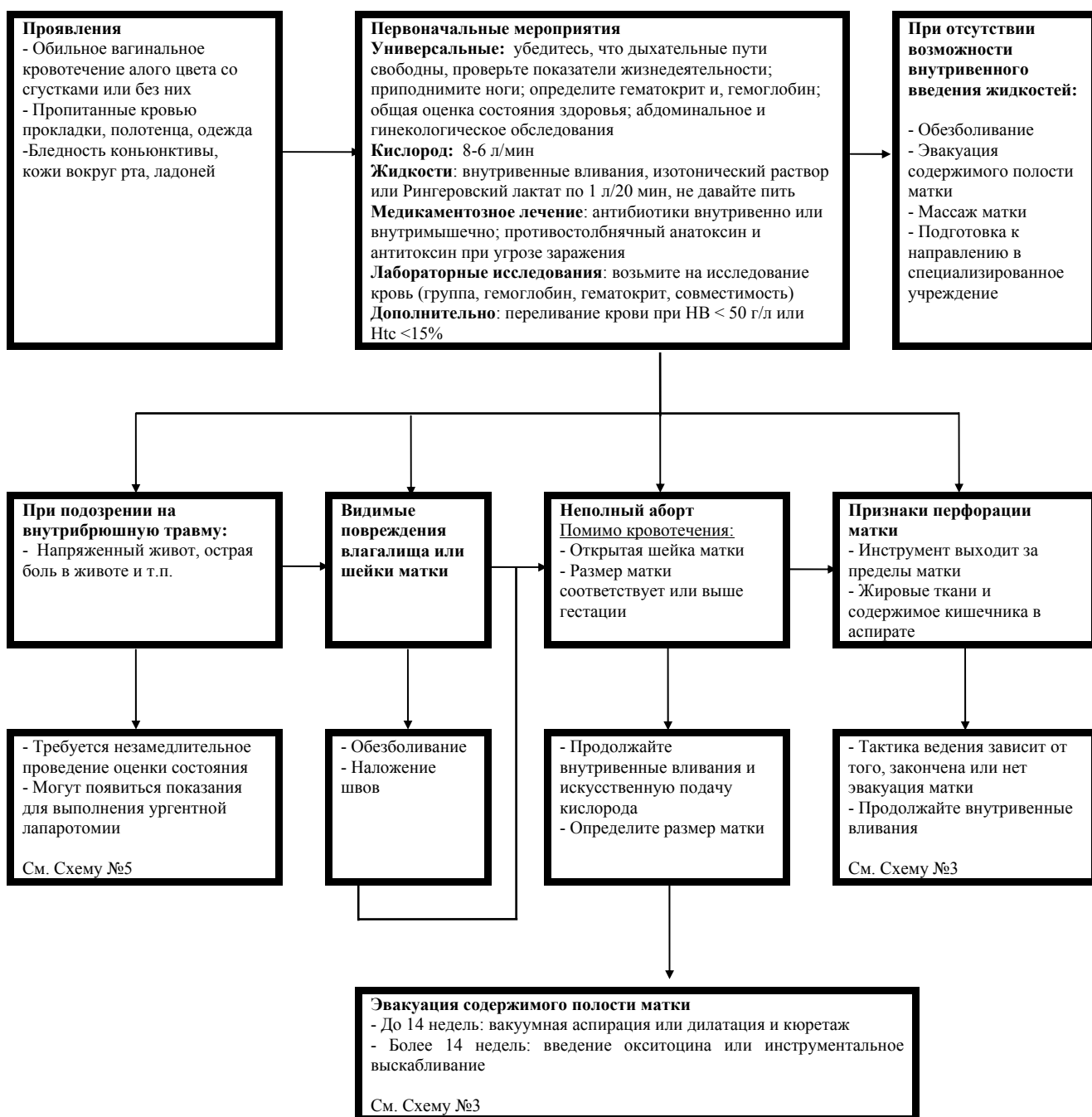


Схема №5. Внутривенная травма

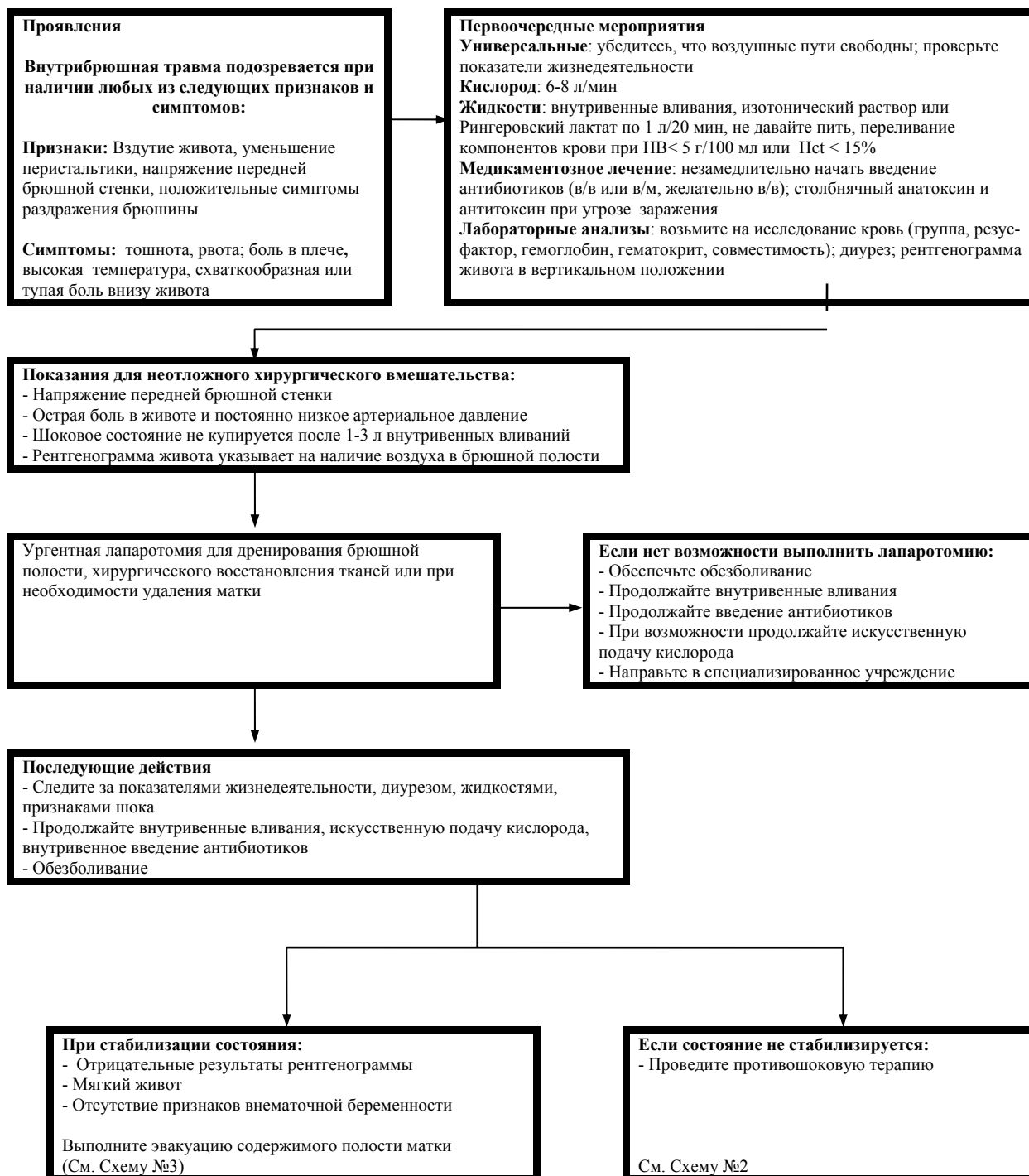
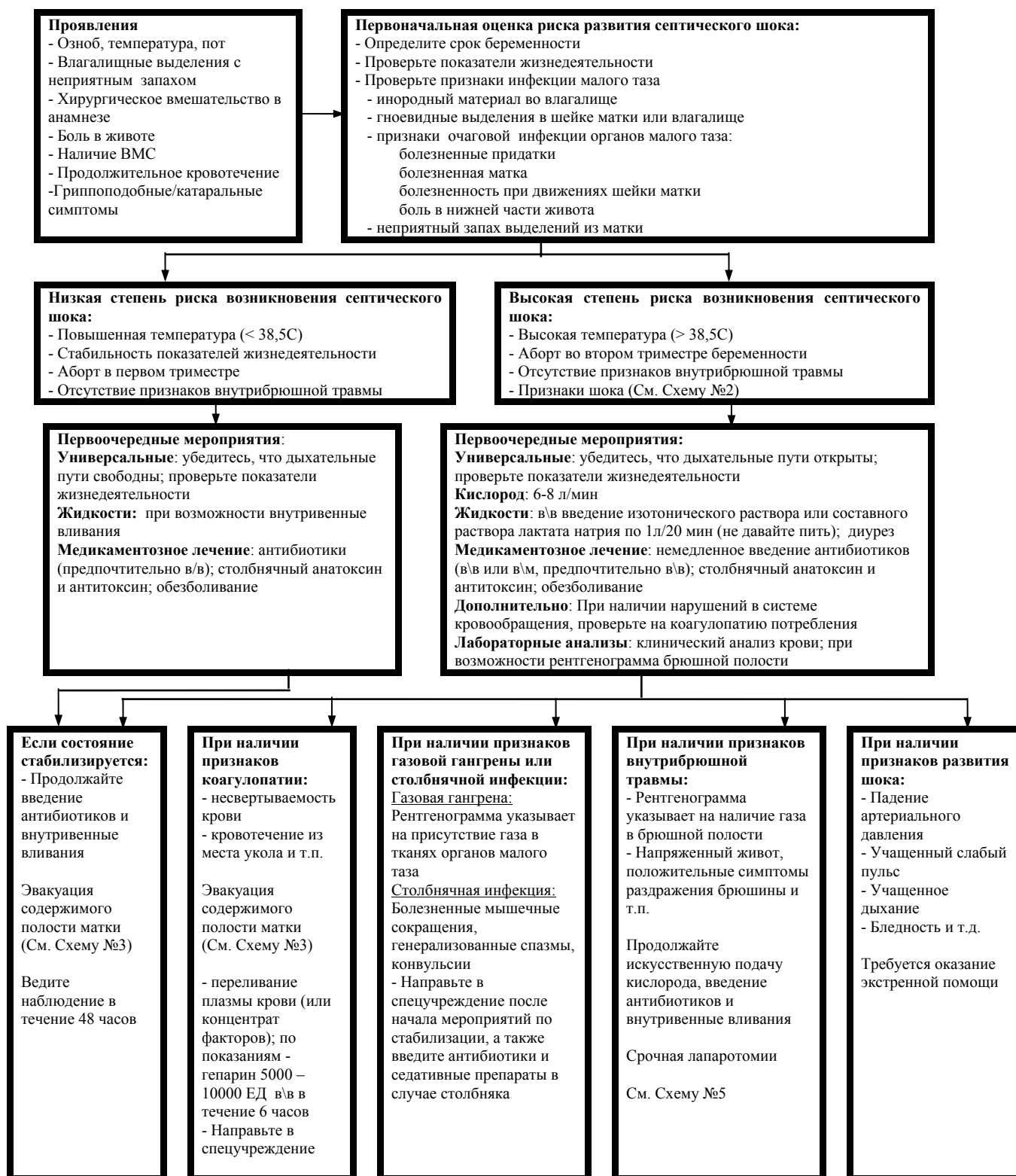


Схема №6. Сепсис



(нужное подчеркнуть)

Месяц / Квартал / год	Возраст						Причины визита					Статус			Используемый \ рекомендованный метод предупреждения беременности								Комментарии					
	< 16 лет	16-19 лет	20-24 лет	25-29 лет	30-34 лет	> 35 лет	Аборт	Беременность	Контрацепция	Контрольный визит после аборта \ родов	Прочее	Новый клиент по планированию семьи	Повторный клиент по планированию семьи	Повторный аборт в течение 12 месяцев	Никакой	Таблетки	ВМС	Инъекции	Барьерные методы и спермициды	Естественный методы	МПА	Стерилизация		ЭК	Прочие			
Январь																												
Февраль																												
Март																												
1-ый квартал																												
Апрель																												
Май																												
Июнь																												
2-ой квартал																												
Июль																												
Август																												
Сентябрь																												
3-ий квартал																												
Октябрь																												
Ноябрь																												
Декабрь																												
4-ый квартал																												
ИТОГО ЗА ГОД																												

Пациент/клиент	Возраст						Причины визита					Статус			Используемый \ рекомендованный метод предупреждения беременности								Комментарии						
	Ф.И.О.	< 16 лет	16-19 лет	20-24 лет	25-29 лет	30-34 лет	> 35 лет	Аборт	Беременность	Контрацепция	Контрольный визит после аборта \ родов	Прочее	Новый клиент по планированию семьи	Повторный клиент по планированию семьи	Повторный аборт в течение 12 месяцев	Никакой	Таблетки	ВМС	Иньекции	Барьерные методы и спермициды	Естественный методы	МПА		Стерилизация	ЭК	Прочие			
1																													
2																													
3																													
4																													
5																													
6																													
7																													
8																													
9																													
10																													
11																													
12																													
13																													
14																													
15																													
16																													
17																													
18																													
19																													
20																													
Итого по данной стр.:																													
Итого по всем стр.:																													

НАЧНИ СНАЧАЛА

После перенесенного аборта вас, естественно, будут волновать вопросы состояния вашего здоровья и самочувствия. Вы также захотите узнать, как избежать новой нежелательной беременности в будущем. Этот буклет ответит на некоторые из ваших вопросов, а врач акушер-гинеколог (или другой медицинский работник) предоставит вам более подробную информацию и поможет подобрать метод контрацепции, подходящий именно вам.

Как я буду себя чувствовать после аборта?

После прерывания беременности у вас могут появиться следующие симптомы:

- спастические боли внизу живота;
- кровяные выделения;
 - слабая тошнота;
- состояние печали или подавленности.

Эти симптомы являются нормальной реакцией на процедуру и вызваны гормональными изменениями из-за неожиданно прерванной беременности, а также рядом психологических факторов. Имеющиеся в свободной продаже в аптеках обезболивающие средства в сочетании с отдыхом помогут уменьшить возникший дискомфорт.

Немедленно обратитесь к врачу, если у вас появился один из перечисленных ниже симптомов:

- кровотечение, при котором за два часа насквозь промокают две гигиенические прокладки;
- выделяются кровяные сгустки;
- повышенная температура;
- озноб;
- тошнота и/или рвота, продолжающаяся более четырех часов;
- непрекращающаяся резкая боль внизу живота;
- влагалищные выделения с неприятным запахом;
- отсутствие менструации более шести недель.

В каком уходе я нуждаюсь?

Если врач назначил вам антибиотики или другие медикаменты, вы должны принять их все согласно предписанию. В течение первых семи - десяти дней после аборта старайтесь больше отдыхать, избегайте сильных физических нагрузок (например, поднятия тяжестей), пользуйтесь гигиеническими прокладками, а не тампонами, и принимайте душ, а не ванну. Нельзя спринцеваться. Не следует возобновлять сексуальные отношения до тех пор, пока кровотечение полностью не прекратилось.

Когда у меня возобновятся менструации?

Как правило, менструации возобновляются через четыре-шесть недель.

Когда после аборта может наступить беременность?

На 11 день после аборта у вас уже может наступить беременность. Чтобы избежать нежелательной беременности, проконсультируйтесь с врачом (или другим специально обученным медицинским работником) относительно современных методов контрацепции и начните использовать рекомендованный вам метод сразу после аборта. Один из перечисленных ниже методов наверняка вам подойдет! Все современные методы контрацепции, при условии правильного подбора, безопаснее для вашего здоровья, чем аборт.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ

В этом буклете рассказывается о наиболее часто используемых методах контрацепции. Помимо них существуют также добровольная женская стерилизация, имплантаты, прерванный половой акт, метод лактационной аменореи (только для кормящих женщин) и некоторые другие.

Презерватив

Что такое презерватив? На сегодняшний день презерватив является одним из наиболее популярных противозачаточных средств. Современные презервативы производятся из латекса, отличающегося от обычной резины особой тонкостью и прочностью. Есть разные виды презервативов. Они бывают со смазкой и без нее; причем смазка может содержать спермициды (вещества, разрушающие сперматозоиды). Презервативы различаются размерами, цветом и даже запахом.

Как действует презерватив? Презерватив препятствует попаданию спермы во влагалище и таким образом предупреждает беременность.

Преимущества. Предупреждает беременность, защищает от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), включая ВИЧ-инфекцию. Презервативы безопасны и не вызывают побочных эффектов. Качественные презервативы практически не снижают остроты ощущений. Более того, процесс надевания презерватива может стать частью любовной игры.

Эффективность. Презервативы очень эффективны, если ими правильно пользоваться при каждом половом акте. В этом случае эффективность достигает 97%.

Когда можно начать использовать данный метод? Одновременно с возобновлением сексуальных отношений.

Как пользоваться презервативом? Презерватив надевается на половой член в состоянии возбуждения (эрекции) до введения его во влагалище. При этом ободок презерватива должен быть обращен наружу. Если применяется презерватив с накопителем (удлиненным концом), перед использованием из него надо выдавить воздух, если обычный презерватив – надо оставить небольшой запас на его конце для спермы. Надетый презерватив должен полностью покрывать половой член. Презервативом нельзя пользоваться больше одного раза. Самое важное: не забудьте проверить срок годности презерватива на упаковке. Не применяйте смазки, содержащие растительные или синтетические масла (например, вазелин), так как они разрушают латекс. Если упаковка презерватива надорвана, презерватив высох или стал липким на ощупь, использовать его нельзя.

Возможные проблемы. В редких случаях возможна аллергия на латекс. Иногда в первый раз бывает трудно завести с партнером разговор об использовании презерватива, но со временем смущение проходит. Для того, чтобы научиться правильно пользоваться презервативом, требуется некоторая практика.

Противозачаточные таблетки

Что такое противозачаточные таблетки? Противозачаточные таблетки содержат те же половые гормоны, что вырабатываются женским организмом. Эти гормоны препятствуют овуляции (процессу созревания яйцеклетки и выходу ее из яичника), и потому беременность становится невозможной.

Преимущества. Высокоэффективны, при правильном подборе безопасны; ими можно пользоваться долго, без перерывов. Женщина может в любой момент прекратить прием таблеток и вскоре после этого забеременеть. Таблетки уменьшают продолжительность, обильность и болезненность менструаций; снижают риск развития рака яичников и эндометрия (оболочки, выстилающей внутреннюю стенку матки); защищают от воспалительных заболеваний органов малого таза; снижают риск развития анемии.

Эффективность. При правильном использовании таблетки на сегодняшний день – одно из наиболее эффективных противозачаточных средств: эффективность составляет почти 100 %.

Когда можно начать использовать данный метод? В день проведения аборта либо в течение семи дней, следующих за ним (после этого срока вы можете начать использовать таблетки, если уверены, что не беременны).

Как пользоваться противозачаточными таблетками? Принимать ежедневно нужно по одной таблетке в день в течение 21 дня, примерно в одно и то же время. Затем надо сделать 7-дневный интервал, в течение которого наступит менструация. Независимо от того, на какой день этого интервала наступила менструация, ровно через 7 дней нужно приступить к приему таблеток из следующей упаковки. Если вы забыли принять таблетку, следуйте инструкциям вашего врача; эти инструкции варьируются в зависимости от типа таблетки, которую вы принимаете.

Возможные проблемы. В течение первых трех месяцев у некоторых женщин могут наблюдаться: легкая тошнота, увеличение веса на 1-1,5 кг, болезненность молочных желез. Затем эти побочные эффекты в большинстве случаев исчезают. Но даже если вас будет что-то беспокоить, не отказывайтесь сразу от самой идеи приема таблеток. Выбор таблеток сейчас очень большой, и врач может подобрать вам другой тип. Безусловно, противозачаточные таблетки подходят не всем женщинам. Если Вы старше 35 лет и выкуриваете больше пачки сигарет в день, или страдаете повышенным артериальным давлением, или некоторыми редкими серьезными заболеваниями сердечно-сосудистой системы или печени в активной

форме, врач поможет вам подобрать другой метод контрацепции. Для кормящих матерей существуют противозачаточные таблетки без содержания эстрогена, влияющего на лактацию, а также другие методы контрацепции, которые женщина может выбрать сама во время консультации с врачом.

Инъекционные контрацептивы

Что такое инъекционные контрацептивы? Инъекционный контрацептив содержит один из половых гормонов, вырабатываемых женским организмом. Он препятствует овуляции и сгущает цервикальную слизь (слизь, заполняющую шейку матки), затрудняя тем самым продвижение спермы. Инъекцию делает медсестра (обычный укол) по предписанию врача.

Преимущества. Снижают вероятность возникновения рака эндометрия. Безопасны и удобны в применении (инъекции требуются нечасто, 1 раз в три месяца).

Эффективность. При правильном применении инъекционные контрацептивы очень надежны (их эффективность составляет 99%).

Когда можно начать использовать данный метод? В день проведения аборта либо в течение семи дней, следующих за ним (после этого срока вы можете начать использовать инъекционный метод, если уверены, что не беременны).

Возможные проблемы. После прекращения инъекций способность к зачатию восстанавливается не сразу. Поэтому женщинам, планирующим забеременеть в течение последующих двух лет, рекомендуется рассмотреть другие методы. Инъекционные контрацептивы также не рекомендованы женщинам с устойчивым повышением артериального давления, кормящим матерям в течение первых шести недель после родов, а также женщинам с некоторыми редкими серьезными заболеваниями сердечно-сосудистой системы или заболеваниями печени в активной форме. Возможны побочные явления: у многих женщин менструации становятся менее обильными, а в отдельных случаях могут стать нерегулярными или (особенно после первого года применения) вовсе прекратиться на период применения. Многие женщины считают это преимуществом, но некоторые испытывают чувство дискомфорта.

Спермициды

Что такое спермициды? Спермициды – это вещества, разрушающие сперматозоиды до их попадания в матку. В аптеках они встречаются в виде кремов, свечей, таблеток, пенных аэрозолей. Все спермициды вводятся во влагалище до начала полового акта. Не забудьте внимательно прочитать инструкцию, прежде чем решить попробовать тот или иной спермицид!

Как действуют спермициды? Принцип действия спермицидов очень прост. Одна доза спермицида действует примерно в течение часа. Если этот час прошел, а половой близости не было, надо ввести еще одну дозу. Не забудьте, что новая доза спермицида необходима перед каждым половым актом!

Преимущества. Спермициды безопасны в применении и представляют некоторую защиту от ИППП.

Эффективность. Эффективность спермицидов не так высока, как у других эффективных методов контрацепции. Для повышения эффективности данного метода необходимо использовать спермициды только вместе с другим методом, например, презервативом.

Когда можно начать использовать данный метод? Одновременно с возобновлением сексуальных отношений.

Возможные проблемы. Эффективность невысока; некоторые испытывают затруднения в применении. Возможны аллергические реакции.

Внутриматочное средство (ВМС)

Что такое ВМС? Внутриматочное средство – это небольшое (около 2,5 см) пластиковое устройство, вводимое в полость матки. Современные модели ВМС сделаны из пластика и содержат медь, серебро или прогестин (синтетический гормон).

Как действует ВМС? ВМС препятствует движению сперматозоидов к яйцеклетке и ее оплодотворению.

Преимущества. Введение ВМС обычно не представляет трудностей и не требует обезболивания. Правильно установленное ВМС безопасно и удобно. Большинство ВМС обеспечивают предохранение от нежелательной беременности на срок от 5 до 8 лет (по окончании срока действия ВМС необходимо удалить или установить новое).

Эффективность. Эффективность ВМС очень высока – около 98-99%.

Когда можно начать использовать данный метод? При отсутствии инфекции ввести ВМС можно в день проведения аборта. Если есть вероятность инфекции, вам необходимо сначала пролечить ее. Через три месяца после того, как инфекция будет вылечена можно вводить ВМС при условии, что вы не беременны.

Возможные проблемы. Вводить ВМС имеет право только врач. Иногда при использовании ВМС наблюдается усиление менструальных кровотечений, а также более болезненные менструации. ВМС не рекомендуется устанавливать нерожавшим женщинам, а также женщинам, имеющим более одного партнера (ВМС может осложнить течение инфекционных заболеваний половой сферы, особенно передаваемых половым путем). Для того чтобы забеременеть, необходимо обратиться к врачу для удаления ВМС.

.....

Разумеется, подходящий для себя метод контрацепции женщина должна выбирать только вместе с врачом. В каждом конкретном случае необходима консультация опытного специалиста! По вполне понятным причинам большинство женщин стараются избежать аборта. Он может быть болезненным и небезопасным для женского здоровья. Использование современных методов контрацепции для предупреждения нежелательной беременности безопаснее, проще и дешевле, чем аборт. Оно также является залогом вашего спокойствия. Обращайтесь к врачу!

Библиография

1. Вихляева Е.М., Николаева Е.И. Основные детерминанты репродуктивного поведения женщин: роды и индуцированный аборт // План. Семьи. – 2001. - №1. - С. 15-18.
2. Исследование 1996 года "Репродуктивное здоровье российских женщин" Предварительный отчет. ВЦИОМ и др. - М.- 1997. – 39 с.
3. Каткова И.П., Анисимова Е.В., Андрюшина Е.В. Медико-социальные аспекты абортов // Социальная работа в учреждениях здравоохранения. М. - 1992. - С. 143-154.
4. Кулаков В.И., Вихляева Е.М., Николаева Е.И. Индуцированный аборт и особенности репродуктивного поведения женщины // План. Семьи. – 1998. - №1.- С. 4-8.
5. Кулаков В.И., Зак И.Р., Куликова Н.Н. Аборт и его осложнения. М., Медицина. – 1987. – 157 с.
6. Кулаков В.И., Серов В.Н., Гуртовой Б.Л., Емельянова А.И., Касабулатов Н.М. Послеродовый эндометрит.// Информационное письмо. – М., «АВО». – 1999. – С.13-17.
7. Кулаков В.И., Серов В.Н., Федорова Т.А., Баранов И.И. и др. Принципы инфузионно-трансфузионной терапии и экстракорпоральной детоксикации при сепсисе и септическом шоке в акушерстве. //Методические указания. – М., 2002. – 24 с.
8. Линева О.И., Михайлова Г.А., Чернова Н.К., Загоруйко В.С. и др. "Абортарий" или клиника для производства абортов: реальность и перспектива.//План. Семьи –1998.- №1. - С.35-37.
9. Население России 2000. *Справочник Госкомстата РФ*. М., 2001.-С. 49.
10. Прилепская В.Н., Савельева И.С., Межсевичинов В.Б. Сохранение репродуктивного здоровья женщин через образование // Контрацепция и здоровье женщины.- 2000.- №2.- С.3-7.
11. Савельева И.С., Ерофеева Л.В. Практика контрацепции после аборта: важность консультирования//Вестник Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. – 1998. - N 3. - С. 100-103.
12. Серов В.Н. Репродуктивное поведение и здоровье женщины // Охрана репродуктивного здоровья населения. Материалы. Второй Национальной Ассамблеи 18-20 февраля 1997. - М. – 1997. - С. 45 -47.
13. Служба охраны здоровья материнства и ребенка в 1999 году. *Министерство здравоохранения Российской Федерации*. - 2000. -С.22.
14. Сотникова Е.И. Состояние репродуктивной системы и принципы диспансеризации женщин, использующих различные методы регуляции рождаемости. Автореф. дисс.... д-ра мед. наук. Москва, 1990. - 43 стр.
15. Канто де Сетина Т.Е., Канто П., Луна М.О. Положительное влияние консультирования на соблюдение мексиканскими женщинами режима использования ДЕПО-ПРОВЕРА.// *Contraception*. – 2001.- N63. - P.143-146. В сборнике работ «Оказание помощи женщинам после аборта». США.- 2001. – С.50-54.
16. Марстон С., Клилэнд Д. Зависимость между контрацепцией и абортом: обзор фактических данных.// Доклад подготовлен по заказу Департамента по репродуктивному здоровью и научным исследованиям ВОЗ. Февраль 2002г. Русский перевод: В сборнике работ «Оказание помощи женщинам после аборта». США.- 2001. – С.93-112.
17. *Срочная контрацепция*. Выдержки из технической документации ВОЗ. В сборнике работ «Оказание помощи женщинам после аборта». США.- 2001. – С.61-69.

18. Стэнвуд Н.Л., Граймс Д.А., Шульц К.Ф. Введение внутриматочного средства после искусственного или самопроизвольного аборта: обзор результатов исследований.//Британский журнал акушерства и гинекологии. – 2001. – том 108.- с. 1168-1173. Русский перевод: В сборнике работ «Оказание помощи женщинам после аборта». США.- 2001. – С.5-11.Current Opinion in Obstetrics and Gynecology. – 2000.- N12 (3).- P. 175-179. В сборнике работ «Оказание помощи женщинам после аборта». США.- 2001. – С.44-49.
19. Хэтчер Р.А., Ковал Ф.Г., Трасселл Д., Стюарт Ф.Г., Стюарт Г.К., Боуэн С.С., Кейтс В. Хамасуридзе А., Шакаришвили А. Руководство по контрацепции. Bridging The Gap Communications, Inc, 1994
20. Bongaarts J, Westoff CF. The potential role of contraception in reducing abortion. Studies in Fam.Plann. – 2000. - Vol. 31 (3).- P. 193-202.
21. *Clinical management of abortion complications: a practical guide*. In Safe motherhood. World Health Organization. 1994.
22. *Complications of Abortion. Technical and Managerial Guidelines for Prevention and Treatment*; WHO Tech Rep Ser –1998.- Vol.877. –P.1-89.
23. *Essential Elements of Obstetric Care at First Referral Level*. WHO, 1991.
24. *Global Blood Safety Initiative: Guidelines for the Appropriate Use of Blood*.- WHO, 1989.
25. *Improving access to quality care in family planning*. Medical eligibility criteria for contraceptive use. World Health Organization. Geneva, 2000.
26. Lahteenmaki P. Postabortal Contraception. Annals of Medicine.- 1993.- Vol.25.- P. 185-189.
27. Leonard and Winkler. Postabortion Family Planning: A Women’s Informed Choice Today Can Prevent an Unwanted Pregnancy. IPAS. - Advantages in Abortion Care. - 6 (1).
28. *Post-abortion family planning: a practical guide for programme managers*. Division of Reproductive Health (Technical Support). Family and Reproductive Health WHO. – Geneva. – 1997. – 84 P.
29. Senlet P, Mathis J, Curtis SL, Raggars H. The role of changes in contraceptive use in the decline of induced abortion in Turkey. Studies in Fam.Plann. – 2001. - Vol. 32 (1).- P. 41-52.
30. Vorherr H: Contraception after abortion and postpartum. Am.Obstet.Gynec.. – 1973. - N117. – P.1002-1005.
31. Winkler, J., Oliveras, E., and McIntosh, N., eds. Postabortion Care: A Reference Manual for Quality of Care. USA: Postabortion Care Consortium. 1995.
32. Wynnyczuk V, Uzel R. Czech Republic and Slovak Republic. In: David HP, Skiloglanis J (Eds.) From Abortion to Contraception: A resource to public policies and reproductive behavior in Central and Eastern Europe from 1917 to present. Westport, Connecticut: Greenwood Press. 1999. - P.91-120.