International Planned Parenthood Federation (IPPF)
4 Newhams Row
London SE1 3UZ
United Kingdom

tel.: +44 (0) 20 7939 8200
fax: +44 (0) 20 7939 8300
e-mail: info@ippf.org
www.ippf.org

Българска асоциация по семейно планиране и сексуално здраве (БАСП)
1504 гр. София
бул. Дондуков 67
тел.: (02) 943 30 52
(02) 943 37 10
(02) 944 19 26
e-mail: bfpa@online.bg
www.safesex.bg

Клонове на БАСП в страната:

Бургас	(056) 81 30 35
Варна	(052) 61 38 00
Долна Митрополия	(06552) 23 12
Пловдив	(032) 64 44 58; 60 24 25
Русе	(082) 83 40 45
Стара Загора	(042) 64 70 64

The International Planned Parenthood Federation (IPPF) is a global network of 149 Member Associations working in 182 countries, and the world's foremost voluntary, non-governmental provider and advocate of sexual and reproductive health and rights.

НАРЪЧНИК ЗА ПРЕДОСТАВЯЩИТЕ УСЛУГИ В ОБЛАСТТА НА СЕКСУАЛНОТО И РЕПРОДУКТИВНО ЗДРАВЕ

НАРЪЧНИК ЗА ПРЕДОСТАВЯЩИТЕ УСЛУГИ

В ОБЛАСТТА НА СЕКСУАЛНОТО И РЕПРОДУКТИВНО ЗДРАВЕ

ТРЕТО ИЗДАНИЕ 2004








МЕЖДУНАРОДНА ФЕДЕРАЦИЯ ПО СЕМЕЙНО ПЛАНИРАНЕ

НАРЪЧНИК ЗА ПРЕДОСТАВЯЩИТЕ УСЛУГИ В ОБЛАСТТА НА СЕКСУАЛНОТО И РЕПРОДУКТИВНО ЗДРАВЕ (СРЗ)

ТРЕТО ИЗДАНИЕ, 2004

ISBN?

Велимира Димитрова, превод, 2006

Росен Георгиев, превод, 2006

Димитър Кирков, редактор, 2006

д-р Радосвета Стаменкова, редактор, 2006

Найден Ангелов, графично оформление, 2006

Настоящото издание на Българската асоциация по семейно планиране и сексуално здраве се публикува с финансовото съдействие на Международната федерация по семейно планиране и Фондацията "Бил и Мелинда Гейтс".

СЪДЪРЖАНИЕ

Предговор

Благодарности

Инструкции за ползване

Глава 1 ПРАВА НА КЛИЕНТА И НУЖДИ НА ПРЕДОСТАВЯЩИТЕ УСЛУГИ

1 Въведение

2 Права на клиентите

3 Нужди на предоставящите услуги

Глава 2 КОНСУЛТИРАНЕ

1 Какво представлява консултирането?

2 Консултиране по сексуално и репродуктивно здраве

3 Кой може да консултира?

4 Заобикалящата среда

5 Връзката между образование/информация и консултиране

6 Контрацептивно консултиране

6.1 Избор на метод

6.2 Обяснения как да се използва избраният метод

6.3 Следващо посещение с цел проследяване

6.4 Проблеми при използване на метода

6.5 Неуспех на метода

6.6 Интегрирано консултиране по ППИ и HIV/СПИН

7 Консултиране на групи със специални нужди

Глава 3 НОРМАЛНИЯТ МЕНСТРУАЛЕН ЦИКЪЛ

1 Въведение

2 Овариален/яйчников цикъл

2.1 Фоликуларна фаза

2.2 Лутеална фаза

3 Ендометриален цикъл

4 Цервикален цикъл

5 Оплождане

Глава 4 СКРИНИНГ НА РЕПРОДУКТИВНОТО ЗДРАВЕ ПРИ ЖЕНИ БЕЗ ОПЛАКВАНИЯ

1 Въведение

2 Състояния, подлежащи на скрининг в областта на СРЗ

3 Кой подлежи на скрининг?

4 Кой може да извършва скрининг?

5 Необходими условия за успешна скрининг-програма

6 Скрининг на репродуктивното здраве

6.1 Снемане на анамнеза

6.2 Физикален преглед

6.2.1 Скрининг на карцинома на млечната жлеза

6.2.2 Гинекологичен преглед

6.3 Други изследвания

6.4 Честота на скринингa при жени без оплаквания

6.5 Други въпроси за разглеждане по време на скринингa на репродуктивното здраве

7 Скрининг на карцинома на маточната шийка

8 Менопауза

Глава 5 ХОРМОНАЛНА КОНТРАЦЕПЦИЯ

1 Въведение

2 Комбинирани орални контрацептиви (КОК)

2.1 Определение

2.2 Показания

2.3 Медицински критерии за избор

2.4 Специални случаи

2.5 Консултиране и информация

2.6 Кой може да осигурява КОК?

2.7 Преценка на здравословното състояние

2.8 Избор на КОК

2.9 Инструкции към клиента

2.10 Контролни прегледи

2.11 Снабдяване с КОК

2.12 Странични ефекти

2.13 Мениджмънт на услугите

3 Прогестогенови орални контрацептиви

3.1 Определение

3.2 Показания

3.3 Медицински критерии за избор

3.4 Специални случаи

3.5 Консултиране и информация

3.6 Кой може да осигурява ПОК?

3.7 Преценка на здравословното състояние

3.8 Инструкции към клиента

3.9 Контролни прегледи и снабдяване с ПОК

3.10 Странични ефекти

3.11 Мениджмънт на услугите

4 Мениджмънт на услугите, свързани с оралните контрацептиви

4.1 Услуги по семейно планиране, базирани в общността

4.2 Клинични услуги

4.3 Снабдяване с таблетки

4.4 Съхраняване, срок на годност и доставки

5 Прогестогенови инжекционни контрацептиви (ПИК)

5.1 Определение
5.2 Показания
5.3 Медицински критерии за избор
5.4 Специални случаи
5.5 Консултиране и информация
5.6 Кой може да предоставя ПИК?
5.7 Преценка на здравословното състояние
5.8 Предоставяне на ПИК
5.9 Инструкции към клиента
5.10 Контролни прегледи и проследяване
5.11 Странични ефекти
5.12 Мениджмънт на услугите

6 Комбинирани инжекционни контрацептиви (КИК)

6.1 Определение
6.2 Показания
6.3 Медицински критерии за избор
6.4 Специални случаи
6.5 Консултиране и информация
6.6 Кой може да осигурява КИК?
6.7 Преценка на здравословното състояние
6.8 Предоставяне на ПИК
6.9 Инструкции към клиента
6.10 Контролни прегледи и проследяване
6.11 Странични ефекти
6.12 Мениджмънт на услугите

7 Мениджмънт на услугите, свързани с инжекционни контрацептиви

8 Подкожни импланти

8.1 Определение
8.2 Показания

8.3 Медицински критерии за избор
8.4 Специални случаи
8.5 Консултиране и информация
8.6 Кой може да предоставя подкожни импланти?
8.7 Преценка на здравословното състояние
8.8 Избор на имплант
8.9 Поставяне и изваждане
8.10 Инструкции към клиента
8.11 Контролни прегледи и проследяване
8.12 Странични ефекти
8.13 Мениджмънт на на услугите

9 Други видове комбинирани хормонални контрацептиви
9.1 Трансдермална лепенка
9.2 Вагинален пръстен

Глава 6 ВЪТРЕМАТОЧНИ СРЕДСТВА (ВМС, СПИРАЛИ)

1 Определение
2 Показания
3 Медицински критерии за избор
4 Специални случаи
5 Консултиране и информация
6 Кой може да поставя ВМС?
7 Преценка на здравословното състояние
8 Подбор на ВМС
9 Време на поставяне
10 Поставяне на ВМС
11 Инструкции към клиента
12 Последващи грижи
13 Странични ефекти
14 Усложнения

14.1 Перфорация

14.2 Обилно кръвотечение

14.3 Тазово-възпалителна болест

15 Бременност

16 Изчезване на конците

17 Кога се отстраняват ВМС

18 Мениджмънт на услугите

18.1 Клиничната документация на потребителя

18.2 Доставка

18.3 Обучение

Глава 7 БАРИЕРНИ МЕТОДИ НА КОНТРАЦЕПЦИЯ

1 Въведение

1.1 Общи показания

1.2 Медицински критерии за избор

1.3 Преценка на здравословното състояние

1.4 Мениджмънт на услугите

2 Презервативи

2.1 Определение

2.2 Показания

2.3 Медицински критерии за избор

2.4 Консултиране и информация

2.5 Подбор на презерватив

2.6 Инструкции към потребителя

2.7 Странични ефекти

2.8 Мениджмънт на услугите

3 Диафрагми

3.1 Определение

3.2 Показания

3.3 Медицински критерии за избор

3.4 Консултиране и информация

3.5 Преценка на здравословното състояние

3.6 Подбор на диафрагма

3.7 Кой може да предоставя диафрагми?

3.8 Оразмеряване на диафрагмата

3.9 Инструкции към потребителя

3.10 Последващи грижи

3.11 Странични ефекти

3.12 Мениджмънт на услугите

4 Спермициди

4.1 Определение

4.2 Показания

4.3 Медицински критерии за избор

4.4 Консултиране и информация

4.5 Подбор на спермицид

4.6 Инструкции към потребителя относно спермицидите

4.7 Странични ефекти

4.8 Мениджмънт на услугите

Глава 8 ДОБРОВОЛНА МЪЖКА И ЖЕНСКА ХИРУРГИЧНА СТЕРИЛИЗАЦИЯ

1 Въведение

1.1 Определение

1.2 Общи бележки

1.3 Предоперативен преглед

1.4 Консултиране и информация

1.5 Информирано съгласие

1.6 Медицинска преценка

1.7 Анестезия

1.8 Хирургически правила за осигуряване на безопасност

1.9 Следоперативни инструкции

1.10Усложнения

1.11. Обратимост (реверзибилност, възстановяване на фертилитета)

1.12. Мениджмънт на услугите

2 Мъжка доброволна хирургическа стерилизация

2.1. Определение

2.2. Показатели

2.3. Медицински критерии за избор

2.4. Консултиране, информация и информирано съгласие

2.5. Кой може да извършва вазектомия?

2.6. Медицинска преценка

2.7. Предоперативна подготовка

2.8. Анестезия и хирургическа процедура

2.9. Следоперативни грижи

2.10. Инструкции към мъжете след процедурата

2.11. Следоперативна грижа

2.12. Усложнения

3 Женска доброволна хирургическа стерилизация

3.1. Определение

3.2. Показатели

3.3. Медицински критерии за избор

3.4. Консултиране, информация и информирано съгласие

3.5. Кой може да извършва стерилизация на жени?

3.6. Медицинска преценка

3.7. Подбор на подходящ момент при извършването на стерилизационни процедури при жени

3.8. Предоперативна подготовка

3.9. Анестезия и хирургическа процедура

3.10. Следоперативни грижи

3.11. Инструкции за жените след процедурата

3.12. Последващи грижи

3.13. Усложнения

Глава 9 ЕСТЕСТВЕНИ МЕТОДИ (МЕТОДИ, ОСНОВАВАЩИ СЕ НА ПРЕЦЕНКА НА ФЕРТИЛНИЯ ПЕРИОД ОТ МЕНСТРУАЛНИЯ ЦИКЪЛ)

1 Въведение

1.1 Общи положения и индикации

1.2 Противопоказания

1.3 Състояния, изискващи внимателна преценка

1.4 Специални ситуации

1.5 Консултиране и информация

1.6 Кой може да дава инструкции, свързани с метода?

1.7 Здравна оценка

1.8 Преподаване на метода

1.9 Последваща грижа

2 Метод на базалната телесна температура (БТТ)

2.1 Определение

2.2 Противопоказания

2.3 Консултиране и информация

2.4 Инструкции към клиентите

3 Метод на цервикалната слуз (овулационен метод на Billings)

3.1 Определение

3.2 Противопоказания

3.3 Условия, които изискват внимателно обмисляне

3.4 Консултиране и информация

3.5 Инструкции към клиентите

3.6 Модифициран слузен метод

4 Календарен или ритмичен метод (метод на Ogino-Klaus)

4.1 Определение

4.2 Противопоказания

4.3 Условия, които изискват внимателно обмисляне

4.4 Консултиране и информация

4.5 Инструкции към клиента

5 Симпто-термален метод

5.1 Определение

5.2 Противопоказания

5.3 Консултиране и информация

5.4 Инструкции към клиентите

6 Метод на броене на дните (МБД)

6.1 Определение

6.2 Противопоказания

6.3 Инструкции към клиентите

Глава 10. СПЕШНА КОНТРАЦЕПЦИЯ

1. Въведение

1.1 Общи показания

1.2 Видове спешна контрацепция

2 Таблетки за спешна контрацепция

2.1 Схема на прием

2.2 Ефикасност

2.3 Странични ефекти

2.4 Показания

2.5 Медицински критерии за приложимост

2.6 Кой може да предоставя таблетки за спешна контрацепция?

2.7 Консултиране и информация

2.8 Оценка на здравословното състояние

2.9 Инструкции към клиента

2.10 Повторно посещение

2.11 Насърчаване на употребата на обикновена контрацепция след употреба на таблетки за спешна контрацепция

3 Спирала съдържаща мед

3.1 Ефикасност

3.2 Показания

3.3 Медицински критерии за приложимост

3.4 Специални случаи

3.5 Кой може да поставя спирала?

3.6 Консултиране и информация

3.7 Оценка на здравословното състояние

3.8 Поставяне на спиралата

3.9 Инструкции за клиента

3.10 Повторно посещение

3.11 Странични ефекти

4 Мениджмънт на услугите

4.1 Застъпничество

4.2 Осигуряване на информация

4.3 Увеличаване на достъпността

4.4 Места където се предоставят услугите

Глава 11. ДИАГНОСТИКА НА БРЕМЕННОСТТА

2 Въведение

3 Клинична диагностика (без лабораторни тестове)

4 Симптоми и признаци на бременност

4.1 Симптоми

4.2 Признаци

5 Лабораторна диагностика

5.1 Тестове за инхибиране на аглутинацията

5.2 Имунометрични тестове и радиоимунология

6 Как да бъдем сравнително сигурни, че жената не е бременна

7 Консултиране след диагностиране на бременност

Глава 12 БЕЗОПАСЕН АБОРТ

1 Въведение

1.1 Определение

1.2 Общи показатели

1.3 Консултиране и информация

2 Информирано съгласие, конфиденциалност и поверителност

3 Грижи преди аборта

3.1 Анамнеза

3.2 Физически преглед

3.3 Лабораторни изследвания

4 Методи за аборт

4.1 Медикаментозни методи

4.2 Методи с оперативна намеса

5 Последващи прегледи

5.1 Наблюдение по време на периода на възстановяване

5.2 Инструкции за грижи след аборта

5.3 Признаци и симптоми, изискващи спешно внимание

5.4 Действия в случай на усложнения след аборта

6 Контрацептиви и консултиране относно ППИ

Глава 13. ИНФЕКЦИИ НА РЕПРОДЕКТИВНИЯ ТРАКТ. ИНФЕКЦИИ,ПРЕДАВАНИ ПО ПОЛОВ ПЪТ

1 Въведение

1.1 Определение

1.2 Ролята на услугите, свързани със сексуалното и репродуктивно здраве / семейното планиране

2 Превенция

3 Лечение на ИРТ/ППИ

3.1 Синдромно лечение

3.2 Синдромно плюс клинично лечение

3.3 Синдромно плюс клинично лечение и лабораторни тестове

3.4 Клинично лечение плюс лабораторни тестове (етиологична диагноза)

4 Консултиране и информация

4.1 Инструкции за клиентите

5 Лечение на партньора

6 Контролни прегледи

6.1 Неуспешно лечение

7 Мениджмънт на услугите

7.1 Администрация

7.2 Обучение

7.3 Ръководни инструкции

7.4 Система за пренасочване

7.5 Мониторинг и супервизия

Глава 14 ХИВ и СПИН

1 Въведение

1.1. Определение

1.2. Заразяване

1.3. Ролята на сексуалните и репродуктивни здравни услуги

2 Превенция

2.1 Превенция на предаване по полов път

2.2 Превенция на предаване не по полов път

2.3 Превенция на предаване от типа „майка-дете"

2.4 Превенция на предаване в здравни заведения

3 Контролиране на ХИВ/СПИН

3.1 Доброволно консултиране и тестване

3.2 Последващо консултиране

3.3 Уведомяване на партньора/консултиране

3.4 Сексуално поведение

3.5 Вземане на решения, свързани с възпроизводството

3.6 Контрацепция

3.7 Лечение

3.8 Грижа и подкрепа на инфектирани хора

Глава 15 ПРЕВЕНЦИЯ И КОНТРОЛ НА ИНФЕКЦИИТЕ

1 Въведение

2 Определения

3 Антисептика

3.1 Индикатори

3.2 Избор на антисептик

3.3 Приготвяне, складиране и изхвърляне на антисептици

4 Процедури за обработване на инструментите и оборудването

4.1 Обеззаразяване

4.2 Почистване

4.3 Стерилизация

5 Обработване на отделни предмети

5.1 Горната повърхност на маса за гинекологични прегледи или други големи повърхности.

5.2 Платнени пособия при хирургически процедури (шапки, маски, престилки и стерилни покривки)

5.3 Ръкавици (гумени или синтетични)

5.4 Инструменти за гинекологичен преглед

5 5 Инструменти за стерилизация на мъже и жени (освен лапароскоп), поставяне или махане на импланти и поставяне на спирала.

5.6 Ендоскопи (лапароскопи)

5.7 Игли и спринцовки

5.8 Контейнери за съхраняване на инструменти

5.9 Вода

6 Съхранение на стерилизирано или дезинфекцирано оборудване

7 Грижа по време на процедури

7.1 Миене на ръце

7.2 Слагане на ръкавици

7.3 Процедури с инжекции

8 Околна среда

8.1 Почистване на площите, където се извършват дейности

8.2 Натовареност (преминаващи хора)

8.3 Площ за обработване на инструменти и други предмети

8.4 Пренасяне на чисти, дезинфекцирани, стерилни и замърсени предмети

8.5 Изхвърляне на отпадъци

9 Профилактични антибиотици

10 Управление

10.1 Администрация

10.2 Насоки за работа

10.3 Обучение

10.4 Мониторинг и супервизия

Съкращения, най-често употребявани в наръчника

Българската асоциация по семейно планиране и сексуално здраве (БАСП) в последните две десетилетия полага целенасочени усилия да предоставя актуална информация за редица аспекти на сексуалното и репродуктивно здраве като съществена част от разнообразния си пакет от образователни издания.

С голямо удоволствие БАСП представя настоящото, трето и преработено издание на Международната федерация по семейно планиране "Наръчник за предоставящите услуги в областта на сексуалното и репродуктивно здраве". Една от най-значимите цели на наръчника е да бъдат пояснени и спазвани стандартите за качество в тази област, като по този начин бъдат удовлетворени изискванията на нашите клиенти, а предоставянето на услуги се издигне на едно ново, качествено различно и отговарящо на съвременните потребности ниво. Надяваме се това издание да бъде полезно и интересно четиво за всички Вас!

проф. Тодор Чернев,
почетен председател на Управителния съвет на БАСП

София, 2006 г.

ПРЕДГОВОР

В продължение на петдесет години МФСП се стреми да направи достъпни за милиони хора по света образованието и услугите в областта на сексуалното и репродуктивно здраве. Чрез своите шест регионални офиса и глобалната си мрежа в 149 асоциации-членки МФСП осигурява грижи и се бори за правата на гражданите в тази сфера.

МФСП полага усилия, за да постигне универсален достъп на жени, мъже и специално – на млади хора, до услуги, които засягат тяхното сексуално и репродуктивно здраве. Днес е напълно очевидно, че правото да определят броя на децата си и интервала между раждания им, както и запазването на добро сексуално здраве, помагат на хората да подобрят качеството на своя живот.

Принуден да се ограничава с оскъдни ресурси и при един непрекъснато нарастващ отпор на консервативните среди, Стратегическият план на МФСП, преутвърден през 2003 г., акцентира върху четири предизвикателства пред репродуктивното здраве, които все още не са намерили решение:

I. Да се задоволяват потребностите на младите хора от целия свят в областта на сексуалното и репродуктивно здраве.

II. Да се води борба срещу HIV/СПИН.

III. Да се премахне рисковият аборт и да се подобри достъпът до безопасен аборт.

IV. Да се предоставят услуги, засягащи сексуалното и репродуктивно здраве на маргинализирани групи и на хора в неравностойно положение.

V. Да се осъществи застъпничество, основано както на фактически данни, така и на наличен опит, което би позволило на МФСП да заеме водеща позиция в защитата и популяризирането на репродуктивните и сексуални права.

За да осигури успех на Стратегическия план, МФСП гарантира висококачествени услуги посредством своята мрежа. Настоящият наръчник е важна част от дългосрочната ни цел да повишим равнището на оказваната помощ.

Наръчникът на МФСП е предназначен за лица, предоставящи услуги в областта на СРЗ, и цели да подобри техните познания и умения, да гарантира, че те са в състояние да удовлетворят нуждите на своите потребители.

В изпълнение на тази задача наръчникът е технически издържан (подкрепен от научни изследвания), социално уместен (приемлив за хората, които ще го използват) и оперативно адекватен (съобразен със законодателствата и акту-

ализиран). Той е написан така, че да се адаптира лесно към нуждите и възможностите на различните среди, в които ще се използва.

Настоящото трето издание се основава на успеха, постигнат от предходните издания, и се стреми да обхване нуждите и правата както на предоставящите услуги, така и на техните потребители. Изданието включва четири нови глави: "Нормалният менструален цикъл", "Скрининг на репродуктивното здраве при жени без оплаквания", "Безопасен аборт" и "ХИВ и СПИН". Познанията за контрацепцията непрекъснато се разширяват, поради което предишните глави за нейните методи са актуализирани. Това наложи съвременната литература в областта на контрацепцията да бъде осмислена, като новите глави включват и резултатите на една много важна дейност по изграждането на консенсус – прегледа на медицинските критерии за избор на контрацептиви, финансиран от Световната здравна организация (СЗО) през м. октомври 2003 г., както и препоръките на заседанието по отбрани практики, организирано от СЗО през м. април 2004 г.

В тези усилия свой принос имат всички водещи организации, които участват в изграждането на политики и програми по семейно планиране. Активна роля тук изигра МФСП и нейният Международен консултативен медицински съвет (IMAP). Прегледана бе информацията за противопоказанията при използване на различни методи на контрацепция и за състоянията, изискващи внимателна преценка, така че тази информация да бъде адекватна на актуализираните критерии на СЗО. Както и при предходните издания, наръчникът е разработен съобразно напътствията на IMAP.

Опитът показва, че наръчникът е полезен, само ако наистина е достъпен на хората, за които е предназначен. Бихме се радвали на всички ваши коментари и на обратната ви връзка с нас, така че да може да подобрим бъдещите издания.

Радвам се, че мога да препоръчам този наръчник на всички, които работят за постигане на по-добро сексуално и репродуктивно здраве.



Д-р Стивън У. Синдинг

Генерален директор на МФСП

Лондон 2004 г.

Благодарности

Този наръчник е създаден благодарение помощта и напътствията на Международния консултативен медицински съвет (IMAP) на МФСП. Някои от разделите са написани, като са използвани официални декларации на IMAP.

Членове на IMAP:

д-р Халида Ахтар
д-р Соледат Диаз
д-р Анна Глейсиър
д-р Хелън Рандера-Рийз
д-р Пол ван Лук
д-р Уорд Кейтс
д-р Линдзи Едуърд
д-р Хърбърт Петерсън
проф. Фред Сай
д-р Едит Вайсберг

Специална благодарност изразяваме на д-р Карлос Хуезо, съавтор на първото и второто издание, инициатор за разработване и на настоящото трето издание, на д-р Уша Малхотра, съавтор на сегашното издание, допринесла за написване на новите глави "Безопасен аборт", "ХИВ и СПИН" и "Скрининг на репродуктивното здраве при жени без оплаквания", както и на Марк Поулсън, редактор на книгата.

Отделни глави на наръчника бяха рецензирани също от регионалните съветници по качество на предоставяните услуги, както и от екипа на централния офис на МФСП. Сред тях са:

д-р Гейн Долиан
д-р Рим Есгейри
г-жа Илка Мария Рондмели
д-р Шейх Уедраого
д-р Манама Бари
д-р Магди Халед
д-р Пратима Митра
д-р Нехемиа Кимати
г-жа Патриша Матюс

Важен принос за новото издание има и следният персонал на Engender Health: д-р Кармела Кордеро, проф. д-р Джон Пайл, д-р Рой Джейкъбстейн и д-р Виктория Дженингс, Директор на Института по репродуктивно здраве към Медицинския център на университета в Джордтаун.

Специални благодарности поднасяме и на следните членове от екипа на МФСП:

Г-жа Сузане Фиам – за нейния принос към техническите аспекти на наръчника.

Г-жа Лора Фиини – за надзора ѝ върху логистиката на продукцията.

Г-жа Доорти Врекен – за приноса ѝ към глава "Консултиране".

Д-р Марсел Векеманс – за редакцията на глава "Безопасен аборт".

Д-р Ноно Симелела – за редакцията на глава "ХИВ и СПИН".

Най-искрено благодарим на д-р Стивън У. Синдинг, Генерален директор на МФСП, и на г-жа Лин Томас, заместник-директор, за тяхното насърчение и подкрепа при подготовката на настоящата книга.

ИНСТРУКЦИИ ЗА ПОЛЗВАНЕ

1. Цел на наръчника

Наръчникът на МФСП е предназначен за предоставящи услуги в областта на сексуалното и репродуктивно здраве и следва да се използва в техните програми, включително по семейно планиране, а именно:

- *Като наръчник за предоставяне на услуги.*

Наръчникът дава на мениджъри и на предоставящи услуги ясни напътствия за планирането и изпълнението на задачи, свързани с техните задължения.

- *Като референтен документ за оценка на качеството на грижите.*

Наръчникът е насочен към предоставяне на услуги с висок стандарт на качество. Ето защо нивото на услугите може да се оцени чрез сравняване на действителното им изпълнение с препоръките и инструкциите, които се съдържат в наръчника.

- *Като инструмент за обучение.*

Всяка глава от наръчника може да служи за база, върху която да се разработят програми за обучение.

- *Като инструмент за контрол.*

Насоките могат да служат на контролиращите за препоръки в случаи, които изискват промяна на действията, както и при установяване на потребност от обучение. Наръчникът позволява на проверяващите да насочат вниманието на работния екипа към съществени моменти в качеството на услугите и към подходящи процедури.

2. Потребители

Потребители на наръчника са мениджъри на програми за предоставяне на клинични услуги, както и преподаватели и контролиращи клиничните дейности. Наръчникът е подходящ за лекари, медицински сестри, акушерки и други здравни специалисти. Съдържанието му, свързано с услуги, които се предоставят директно на общността, може да се използва за разработване на учебни материали на местно ниво.

3. Формат

Наръчникът се състои от 15 глави. В сравнение с изданието от 1997 г. настоящата публикация е преработена и допълнена с 4 нови глави: "Нормалният менструален цикъл" (глава III), "Скрининг на репродуктивното здраве при жени без оплаквания" (глава IV), "Безопасен аборт" (глава XII) и "ХИВ и СПИН" (глава XIV).

Препратки

За да се избегне излишно дублиране на предоставената информация, са включени препратки между отделните глави, както и в рамките на всяка от тях. Тези препратки посочват конкретната глава и конкретния раздел от главата. Най-често се срещат препращания към други раздели от същата глава.

International Planned Parenthood Federation

СЕКСУАЛНИ И РЕПРОДУКТИВНИ ПРАВА

www.IPPF.ORG

ПРАВО на живот.

ПРАВО на свобода и лична неприкосновеност.

ПРАВО на равенство и свобода от всяка форма на дискриминация.

ПРАВО да се зачита личността.

ПРАВО на свобода на мисълта.

ПРАВО на информация и образование.

ПРАВО на избор при встъпването в брак, в създаването и планирането на семейство.

ПРАВО на решение дали и кога да бъде създадено поколение.

ПРАВО за получаване на здравни грижи и здравна защита.

ПРАВО на достъп до постиженията на научния прогрес.

ПРАВО на свобода за сдружаване и за политическа дейност.

ПРАВО на свобода от изтезания и нечовешко или унизително отношение.

1 ПРАВА НА КЛИЕНТА И ПОТРЕБНОСТИ НА ЛИЦАТА, ПРЕДОСТАВЯЩИ УСЛУГИ

1. Въведение

Цел на програмите, свързани със сексуалното и репродуктивно здраве, е да бъде подобрено качеството на живот на всички жени, мъже и млади хора. За да се постигне това, всички предоставяни услуги трябва да бъдат с адекватно съдържание и високо качество.

От края на 80-те години на миналия век се отделя особено внимание на концепцията за качество на услугите, специално се изтъква нейната важност. Това повиши удовлетвореността на клиентите, усили потребността им да търсят помощ в областта на сексуалното и репродуктивно здраве, включително и за семейно планиране. Високото качество на тази дейност гарантира, че потребителите са получили възможност да вземат информирани, конфиденциални и навременни решения, засягащи тяхното сексуално и репродуктивно здраве.

Тъй като достъпът до тази дейност и семейното планиране са признато право на всички индивиди и двойки, качеството на услугите вече се схваща като право на клиента, разширяващо дефиницията за "потребител" не само до лица, които се обръщат за дадена услуга към системата на здравеопазването, но и до всеки член на обществото, нуждаещ се от такова съдействие.

Клиентът следва да бъде в центъра на всички дейности по сексуално и репродуктивно здраве и семейно планиране. "Подход, ориентиран към клиента", означава, че предоставящите услуги се съобразяват с нуждите на потребителя, спазват и уважават неговите права. Едновременно мениджърите и контролиращите трябва да имат предвид, че освен спазените права на клиентите, трябва да бъдат задоволени потребностите на ония звена, които предоставят услуги. Взети заедно, **правата на клиента** и потребностите на **предоставящия услуги** формират двата "стълба" на желаното качество.

2. Права на клиентите

Правото на всички индивиди и двойки да решават свободно броя на своите деца и интервала между раждания им е международно установено от много години. Техеранската Декларация за човешките права от 1968 г. например сочи: "Родителите имат основното човешко право да определят свободно и отговорно броя и интервала между раждания на децата си." Международната Конференция по населението и развитието (ICPD), проведена в Кайро през 1994 г., допълни тази декларация, изтъквайки, че "жените и мъжете имат право да бъдат информирани и да разполагат с достъп до услуги по сексуално и репродуктивно здраве по свой избор, а самите услуги трябва да са безопасни, ефективни, лесно достъпни и адекватни".

В съответствие с тези декларации биха могли да се определят следните **права на клиентите**:

2.1. Право на информация

Всички индивиди имат право да знаят ползата от услугите по сексуално и репродуктивно здраве и тяхната наличност както за самите тях, така и за семействата им. Също така те имат право да знаят откъде и как да получат повече информация за планиране на семейството си, както и за услуги по сексуално и репродуктивно здраве. Всички програми в тази област следва активно да разпространяват нужните сведения, и то не само в местата за предоставяне на услуги, но и сред цялата общност.

2.2. Право на достъп

Всички индивиди имат право да получават услуги по сексуално и репродуктивно здраве, независимо от тяхната раса, пол или сексуална ориентация, семейно положение, възраст, религиозни или политически убеждения, етническа принадлежност, инвалидност или каквато и да е друга характеристика, която може да направи въпросните лица уязвими от дискриминация. Спазването на това право изисква да се осигури достъп на индивидите до различните специалисти, оказващи здравна помощ, както и до системите, предоставящи такива услуги.

Програмите за сексуално и репродуктивно здраве следва да предприемат необходимите стъпки, за да гарантират, че услугите достигат до всички индивиди, нуждаещи се от тях, и особено до онези, за които здравната помощ е все още трудно достъпна.

2.3. Право на избор

Индивидите и двойките имат право свободно да решават дали да контролират своята фертилност и кои методи да използват за тази цел. Когато търсят контрацептивни услуги, клиентите трябва да избират свободно кои средства за контрацепция да употребят. Програмите по сексуално и репродуктивно здраве следва да подпомагат индивидите, така че техният избор да бъде свободен и да се основава на информираност, като им се предоставят непредубедени сведения, обучение и консултиране, както и адекватен набор от контрацептивни методи. Потребителите имат **право да използват избрания от тях метод – при положение, че липсват противопоказания за прилагането му в конкретния случай**.

Концепцията за приемливост и уместност на метода се променя според обстоятелствата. Следователно правото на избор включва също и решението

на потребителя да прекрати избрания метод на контрацепция, за да премине към друг.

Трябва да се има предвид и друг аспект на избора: доколкото това е практически възможно, потребителите имат право да решат къде да получат услугите по сексуално и репродуктивно здраве, както и да изберат лицето, предоставящо такива услуги, с което се чувстват най-комфортно. Това може да включва избор на чисто пространствено местоположение или на начина за предоставяне на помощта (например в общността, в аптека или място за продажба без рецепта, в болница, здравен център или клиника по сексуално и репродуктивно здраве). **Предоставящите услуги от държавния, неправителствения и частния сектор би следвало да приветстват създаването на нови центрове**.

2.4. Право на безопасност

Потребителите имат право на защита от нежелана бременност, болести и сексуално насилие, а когато получават услуги по сексуално и репродуктивно здраве, правото на безопасност включва:

- Макар да е установено и признато, че ползите от семейното планиране надвишават рисковете за здравето, потребителите имат право да бъдат защитени от всеки възможен отрицателен ефект на контрацептивния метод върху физическото и душевното им здраве.
- Тъй като нежеланата бременност може да предизвика риск за здравето, правото на безопасност включва и правото на ефективна контрацепция.
- Потребителите имат право на защита и срещу други рискове за здравето, които не са свързани с метода на контрацепция (например защита от опасността да се инфектират при използване на заразени инструменти).

Безопасността е част от качеството на предоставяните услуги. Това включва както изискване към заведението да отговаря на необходимите условия, така и техническа компетентност на обслужващия персонал. Гарантираното право на клиента за безопасност обхваща: подпомагане при избора на контрацептив, основано върху нужната информация; скрининг на противопоказанията; използване на подходящи техники при прилагане на метода (ако такива са налице); обучение за подходящо използване на метода и осигуряване на проследяващо наблюдение. Условията в медицинския обект, а също материалите и инструментариума, трябва да отговарят на поставените цели.

Задължително е всички усложнения или значими странични ефекти да получат подходящо лечение. Ако такова лечение не може да се извърши на конкретното място, потребителят трябва да бъде насочен към друго заведение.

2.5. Право да се зачита личността

Клиентите имат право да разискват своите нужди или опасения в защитена среда. Те трябва да знаят, че разговорът им с консултанта или с предоставящия услугите няма да стане достояние на трети лица.

Прегледът на клиента следва да се извършва в среда, в която се спазва неговото право на физическо уединение. Правото на потребителя да бъде зачитана личността му включва и следните елементи, определящи качеството на услугите:

- Когато бива преглеждан или консултиран, клиентът има право да бъде информиран за ролята, която изпълнява всеки индивид, намиращ се в помещението, различен от лицата, директно предоставящи услуги (например преминаващи обучение, наблюдаващи, инструктори, изследователи и т.н.). Когато се налага присъствие на обучавани лица, е необходимо предварително разрешение от потребителя.
- Клиентът има право да познава предварително типа преглед, който ще му бъде извършен. Той/тя има право също да откаже всеки конкретен тип преглед, при който не се чувства комфортно, или пък да поиска прегледът да се извърши от друг специалист.
- Всички обсъждания, свързани със случая и провеждани в присъствието на клиента (особено в учебни заведения), следва да включват и самия него, както и да отчитат мнението му.

2.6 Право на конфиденциалност

Наложително е на клиентите да се гарантира, че никаква информация, предоставена от тях, както и никакви подробности за получените услуги, няма да бъдат разгласени пред трети страни без съгласието им. Правото на конфиданциалност се защитава от Хипократовата клетва. Дейностите по сексуално и репродуктивно здраве следва да се извършват в съответствие с местните законови изисквания и с етичните норми.

Нарушението на конфиденциалността може да стане причина потребителят да бъде изолиран от своята общност или пък да се отрази отрицателно на брачния му статус.

Нарушението на конфиденциалността намалява също доверието и уповането на целевата група към екипа, който работи по съответната програма. Спазвайки принципа на конфиденциалността, предоставящите услуги трябва да се въздържат да споменават клиентите по име или в присъствието на други клиенти. Проблемите на потребителите не бива да се обсъждат извън обектите, в които се работи. Клиничната документация на клиентите да се затваря и архивира веднага след употреба. По същия начин трябва да се контролира и достъпът до клиничната документация.

2.7. Право на достойнство

Клиентите имат право да бъдат третирани със съчувствие, учтивост, зачитане, внимание и пълно уважение на тяхното достойнство, независимо от нивото им на образование, социалния им статус или каквито и да било други характеристики, които биха могли да ги правят различни или податливи на някаква форма на злоупотреба. Признавайки това право на клиента, предоставящите услуги трябва да са в състояние да се дистанцират от собствените си полови, семейни, социални или интелектуални предразсъдъци и стереотипи.

2.8. Право на комфорт

Клиентите имат право да се чувстват комфортно по време на услугите. Това тяхно право е тясно свързано с адекватността и организацията на местата за обслужване (например те задължително трябва да разполагат с подходяща вентилация, осветление, чакални, тоалетни). Клиентите следва да прекарват в работните помещения нормално количество време – колкото е необходимо, за да получат услугите. Обектите, в които биват приемани, да съответстват на културните ценности, характеристики и изисквания на обществената среда.

2.9. Право на продължителност

Клиентите имат право да получават услуги по сексуално и репродуктивно здраве, както и материали (например контрацептиви), през едно необходимо по продължителност време. Действията, насочени към конкретния клиент, не бива да се прекъсват, освен ако не е взето съвместно решение от специалиста и клиента. По-специално, достъпът на потребителя до други дейности по сексуално и репродуктивно здраве не трябва да зависи от обстоятелството дали той продължава да ползва контрацептивните услуги, или не. Клиентът има право да поиска прехвърляне на клиничната си документация в друго заведение. В такъв случай тази документация или нейно копие се изпращат в съответното заведение или се дават на потребителя.

Пренасочването и проследяването са други два важни аспекта на правото за необходима продължителност на услугите.

2.10. Право на мнение

Клиентите имат право да изразяват свободно възгледите си за оказваните им услуги. Независимо дали съдържат благодарност или недоволство, мненията на клиентите за качеството на извършената работа, заедно с предложенията им за промени, трябва да се възприемат положително, като част от продължаващото усилие на дадена програма да осъществи мониторинг върху услугите си, да ги оценява и подобрява.

В желания най-добър случай всички нови програми, както и отделните заведения за предоставяне на услуги, трябва да включват и съображенията на клиентите още в етапа на планиране. Целта е да се задоволят възможните нужди и предпочитания на потребителя по начин, който е подходящ за него.

Мениджърите на програми и предоставящите услуги са задължени да съблюдават всички права на клиента. Изпълнението на тази задача е непосредствено свързано с наличието и качеството на информацията и определя равнището на дейностите в областта на сексуалното и репродуктивно здраве, както и на семейното планиране.

3. Потребности на предоставящите услуги

Потребностите на предоставящите услуги изискват целенасочено внимание, така че те да могат да осъществяват правата на клиентите си. Без да бъдат задоволени техните нужди – например осигуряване на подходящи ресурси, подкрепа, обучение, – не е възможно специалистите наистина да реализират правата на потребителите.

В това отношение съществуват следните потребности:

3.1. Потребност от обучение

Предоставящите услуги трябва да имат възможност да разширяват и подобряват необходимите им знания и умения, за да изпълняват успешно всички задачи, свързани с тяхната работа. Несправедливо би било и към изпълнителя, и към неговите клиенти, ако се изисква решаване на задача, за която специалистът не е получил подходящо обучение. Ето защо отговорност на мениджърите е да установяват нуждите на екипите от обучение и да осигуряват необходимата подготовка.

Мениджърите на програми следва да имат предвид, че потребността от обучение на специалистите включва едновременно технически аспекти и комуникативни умения. Ефективната комуникация е от съществено значение, за да могат потребителите да разберат основната информация, на която всеки един от тях има право и която би улеснила процеса на вземане на решения, би дала положителен резултат след направения избор, включително при равносметката между риск и полза. Същевременно ефективната комуникация е необходима и на специалиста, за да схване добре конкретните обстоятелства, отнасящи се до отделния клиент.

3.2. Потребност от информация

На специалистите е необходима постоянна информация по всички въпроси, отнасящи се до техните задължения. Тъй като работата извън изолация е несравнимо по-резултатна, екипите трябва да са информирани за проблемите и насоките, свързани с дейността на колегите им от целия свят, дори когато те предоставят услуги в други области на програмата. Достъпът до актуализирана информация повишава авторитетността в твърденията на специалистите и предизвиква доверие в действията им.

3.3. Потребност от инфраструктура

Нужно е специалистите да разполагат с подходящи съоръжения, помещения и организация за предоставяне на услуги, за да се постигне приемливо ниво на качеството. Изискването за подходяща инфраструктура се отнася не само към услугите, оказвани в клинична обстановка, но и за дейностите, извършвани в общността. Там нуждата от ефективна организация е също толкова важна, колкото при клиничната работа.

Същевременно предоставящите услуги трябва да са сигурни, че работното им място е безопасно. Тук се включва и личната им безопасност – всяко ненужно излагане на риск от инфекция, примерно с ХИВ/СПИН.

3.4. Потребност от доставки

Предоставящите услуги се нуждаят от постоянни и сигурни доставки на всичко необходимо във връзка с методите на контрацепция, както и на материали, предназначени за опазване на сексуалното и репродуктивно здраве. При това е задължително да се поддържа съответният стандарт на качеството. За даден специалист, който желае да върши работата си добре, би било недопустимо да връща потребители, тъй като не може да им предостави желаните от тях средства за контрацепция. Цялостното снабдяване включва образователни материали, както и средства, осигуряващи безопасни и ефективни услуги.

3.5. Потребност от насоки

Предоставящите услуги се нуждаят от ясни, адекватни и обективни насоки, от такъв тип напътствия, които ще засилят ангажимента и компетентността им при оказване на висококачествена помощ. Тези напътствия трябва да са оформени писмено и според конкретните нужди да представляват практически въпросници, даващи съответните справки. За изпълнението им да се провежда ефективен контрол.

3.6. Потребност от подкрепа

Предоставящите услуги се нуждаят от сигурност като членове на една общност, в която отделните индивиди или звена се подкрепят взаимно, независимо от нивото на работата им (било извън, било в рамките на здравно заведение, предоставящо всички клинични услуги). За да изпълнят своя ангажимент, специалистите могат да поискат консултация или техническо съдействие, а също да насочат потребителите към друг специалист или друга институция. Програмите по сексуално и репродуктивно здраве и семейно планиране трябва да разработват механизми за улесняване на този процес.

3.7. Потребност от уважение

Предоставящите услуги имат нужда да се отдава дължимото на тяхната компетентност и способности, както и да се уважават чисто човешките им интереси. Необходимо е също системата да подкрепя техния стремеж да спечелят уважението на клиента. Така например трябва да се зачита решението на социалните работници да насочат някого към клинично заведение, като клиничният персонал обмисли внимателно техните съображения.

Наложително е да се избягват поведенчески фактори, които подронват уважението на клиента към специалистите – например в присъствие на потребители да се правят забележки на работещите за техни грешки или проблеми, особено по начин, който може да предизвика неудобство или срам.

Предоставящите услуги трябва да са защитени от всякакъв вербален и физически тормоз или обиди от страна на клиентите, на останалия персонал или на провеждащите контрол.

3.8. Потребност от поощряване и окуражаване

Предоставящите услуги се нуждаят от стимули за развитие на своя потенциал и инициативност. Трябва да бъдат поощрявани да се трудят свободно и независимо, в съответствие със способностите си, както и за извършване

на висококачествена работа. В това отношение подкрепа изисква и тяхната мотивация и ангажименти за успешна дейност в сферата на сексуалното и репродуктивно здраве и семейното планиране.

3.9. Потребност от обратна връзка

Предоставящите услуги имат нужда от обратна връзка, даваща информация за тяхната компетентност, нагласа и отношения. Това познание им помага да подобрят работата си и да бъдат по-отзивчиви към проблемите на клиента. Необходимо е да се поддържа обратна връзка с всички участници в системата, включително мениджъри, наблюдаващи, други лица, предоставящи услуги, но тя е най-наложителна с клиентите. Обратната връзка дава положителен, градивен резултат. На специалистите да се предостави възможност да подобрят работата си, като се съобразят с преценката на дейността им от другите. Ако те са мотивирани и непрекъснато биват поощрявани да усъвършенстват качеството на услугите, обратната връзка наистина води ефективно до високи критерии и резултати.

3.10. Потребност от изразяване на собствено мнение

Всички специалисти, независимо от типа услуги, които предоставят, имат нужда да изразяват собствените си възгледи за качеството и ефективността на съответната програма. Наложително е те да бъдат изслушвани, както и да са сигурни, че при утвърждаване на управленски решения тяхното мнение е взето под внимание.

Длъжностните лица, които определят политиките в разглежданата област, както и мениджърите на програми, трябва да преценяват потребностите на специалистите и да се съобразяват с тях, така че да осигурят добро качество на услугите. Едновременно това е най-добрият начин да се спазват и правата на клиентите, да се съхрани доверието им към програмата и нейната значимост.



2 КОНСУЛТИРАНЕ

1. Какво представлява консултирането

Консултирането е процес на междуличностна комуникация, при който дадено лице подпомага друго лице, двойка, семейство или група да установят своите нужди и да направят оптимален за тях избор, да намерят подходящи решения. Консултирането е структуриран разговор между двама или повече човека, който съдейства на един или повече от участниците в разговора да вникнат в конкретни проблеми, с които някои от тях се сблъскват във връзка с нуждите си от сексуално и репродуктивно здраве (СРЗ) и контрацепция, да изследват чувствата си, да намерят начин да се справят с различни ситуации. Консултантите поощряват хората да разкриват и развиват собствения си потенциал за справяне с възможни проблеми, така че клиентите да преодоляват по-ефективно конкретните трудности, които срещат.

Консултирането помага на хората не само в непосредствените им нужди, то е способно да разкрие такива техни собствени ресурси, които впоследствие могат да се използват за решаване на нововъзникнали проблеми. Консултирането разкрива нови перспективи и насочва към промяна. Такава промяна може да се осъществи в самата личност (като й се помогне да се почувства по един различен начин в дадена ситуация), може да се промени поведението на личността (например в практикуването на безопасен секс) или пък да се измени нещо в самата среда, заобикаляща личността.

Консултирането има за цел да помогне на хората:

- Да разберат по-ясно ситуацията, в която се намират.
- Да открият потенциалните възможности за подобряване на фактическата ситуация.
- Да направят избор, включително на контрацептив, съответстващ на ценностите, характеристиките, чувствата и нуждите им.
- Да вземат самостоятелни решения и да действат според тях.
- Да се справят по-добре с проблемите си.
- Да развиват жизнени умения, например способност да разговарят с партньора си за секса.
- Да оказват подкрепа на другите, като същевременно съхраняват собствените си сили.

2. Консултиране по сексуално и репродуктивно здраве

В контекста на сексуалното и репродуктивно здраве консултирането има различни цели, които включват:

- Вземане на решение дали клиентите се нуждаят от някакъв метод на контрацепция и дали желаят да го използват.
- Насочване към свободен избор, основан върху информираност за методите на контрацепция.
- Информация за начина, по който да се направи такъв избор.
- Как избраният метод да се използва по подходящ начин.
- Как да се преодолеят тревогите и да се вземат адекватни решения при появата на проблеми.
- Преодоляване на опасенията и изясняване на неяснотите, свързани с инфекции, предавани по полов път (ППИ), и/или за инфектиране с ХИВ.
- Подготовка на двойките за бъдещо желано родителство.
- Вземане на информирани решения относно кърменето.
- Подпомагане на жените да вземат решение дали да прекъснат бременността си.
- Дискутиране на всички други въпроси, свързани със сексуалността и сексуалните взаимоотношения, с безплодието, менопаузата, както и с други проблеми на сексуалното и репродуктивно здраве.

Ефективното консултиране е особено важно за хора, които изживяват с притеснение проблемите на сексуалното си и репродуктивно здраве, тъй като много от тях не са в състояние да споделят своите опасения с роднини или приятели, още повече – въобще не могат да си позволят да говорят с партньора си за контрацептиви, безопасен секс или диагностициране на ППИ. Подобни ситуации най-често са твърде сложни, а клиентите имат нужда от време, за да ги обсъдят и вземат подходящо решение.

Консултантите по семейно планиране/репродуктивно здраве разполагат с много възможности да помогнат на клиентите си. Когато консултирането по семейно планиране се разпростре и върху проблемите на сексуалното и репродуктивно здраве, към клиента се подхожда холистично – цялостно. Този подход по принцип е по-полезен, кара потребителите да усещат, че консултантът се отнася към тях с човешка грижа, като към пълноценни индивиди, а не просто като към някакви "приемници на контрацептиви". Това оптимизира използването на

наличните възможности. Когато консултантите са добре обучени и имат опит в работата си, общността изпитва доверие към тях. Така специалистът може да стигне до по-широка група клиенти, чиито нужди остават незадоволени, включително младежи, мъже и лица, които не са подложени на риск от забременяване.

3. Кой може да консултира

В някои клинични заведения, в които липсва специалист-консултант, определен персонал е обучен да извършва и консултации – например медицински сестри, преподаватели, служители на рецепцията, лекари и социални работници. Обикновено хора, които са мотивирани да извършват такава дейност, са по-склонни към съчувствие и са добри консултанти. Уместно е мениджърите да подкрепят специалисти, социални работници и доброволци, за да участват и те в процеса на консултирането. На всички членове от екипа, които извършват консултации – независимо дали е редовно, инцидентно или при изключителни случаи – трябва да се осигури подходящо обучение по консултиране и комуникативни умения.

- Консултантът трябва да има познания:
  - За съответните проблеми на сексуалното и репродуктивно здраве.
  - За всички налични ресурси в областта на сексуалното и репродуктивно здраве в неговия регион, включително по превенцията на ХИВ, както и за подкрепата и/или грижите към жертви на сексуално насилие. (Подходящо е консултантите да изготвят списък на всички налични ресурси в техния регион, за да насочват клиентите според техните нужди).
  - За тенденциите и промените в потребностите на общността, свързани със сексуалното и репродуктивно здраве.
- От консултанта се изисква:
  - Да е мотивиран и ангажиран.
  - Да притежава умения за консултиране, по-специално:
  - За активно изслушване.
  - За невербална комуникация.
  - За перифразиране.
  - За поставяне на въпроси.
  - За откликване на чувства.
  - За предоставяне на информация.

- Той трябва да притежава подкрепящо отношение, съответно на ситуацията, по-точно:
  - Държането му да не е осъдително.
  - Да не налага на клиентите собствените си ценности.
  - Да бъде сърдечен и да има позитивен подход.
  - Да проявява съчувствие.
  - Да уважава клиентите.
  - Да показва ангажираност към нуждите на потребителите.
  - Да проявява желание да се учи непрекъснато, включително от собствените си грешки.
  - Да познава добре себе си.
  - Да има познания за действителността и за хора с култура и начин на живот, различни от неговите.

4. Заобикаляща среда

Много е важно клиентите да се чувстват уютно, в безопасност, да изпитват доверие. Създаването на уют при консултирането включва и внимателно обмисляне на заобикалящата среда. Независимо дали се извършва в дома на клиента или в клиника, консултирането винаги трябва да протича в обстановка на конфиденциалност и зачитане на личността.

- Осигурете консултирането да се извършва в обстановка на физическо уединение, по поверителен начин, така че всеки клиент да се чувства удобно, когато обсъжда рискови фактори, включително сексуалното си поведение.
- Осигурете място, където (евентуално) присъстващите деца да играят под надзор, докато консултирате майката.
- Уверете се дали стаята е подредена така, че комуникацията между клиент и консултант да е конфиденциална, което ще улесни общуването между тях.
- Използвайте визуални изразни средства, за да улеснявате обсъжданията – например анатомични и контрацептивни постери и модели на тазовите органи.

Подходът и отношението на консултанта са от огромна важност. Той може да накара клиентите да се чувстват сигурни и да му се доверят, отнасяйки се към тях с топлота и уважение, като използва разбираем език и термино-

логия. Външният вид и държането на консултанта не бива да потискат клиентите, за да бъдат те достатъчно сигурни и да разкрият чувствата си. Винаги, когато е възможно, практично и уместно, консултирайте както клиента, така и партньора му и/или цялото семейство.

- Веднага, щом се появи, отдайте цялото си внимание на посетителя.
- Поздравете учтиво и се представете – с име и длъжност.
- Обяснете, че всяка информация, която споделя с вас, е поверителна.
- Попитайте го каква е причината за посещението му и с какво може да помогнете.
- Слушайте внимателно и го показвайте чрез езика на жестовете, на невербалната комуникация.
- Дайте на клиента достатъчно време да изрази мислите си и да вземе самостоятелно решение. Запазете мълчание, докато той е дълбоко замислен или се бори с емоциите си.
- Осъзнавайте възможните или вече познати ви културни различия между вас и клиента, а ако има нещо, което не разбирате, или ако се нуждаете от още информация, искайте по-пълно обяснение.
- Добрата междуличностна комуникация изисква подходящ контакт с очи. Това обаче не винаги може да е приемливо от гледна точка на конкретната култура на посетителя.
- Не си позволявайте едновременно да записвате и слушате. Първо слушайте внимателно, а след това записвайте, и то след като сте поискали разрешение (ако е нужно).
- Окуражавайте клиента да говори или стимулирайте разговора, използвайки думи като "разбирам", "да", "продължете" и т.н. Тези малки сигнали имат важно значение, за да покажете, че наистина проявявате интерес и сте доволен от способността на човека да изразява същината на мислите си.
- Подпомагайте клиентите да говорят за потребностите си и ги окуражавайте да задават всякакви въпроси, така че да им помогнете да разкрият от какво се нуждаят във връзка със сексуалното си и репродуктивно здраве.
- Обяснете на посетителите, че задаваните от вас въпроси имат за цел да им помогнат да разкрият собствените си нужди.
- Помагайте им да се концентрират върху проблеми, при които може да се предизвика активна положителна промяна, вместо да се чувстват

обсебени от цялостния въпрос. Помагайте им да открият други хора, на които могат да разчитат и от които да получат помощ.

- Опитвайте се да отговаряте на въпросите честно, точно и пълно, независимо колко трудни са те. Не помагате особено на хората, ако ги заблуждавате с цел да ги успокоите.
- Включете новите клиенти в процеса на точно и цялостно попълване на необходимите формуляри. При редовни клиенти прибавяйте всяка нова информация за тях в актуализираната им клинична документация.
- Ако консултирането не се извършва в клиника, а в дома на клиентите или на друго място навън, обяснете отделните стъпки при съответната визита в клиниката – включително с кого ще се видят, какви прегледи и тестове ще им се направят, както и причините, поради които те са необходими, колко дълго ще продължи визитата и дали ще се плаща някаква сума.
- Насочете клиентите към типа услуги, от които се нуждаят.
- Осигурете продължителна подкрепа, но не допускайте клиентите да зависят от вас. Помогнете им да развият собствени умения за справяне с проблемите.

5. Връзката между образованост/информация и консултиране

Всяка информация, която клиентите получават предварително, ще направи процеса на консултиране по-лесен и ще спести време при личните интервюта. Посетителите трябва да научават за семейното планиране, контрацепцията, безопасния секс, ППИ, ХИВ/СПИН и другите въпроси на сексуалното и репродуктивно здраве чрез допълнителни образователни дейности в чакалните – включително чрез постери и брошури (на достъпни езици), филми или видео, както и чрез участие в групови дискусии. Времето в чакалнята трябва да се използва, за да се образоват потребителите по въпросите на репродуктивното здраве, на контрацепцията, превенцията на ППИ/ХИВ/СПИН и други въпроси на сексуалното и репродуктивно здраве.

Консултирането е част от процеса на информация и образоване. Предлагането на информация и обучение преди консултирането може да намали времето за индивидуален разговор, но консултантът все пак трябва да провери, доколко клиентът разбира основните факти, свързани със собствения му живот.

Обучението по време на индивидуалното консултиране може да се улесни, ако клиентите са получили знания според конкретните си нужди.

Когато се дава информация пред група, предоставящият услугата (или лицето, което разяснява видео филм или печатна брошура) излага главните факти по даден проблем (например семейно планиране, контрацептиви, безопасен секс, ППИ, ХИВ/СПИН, пътища на пренасяне, потенциални преимущества и недостатъци при вземането на тест за ХИВ, процесите на консултиране и тестване). Специалистът или филмът трябва да разкрият информацията по ясен и интригуващ начин, който има отношение към живота на хората. Попитайте групата за евентуални въпроси, окуражавайте дискусията, като давате допълнителна сведения. Ако разполагате с достатъчно време, след всяка тема организирайте общ разговор. Предупредете групата, че не може да гарантирате поверителност и че е най-сигурно да обсъждате въпросите общо, без да се разкрива лична информация. Не е зле да проведете индивидуална сесия за консултиране на желаещи. Идеалният размер на групата зависи от мястото и времето, с което разполагате. Най-добри възможности за дискусия дават групи, състоящи се между десет и двадесет човека.

В определени среди и културни общности е възможно да бъде предпочетено групово консултиране – например в семейни (разширени) групи или в друг подобен състав. При такова консултиране специалистът цели да постигне хармония, поставя въпроси, засягащи превенцията, възможностите за намаляване на риска, дава и всяка друга информация за сексуалното и репродуктивно здраве. Групата трябва да е по-малка (евентуално до десет души) и да се състои от хора, на които е удобно да разговарят помежду си (например групи от един и същ пол, със сродна възраст и статус, двойки или семейства). Допустимо е те да споделят преживяванията, опита си, но само ако им се обясни, че в случая поверителността не е гарантирана. Групата може да изтъкне успешни стратегии за безопасен секс, да се подкрепя и окуражава взаимно, а когато сесията приключи, да разшири разбирането си за своите собствени възможности, чувства и представи.

6. Контрацептивно консултиране

6.1. Избор на метод

Клиентите трябва да вземат самостоятелно решение по въпроса, кой контрацептивен метод е най-подходящ за тях. Консултантът подпомага всеки, за да избере той безопасен и подходящ метод за семейно планиране, който най-добре съответства на потребностите и предпочитанията му.

Ако посетителят идва в клиниката с намерение да започне за пръв път някой метод за контрацепция, попитайте го дали вече има предвид нещо конкретно.

Ако той е обмислял конкретен метод:

- Опитайте се да определите чрез разговор и преглед на медицинската и социална анамнеза на клиента, доколко методът е подходящ за статуса, нуждите и положението му.
  - Ако методът е подходящ, разберете дали посетителят познава други контрацептивни методи и се уверете, че той е твърд в избора си.
  - Ако методът не е подходящ (например ако клиентката кърми, ако са изминали по-малко от 6 месеца след раждането, а тя желае да използва комбиниран орален контрацептив; или ако не може да се използва подходящ бариерен метод – в случай че нежеланата бременност носи висок риск), обяснете недостатъците на съответния метод и информирайте посетителя за други, по-подходящи контрацептиви.
- Ако след обсъждане на всички контрацептивни възможности, клиентът избере метода, който е предпочел първоначално, може да му осигурите този метод, стига ползите от него да компенсират рисковете и да няма абсолютни противопоказания.
- Ако клиентът показва относителни противопоказания и все пак настоява да използва метода, информирайте го за предупредителни признаци, които могат да настъпят. В такива случаи в процеса на скрининг и консултиране може да се наложи участието и на други, по-старши и опитни членове на екипа.

Ако посетителят все още не е обмислял конкретен метод:

- Попитайте го кои методи на семейно планиране са му известни. (Това дава възможност да определите нивото му на познания, както и да коригирате всяка получена от него погрешна информация.)
- Опишете накратко всеки метод. Дайте допълнителна сведения за методите, от които клиентът се интересува. Покажете му ги и го накарайте да ги проучи. Уверете се, че сте включили информация за всичко, посочено по-долу:
  - Как действа методът.
  - Ефективност на метода.
  - Медицински противопоказания.

- Възможни странични ефекти.
- Преимущества.
- Недостатъци.

- Окуражавайте го да ви задава въпроси.
- Обсъдете преимуществата и недостатъците на различните методи във връзка с особеностите и потребностите на клиента (например настоящо семейно положение, необходимост да помни, че трябва да взема таблетка всеки ден, съдействие от страна на партньора, честота при извършване на полов акт, брой партньори). Информирайте го, че с изключение на бариерните методи, няма други, които да предоставят защита срещу ППИ, и че презервативът е единственото средство, което има доказана защита срещу ХИВ (виж гл. XIV – „ХИВ и СПИН").
- За да определите дали клиентът е готов да вземе решение, попитайте го директно: "Кой метод сте решили да използвате?"
- Случва се след изслушване на всички контрацептивни възможности, с които разполагате, клиентът все още да не е в състояние да вземе решение и да поиска вие да му препоръчате определен метод. Изборът ще бъде по-ясен и лесен и клиентът евентуално ще стигне до решение, ако постоянно го образовате и консултирате. Междувременно му предложете метод, който е най-подходящ за неговия конкретен случай и нуждите му. Ако това вече е направено, обяснете причините, поради които препоръчвате точно този метод, и се убедете, че клиентът ги е разбрал и е съгласен с препоръката ви. Ако не е съгласен, продължете да препоръчвате други методи, докато клиентът покаже, че даден метод го удовлетворява. Ако продължава да се колебае, дайте му още време за обмисляне преди да направи своя избор.

Никога не се опитвайте да налагате даден метод против желанието на клиента.

Специални ситуации:

- Някои клиенти не могат да използват избрания от тях метод по здравословни причини. Ако случаят е такъв, обяснете какви са противопоказанията и им помогнете да се спрат на друг метод.
- Ако посетителят избере метод, който не може да му предоставите или не сте в състояние да му предложите, насочете го към специалист, при когото ще получи търсеното. Помогнете му да избере и използва заместител, докато си набави желаният метод.

- Ако клиентът избере стерилизация (женска или мъжка), трябва да бъде специално консултиран, тъй като стерилизацията е постоянен, невъзвратим метод (виж гл. VIII – „Доброволна мъжка и женска хирургична стерилизация").

6.2. Обяснение как да се използва избраният метод

- Конкретната информация, която даден клиент следва да получи за всеки метод, е разкрита в главите, посветени на съответните методи. При обсъждането трябва да се обхванат следните основни области:
  - Как да се използва методът.
  - Възможни странични ефекти.
  - Овладяване на страничните ефекти.
  - Предупредителни сигнали, показващи необходимост от медицинско проследяващо наблюдение и как то може да се осъществи.
  - Информация за повторно предоставяне на метода.
  - Кога трябва да се извърши следващото посещение с цел проследяване.
- Попитайте клиентите какво са разбрали по всеки от горните въпроси, като ги помолите да повторят получените инструкции със свои думи. Ако е необходимо, повторете инструкциите, като подчертаете ония места, които потребителят не е схванал добре. Когато има нещо недоразбрано, поправете го и допълнете липсващата информация.
- Предоставяйте на посетителите отпечатана информация за избрания метод, на език, съответстващ на способността им да четат. Когато обслужвате неграмотни потребители, осигурете добре подготвени нагледни материали (картини и рисунки). Те са особено важни при употреба на таблетки и при бариерните методи, тъй като тяхната ефективност зависи от правилното им използване.
- Дайте напътствие, ако на клиента се налага следващо посещение с цел проследяване и ново предоставяне на метода. Изтъкнете колко важна е повторната визита, ако потребителят:
  - Има някакви странични ефекти.
  - Има каквито и да било въпроси.
  - Желае да премине към различен метод.
  - Желае да прекрати използването на метода.

6.3. Следващо посещение с цел проследяване

- Обикновено една визита не е достатъчна, за да може клиентът да усвои напълно информацията за семейното планиране. Помощта за планиране на неговото семейство е продължителен процес през целия му репродуктивен живот. Посещенията с цел проследяване дават добра възможност:
- Да укрепне решението, което клиентите са взели за планиране на своето семейство.
- Да обсъдят всички проблеми, с които се срещат при избрания от тях метод.
- Да им се отговори на всички въпроси, които могат да имат.
- Да се изследват промените в здравния им статус или нова за тях житейска ситуация, които налагат да се премине към друг контрацептивен метод или прекратяване на използвания дотогава.

  По време на посещението с цел проследяване:

- Разгледайте накратко картона с основни данни за анамнезата на репродуктивното здраве.
- Попитайте клиента как се чувства с използвания метод и дали има въпроси.
- Ако той среща проблеми, преценете каква е същността и генезисът им и обсъдете възможните решения.
- Ако съществува страничен ефект, преценете доколко остър е той и направете предложения за овладяването му, или пък насочете клиента към съответно лечение.
- Ако потребителят вече е спрял използването на метода, попитайте защо го е сторил (това може да се дължи на проблеми, свързани с неразбиране, със странични ефекти или със самия начин за практикуване на метода). Ако все още желае да продължи употребата на даден контрацептив, отговорете на неговите въпроси и му дайте информация, която ще осигури възможност да не прекъсва избрания контрацептивен метод.
- Ако клиентът все още използва метода, преценете дали го практикува правилно. Ако е необходимо, инструктирайте го за правилно прилагане.
- Гарантирайте пред клиента, че контрацептивът ще му бъде предоставен отново, както и че ще бъде подложен на подходящ преглед, ако е необходим.

- Помогнете му да избере друг контрацептивен метод, ако не е доволен от сегашния, ако положението му е променено или ако методът вече не е безопасен.
- Ако клиентка желае да забременее, помогнете ѝ да спре използването на контрацептиви, като ѝ обясните как да възвърне фертилността си. Подчертайте важността на предродовите грижи и откъде могат да се получат.

6.4. Проблеми при използване на метода

- Ако клиентът има проблеми с метода, важно е специалистът да се погрижи както за неговите психологически нужди, така и за медицинската помощ. Успокойте човека и му окажете емоционална подкрепа.
- Ако клиентът е недоволен от използвания метод, попитайте го за причините. Ако е уместно, създайте му увереност в ефективността на метода или го осведомете за други контрацептивни възможности.
- Ако клиентът е получил усложнения, които сочат, че методът трябва да се преустанови, посъветвайте го за други контрацептивни средства.

6.5. Неуспех на метода

Необходимо е една възникнала бременност да се обсъди с клиентката (в най-добрия случай – с двойката), като ѝ окажете цялостна подкрепа. Опитайте се да определите дали бременността е предизвикана от неуспех на метода и ако е възможно, открийте причините. (Виж допълнително главите, разглеждащи конкретните методи.)

Обикновено не е възможно да се предвиди точният ефект от неуспеха на метода върху бременната жена и нейния партньор. Непосредствените реакции са твърде различни. Специалистът трябва да проявява съчувствие и разбиране към емоционалното състояние на потребителя, да го подкрепя и ако това е желателно, да го окуражи за допълнителни консултации.

- *Ако жената смята да продължи бременността:* подчертайте важността на ранните предродови грижи и необходимостта да се консултира за своя хранителен режим. Изяснете къде и по какъв начин може да получи такава консултация. Ако е необходимо, насочете я към специалист.
- *Ако жената не желае да продължи бременността:* дайте ѝ съвет, който да съответства на местните закони и наредби за политиката по абортите. Разяснете опасностите при рисков аборт и преимуществата на безопасния аборт.

6.6. Интегрирано консултиране по ППИ и ХИВ/СПИН

Някои консултанти, занимаващи се главно със семейно планиране, биха сметнали, че консултирането по въпросите на ППИ и ХИВ/СПИН е допълнителна задача, която поставя твърде различни проблеми, и то трудни за решаване. Нужно е да се разбират предимствата на интегрираното консултиране по ППИ/ХИВ. Добре е работещите в тази област да изразят опасенията си и да посочат от каква подкрепа се нуждаят.

ППИ, включително ХИВ/СПИН, поставят множество сериозни проблеми. Клиентите трябва да разберат опасността, рисковете, на които се подлагат, и как да се предпазват от тях. Нужно е специалистите да обясняват за всеки контрацептивен метод дали предпазва от ППИ/ХИВ, а когато е уместно – да поощряват двойната защита (виж гл. XIV „ХИВ и СПИН").

7. Консултиране на групи със специални нужди

Програмите, насочени към клиенти със специални нужди, изискват консултантите да са добре обучени, да познават потребностите на съответните групи, както и специфичните подходи при работа с тях. Пример за такива групи са подрастващите, а също групите от неграмотни или малограмотни.



3 НОРМАЛНИЯТ МЕНСТРУАЛЕН ЦИКЪЛ

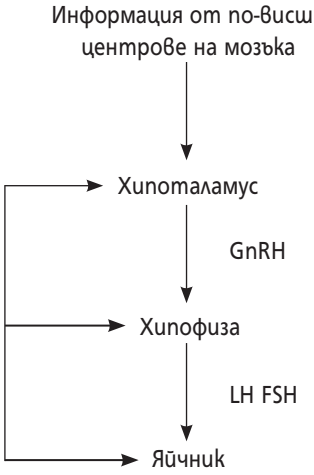
1. Въведение

Основните познания върху биологията и физиологията на менструалния цикъл ни улесняват да разберем механизмите за репродукция и действието на различните методи за контрацепция. Половото развитие и репродуктивната функция се регулират от взаимодействието на хипоталамуса, хипофизата и яйчниците – хипоталамо-хипофизарно-овариалната ос.

С настъпването на пубертета чувствителността на хипоталамо-хипофизарно-овариалната ос (фиг. 3.1) се променя. Хипоталамусът започва да освобождава на тласъци основния си пептид – гонадотропин-рилизинг хормон (GnRH). Това, от своя страна, стимулира хипофизата да освобождава гонадотропини: фоликуло-стимулиращ хормон (FSH) и лутеинизиращ хормон (LH). Хипофизните гонадотропини стимулират яйчниците, така че те циклично да произвеждат овариалните стероиди – андрогени, естроген и прогестерон. Овариалните андрогени и естроген, заедно с андрогените от надбъбречните жлези (и по-специално дехидроепиандростерон), довеждат до промените в пубертета:

- Развитие на гърдите.
- Поява на полово окосмяване.
- Съзряване на половите органи, включително пролиферация на ендометриума.

Фиг. 3.1 Хипоталамо-хипофизарно-яйчникова ос



Менархето, или първата менструация, обикновено не се предшества от овулация, но с развитие на хипоталамо-хипофизарно-овариалната ос се установява овариален цикъл. Естрогенът и прогестеронът имат потискащ ефект върху хипоталамуса и хипофизата (отрицателна обратна връзка), регулиращ освобождаването на гонадотропини. В предовулаторната фаза повишената концентрация на естрадиол стимулира хипоталамуса и хипофизата да произвеждат LH, което предизвиква отделяне на яйцеклетката от яйчника (положителна обратна връзка).

Други фактори, които оказват влияние върху цикличната функция на хипоталамо-хипофизарно-овариалната ос, са:

- Дейността на щитовидната и надбъбречната жлеза, което е видно от връзката между хипотиреоидизма и менструалните смущения.
- Обонятелни, зрителни и емоционални стимули, някои от които действат чрез невромедиатори като катехоламини, допамин, серотонин и опиоиди. Лимбичната система и пинеалната жлеза (епифиза) също влияят върху функцията на хипоталамуса, частично чрез мелатонина.
- Хранителни фактори, което се доказва от потискането на менструалния цикъл при хранителни разстройства или хронични болести.

2. Овариален цикъл

Всеки ембрионален яйчник съдържа 6-7 милиона незрели примордиални фоликули, като само малка част от тях се развиват и произвеждат яйцеклетка – приблизително всеки месец по време на репродуктивния живот на жената. Повечето от фоликулите следват цикъл на развитие и атрезия, докато фоликулната популация не „замре" през менопаузата.

Овариалният цикъл (фиг. 3.2) описва явленията, които настъпват в яйчника по време на менструалния цикъл – преди, по време на овулация и след нея. Овариалният цикъл се разделя на фоликуларна фаза (предовулаторна) и лутеална фаза (постовулаторна).

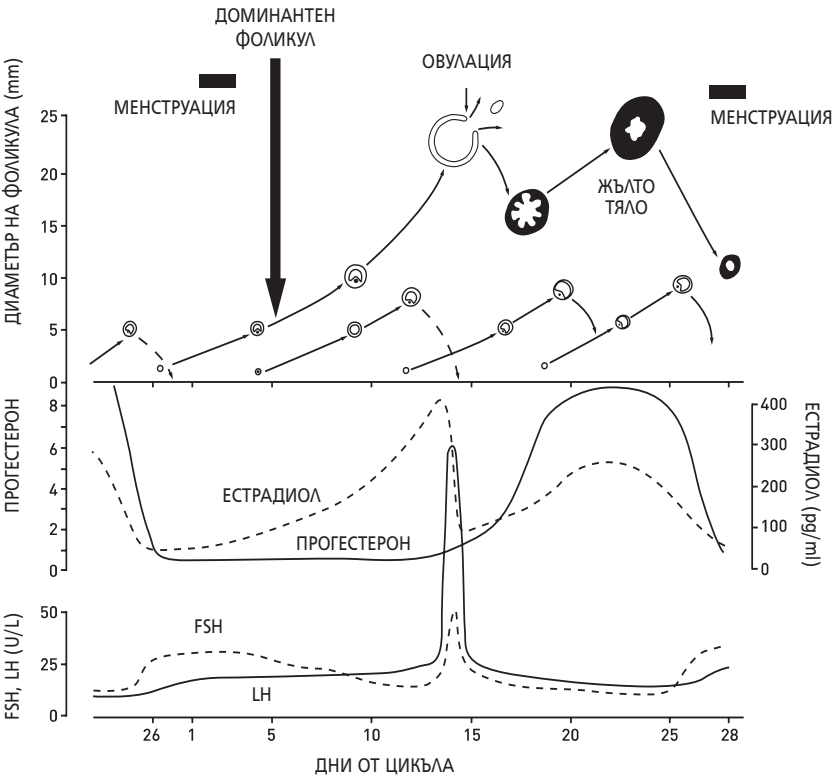
2.1. Фоликуларна фаза

FSH се повишава рязко преди менструация, като стимулира растежа и съзряването на група овариални фоликули. Тези зрели фоликули произвеждат естрогени, главно естрадиол. На 5-ия до 7-ия ден от началото на цикъла един фоликул се превръща в доминантен и в него се развива яйцеклетката, която ще бъде освободена от яйчника текущия месец. Другите зрели фоликули изчезват

и претърпяват атрезия. Малки количества LH се освобождават непрекъснато по време на цикъла – на тласъци, следващи един след друг. 24 до 48 часа преди овулация вълната на естрадиоловата продукция от доминантния фоликул отключва вълна на LH от хипофизата. Това е последният стимул за овулацията – разпукването на зрял Граафов фоликул и изхвърлянето на яйцеклетката.

FSH и LH могат да бъдат измерени в плазмата. Техните концентрации са свързани обратно пропорционално с овариалната активност и остават постоянно високи по време на менопаузата.

Фиг. 3.2 Овариалният цикъл



2.2. Лутеална фаза

След овулацията стените на разпукания фоликул колабират. Пристенните клетки натрупват липиди и пигмента каротин, които им придават жълт цвят. След тази трансформация фоликулът се превръща в corpus luteum ("жъл-

то тяло"). Corpus luteum произвежда естрадиол, прогестерон и андрогени. Прогестеронът доминира през тази фаза от цикъла и подготвя ендометриума да приеме оплодената яйцеклетка, ако настъпи оплождане. Ако не настъпи оплождане или оплодената яйцеклетка не се имплантира, corpus luteum претърпява обратно развитие 11-14 дни след овулацията. Концентрациите на естрадиол и прогестерон в средата на лутеалната фаза потискат освобождаването на FSH и LH от хипофизата. В случай че не настъпи оплождане, атрезията на corpus luteum понижава нивата на естроген и прогестерон в циркулацията, което намалява влиянието на тези хормони върху ендометриума и предизвиква менструация.

3. Ендометриален цикъл

Овариалният цикъл на естрогенова продукция преди овулацията, следван от секреция на естроген и прогестерон в постовулаторната фаза, оказва влияние върху ендометриума. Под влияние на естрогеновата стимулация в него пролиферират и жлезите, и стромата, затова тази фаза се нарича пролиферативна. След овулацията, под влияние на прогестерона, ендометриумът претърпява секреторни промени в жлезите и набъбване на стромните клетки, затова тази фаза се нарича секреторна. Тъй като в края на секреторната фаза концентрациите на естрогена и прогестерона намаляват, артериолите на ендометриума контрахират, което води до повърхностна исхемия и последващата десквамация на ендометриума. Изхвърлянето от матката на този ендометриален материал, примесен с кръв, се нарича менструален цикъл. Ендометриумът започва да се възстановява чрез пролиферация на базалните жлезни клетки в рамките на 48 часа след края на менструалното кървене.

4. Цервикален цикъл

В ранната предовулаторна фаза на менструалния цикъл цервикалната слуз е плътна, лепкава и непрозрачна, като образува "мана", която запушва цервикалния канал. С повишаване концентрациите на естрогена при наближаване на овулацията слузта става обилна, рядка, разтеглива и прозрачна, с което се улеснява достъпът на сперматозоидите до маточната кухина и до по-горната част на гениталния тракт. Прогестеронът предизвиква обратно развитие на тези промени след овулация, произвеждайки гъста, лепкава, оскъдна и непрозрачна слуз, която отново образува бариера за сперматозоидите.

Промените в цервикалната слуз, заедно с промените в чувствителността на влагалището и вулвата по време на цикъла, са в основата на т.нар. цер-

викално-мукусен метод за осъзнаване на фертилността. Заедно с физическите промени, в цервикалната слуз се наблюдава промяна и на киселинността ѝ: от кисело pH около 4 преди овулация – до алкално pH 7-8 в предовулаторната и следовулаторната фаза на цикъла.

5. Оплождане

При фертилен цикъл извършването на коитус по време на овулация ще доведе до бързо навлизане на сперма през цервикалната слуз до горния генитален тракт. Пет минути след еякулация са намирани сперматозоиди във фалопиевите тръби (въпреки че по принцип е необходимо по-дълго време). Те могат да преживеят в половия тракт на жената 5 и повече дни. Оплождането обикновено настъпва няколко часа след овулацията – във външната трета на фалопиевите тръби. Оплодената яйцеклетка започва да се дели в лумена на фалопиевата тръба, превръщайки се в купчина от клетки, наречена морула ("morula"). След третия ден от оплождането морулата (или развиващият се ембрион) достига кухината на матката. След още 2-3 дни започва имплантирането, а след още 3 дни то завършва успешно. За да започне имплантиране на развиващия се ембрион, са необходими приблизително 6 дни след овулацията. Веднъж попаднали в маточната кухина, част от клетките на ембриона започват да произвеждат хорион-гонадотропин, който може да се установи в кръвта на майката на 8-ия или 9-ия ден след овулацията. Завършването на имплантирането се обозначава като начало на бременността. Много оплодени яйцеклетки (50%) не се имплантират и се изгубват по време на следващото менструално кървене. Хорион-гонадотропинът поддържа corpus luteum, като секрецията на прогестерон и естрогени продължава, докато в по-късните етапи на бременността плацентата приеме тези функции.



4 СКРИНИНГ НА РЕПРОДУКТИВНОТО ЗДРАВЕ ПРИ ЖЕНИ БЕЗ ОПЛАКВАНИЯ

1. Въведение

Здравният скрининг е важна част от здравеопазването. Той помага за ранно откриване на лечими заболявания и установяване на лица, които са подложени на по-висок от нормалния риск за развитие на дадена болест. Ето защо резултатите му могат да се използват за по-бързо и адекватно лечение.

Клиниките за семейно планиране и СРЗ често предлагат най-удобната възможност за скрининг при жени, които нямат оплаквания. Когато е достъпен, скринингът трябва да се предлага на всички, посещаващи клиниката, и особено на лица с рискови фактори (виж раздел 6). Това обаче зависи и от желанието на жените без оплаквания да приемат скрининговите услуги и по-точно – коя тяхна част.

Най-общо казано, заболяванията, които са обект на скрининг, трябва да бъдат:

- Достатъчно широко разпространени и да причиняват значителна заболеваемост и смъртност.
- Да се откриват със сравнително прости методи.
- Да се повлияват от ранно лечение.

2. Кои здравословни състояния подлежат на скрининг

Тези състояния се обединяват в три основни групи:

- Инфекции на репродуктивния тракт (ИРТ) и полово предавани инфекции (ППИ).
- Карцином (на гърдата, маточната шийка, ендометриума и яйчниците).
- Менопауза.

3. Кой подлежи на скрининг

В най-добрия случай скринингът на репродуктивното здраве следва да бъде достъпен за:

- Всички жени, които посещават клиниките по семейно планиране и СРЗ.

- Всички жени от рисковите групи.
- Всички жени, които желаят преглед.

4. Кой може да извършва скрининг

След подходящо обучение и според условията на местните разпоредби и практики скрининг могат да извършват следните лица:

- Лекари.
- Медицински сестри.
- Акушерки.

5. Необходими условия за успешна скрининг-програма

Основните изисквания, осигуряващи успешна скрининг-програма за жени без оплаквания, включват следното:

- Да се гарантира, че клиничната обстановка е подходяща, предразполагаща и лесно достъпна за пациентките по отношение на разположение, работно време и административни процедури. Таксите, ако има такива, трябва да са поносими за контингента. Приемната среда да е приветлива и да създава чувство за дискретност.
- Да бъде създаден ясен порядък за процедурите, да се поддържа добра квалификация на специалистите и контрол над дейността им. Екипът да развива комуникативните си способности наравно с уменията да се справя с клиничните задачи.
- Да съществува обстановка на доверие към специалистите. Посетителките да се чувстват комфортно, да могат да споделят евентуалните си опасения за своето физическо и психично здраве. Те трябва да разчитат на абсолютна дискретност.
- Да бъде изтъквана важността на редовните медицински прегледи и скрининг-процедури по начин, разбираем за потребителките.
- Да се предлага информация чрез разпространение на образователни материали и организиране на здравно-образователни беседи, а когато е възможно – и чрез демонстрации с подходящи аудиовизуални средства..
- Данните от прегледите да се съхраняват точно и пълно в съответната клинична документация. Редовните посещения да се планират предва-

рително, по начин, който не допуска потребителят да се изплъзне от наблюдение след завършване на прегледа.

- Да се гарантира, че жените, при които е установено някакво заболяване, ще получат подходяща консултация от специалисти в съответната област.
- Да бъде установена ефективна и безпроблемна връзка със специализирани заведения за последващо лечение.

Осигуряването на скрининг в клиниките по семейно планиране и СРЗ не трябва да усложнява услугите и да затруднява екипа, тъй като това би накарало някои жени да се откажат от предоставените им клинични възможности. От друга страна, когато клиниките по семейно планиране и СРЗ осъществяват скрининг-услуги, те не трябва да бъдат обвързвани с предоставянето на контрацепция. С други думи, независимо дали ползва контрацептивен метод или не, клиентката има право да бъде част от скринингова програма.

6. Скрининг на репродуктивното здраве

Инфекциите на репродуктивния тракт (ИРТ) и полово предавани инфекции (ППИ) са разгледани подробно в XIII глава. Тя разкрива основните страни на скрининга и факторите, причиняващи гинекологичните карциноми в менопаузата.

6.1. Снемане на анамнеза

Заедно с останалите страни на различните консултации, много важно е да се снеме адекватна медицинска анамнеза. Тя трябва да обхване всички необходими аспекти на медицинската и социална картина (виж табл. 4.1): демографски данни; подробна фамилна анамнеза; анамнеза за минали заболявания, разпознаване на основни прояви на настоящи или минали болести, включително захарен диабет, анемия или имунодефицитни състояния; менструална, гинекологична, акушерска, контрацептивна и сексуална анамнеза; обсъждане на ИРТ/ППИ, включително ХИВ, тазово-възпалителна болест (ТВБ), рисковите фактори за ППИ – например многобройни партньори; социална анамнеза.

Таблица 4.1. Медицински и социални аспекти, включени в анамнезата

- *Демографски данни:* възраст, раждания.
- *Фамилна анамнеза:* здравословно състояние на родителите и други близки роднини.
- *Медицинска анамнеза:* минали заболявания или операции, анамнеза за кръвопреливане, настоящо лечение, алергии.
- *Имунизации:* рубеола, хепатитна ваксина.
- *Менструална анамнеза:* дата на последната редовна менструация, възраст на менархе, редовност на цикъла, количество и продължителност на кървенето, наличие и тежест на придружаващи менструацията симптоми като дисменорея и предменструална напрегнатост, подробности за обилно вагинално кървене (при жени в менопауза или около менопауза трябва да се търси наличие и тежест на постменопаузални симптоми).
- *Гинекологична анамнеза:* минали заболявания, включително инфекции, настоящи или рецидивиращи оплаквания като вагинално течение или генитален сърбеж, ИРТ/ППИ.
- *Акушерска анамнеза:* дати и подробности за минали бременности и раждания.
- *Контрацептивна анамнеза:* използвани методи и странични ефекти.
- *Сексуална анамнеза:* възраст при първия полов контакт, брой на сексуалните партньори, някакви сексуални проблеми, включително диспареуния и постконтактно кървене.
- *Социална анамнеза:* тютюнопушене и употреба на алкохол.

Повечето посетителки на заведенията за извършване на скрининг са без симптоми. Ето защо е необходимо на всяка да се задават специфични въпроси, за да се установят някои ранни симптоми, спадащи към рисковите състояния, които е възможно пациентката да премълчи (табл. 4.2 за въпросите, свързани с рисковите състояния).

Таблица 4.2. Рискови фактори за карцином на млечната жлеза, шийката на матката, ендометриума и яйчниците

Карцином на гърдата:

- Възраст над 40 години.
- Фамилна анамнеза за карцином на гърдата, особено при роднини по права линия (майка/сестра), които са развили болестта преди менопаузата.
- Ранно менархе или късна менопауза.
- Нераждали жени или първа бременност след 30-годишна възраст.
- Анамнеза за атипична хиперплазия на млечните жлези.
- Диета, богата на мазнини; затлъстяване.
- Хормонално-заместителна терапия в продължение на 5 или повече години.
- Некърмили жени.

Карцином на маточната шийка:

- Полови контакти преди 20-годишна възраст.
- Многобройни сексуални партньори.
- Инфекции с човешкия папиломавирус (ЧПВ).
- Тютюнопушене.
- Анамнеза за полово предавани инфекции (ППИ).

Ендометриален карцином:

- Възраст над 50 години.
- Фамилна анамнеза за ендометриален карцином.
- Нередовна менструация, свързана с ановулаторни цикли.
- Късна менопауза.
- Нераждали/безплодие.
- Употреба на естроген без прогестеронова компенсация.
- Анамнеза за ендометриална хиперплазия.
- Анамнеза за захарен диабет и/или високо кръвно налягане.
- Диета, богата на мазнини; затлъстяване.

Таблица 4.2 - продължение

Карцином на яйчниците:

- Възраст над 50 години.
- Фамилна анамнеза за карцином на яйчниците, особено при роднини по права линия.
- Ранно менархе и късна менопауза.
- Нераждали жени или първа бременност след 30-годишна възраст.
- Диета, богата на мазнини и бедна на фибри.

6.2. Физикален преглед

Физикалното изследване трябва да се ръководи от снетата анамнеза и от избрания метод на контрацепция. Към него се включват основни клинични изследвания, изследване на млечните жлези и гинекологичен преглед. Необходимо е процедурите да бъдат подробно обяснени на пациентката по разбираем за нея начин. Тя трябва да бъде окуражена, успокоена, така че да се отпусне, да бъде уверена, че прегледът може да спре всеки момент по нейно желание. Здравните специалисти от мъжки пол или клиентката могат да поискат присъствие на придружител по време на прегледа.

Обективно клинично изследване

При снемането на статус трябва да се обърне внимание на следното:

- Общо състояние; телосложение; походка и поза; начин на говорене.
- Телесно тегло и височина; индекс на телесната маса (особено ако е налице затлъстяване).
- Кръвно налягане; пулс.
- Бледост, жълтеница, разширени вени по крайниците, оток на глезените, абнормна кожна пигментация или цикатрикси.
- Увеличение на щитовидната жлеза (поканете потребителката да преглътне); цервикални и супраклавикуларни лимфни възли и други, установими чрез палпация подутини в шийната област.
- Аускултация на сърце и бял дроб.
- Наличие на абдоминални цикатрикси, органомегалия или болезненост в областта на черния дроб, далака или бъбреците; на други коремни маси (например бременна матка).
- Наличие на ингвинални лимфни възли.

6.2.1. Скрининг за карцином на млечната жлеза

Значимостта на скрининг-програмите за карцином на гърдата налага съобразяване с потребностите и възможностите на заведенията, които притежават ограничен ресурс. Те трябва да преценяват внимателно стопанската полза от вложените средства в скрининг-програми, да осмислят ефективността и на другите предоставяни от тях здравни услуги. В различните медицински заведения рисковете и ползите от скрининга имат променливо съотношение. Предоставянето на последващи услуги е определящо за постигане на ефективни скрининг-програми.

Мамография

Най-добрият съвременен метод за ранна диагностика на карцином на гърдата е мамографията, комбинирана с други клинични изследвания. Когато има достатъчно средства, редовна мамография се предлага обикновено на 50-70-годишни жени. Честотата на мамографията зависи от специфичната възрастова степен в разпространението на болестта и от здравната политика по места, но е нормално тя да се прави на всеки 1-2 години.

Изследване на гърдите

Когато няма възможност да се приложи мамография, се предлага изследване на гърдите. Понастоящем не е възможно да се правят фактологически обосновани препоръки, кои жени трябва да бъдат преглеждани и колко често. Добре е обаче да се предлага изследване на млечните жлези при жени над 40 години или когато са обременени от други рискови фактори, пряко свързани с фамилната анамнеза (например карцином на гърдата при роднини по права линия).

При преглед на гърдите е нужно да се прави също палпация на аксилите, за да се открият атипични маси или болезненост.

Оглед:

- Обяснете на пациентката процедурата и причината за нейното извършване.
- Накарайте я да седне в края на изследователската маса с ръце, свободно пуснати отстрани на тялото. Помолете я да се съблече до кръста.
- Проверете за следното:
  - Контури и симетрия на гърдите.
  - Образуване на трапчинки, подутини, промени в цвета и набръчкване на кожата.
  - Вдлъбване на зърната или нагнояване.

Палпация:

- Помолете пациентката да легне по гръб, да оголи едната си гърда и да сложи ръка под главата си от същата страна.
- Използвайте възглавничките на трите средни пръста. Сложете си ръкавици, ако има отворени рани или нагноявания.
- Започнете палпацията от свързването на ключицата с гръдната кост. Правете малки кръгови движения и променяйте натиска на пръстите си в три степени: леко – за повърхностните слоеве, умерено – за средния слой и твърдо – за дълбоките слоеве.
- Палпирайте гърдата в застъпващи се вертикални ивици и продължете до пълно изследване на цялата гърда, включително и подмишничните ямки.
- Палпирайте около ареолата и вдлъбнатината под зърното. Стиснете зърното между палеца и показалеца, за да проверите за необичайна секреция.
- Свалете ръката на потребителката и палпирайте за увеличени аксиларни лимфни възли.
- Повторете същото и с другата гърда.

Указания за самоизследване на млечните жлези

Самоизследването на гърдите не намалява смъртността и не би следвало да се препоръчва като скринингово средство. Жените обаче трябва да бъдат запознати с проблемите, предизвиквани от млечните жлези. Когато намерят нещо необичайно, прегледът от професионалист е наложителен.

Специалистите трябва да обучат обикновената жена да наблюдава самостоятелно гърдите си – да ѝ се обясни, че този карцином е една от най-често срещаните форми при жените и че в ранните стадии рядко причинява оплаквания. Често първите признаци са неболезнена бучка в гърдата, промени в нейния външен вид и чувствителността ѝ. Понякога туморите на млечните жлези се установяват от самите жени и колкото по-рано е открит карциномът на гърдата, толкова по-добри са прогнозите за оздравяване.

Те трябва да търсят следните предупредителни признаци:

- Бучка или уплътнение в гърдите, независимо от размера.
- Промяна във външния вид или формата на гърдите.
- Промени в положението или нивото на зърната.

- Набръчкване на кожната повърхност.
- Вдлъбнати зърна.
- Необичайна секреция или кървене от зърната.
- Набръчкване на кожната повърхност (като портокалова кора).

Кажете на пациентките, че ако открият необичайни промени в гърдите си, веднага трябва да посетят лекар за пълен преглед.

6.2.2. Гинекологичен преглед

Гинекологичен преглед се предлага на жените като част от скрининга на репродуктивното здраве и може да се проведе само ако го желаят.

Ако това е първи гинекологичен преглед за пациентката, важно е предварително да ѝ се обясни цялата очакваща я процедура и причините за нейното извършване. Насърчете я да се отпусне и я уверете, че прегледът може да бъде спрян веднага по нейно искане.

Специалистите задължително трябва да използват ръкавици (не непременно стерилни) при всички жени, на които ще се поставя спирала и диафрагма. Същото следва да се прилага и при преглед на жени, които посещават клиниката за първи път и са на 18 години или по-големи, или са били сексуално активни преди 18-годишната си възраст.

По време на гинекологичния преглед:

- Помолете клиентката да легне по гръб, да свие крака в коленете и ги раздалечи един от друг.
- Огледайте външните полови органи, включително лабии, препуциум, клитор, отвор на уретрата, перинеум и анален отвор (ако в анамнезата има данни за влагалищен пролапс или уринарна стрес инконтиненция, жената трябва да бъде помолена да се напъне, за да се види наличието на цистоцеле, ректоцеле или изтичане на урина).
- Преддверието на влагалището (около Бартолиновите жлези) се палпира за болезненост и/или туморни маси.
- Осигурява се подходящ светлинен източник.
- Поставя се подходящ по размер влагалищен спекулум.
- По принцип при многораждали жени с отпуснати влагалищни стени е необходим по-голям инструмент, а за нераждали – по-малък. Най-често

използвани са двувалвовият модел на Cusco, спекулумът на Graves или спекулумът на Sims. За лубрикация може да се употребява вода. Ако се взема цитонамазка (виж гл.VII), не трябва да се използва гел, но в други случаи малко количество гел е подходящо.

- Влагалището се оглежда за сраствания, течение (отбелязва се цвят, количество, консистенция и миризма) и изпъкналости. Ако има индикации и подходяща клинична лаборатория, трябва да се вземе материал за микробиологично изследване.
- Шийката се оглежда за изменения, за наличие на ерозио или кисти, за туморни маси или контактно кървене. Цитонамазката може да се вземе от границата между плосък и цилиндричен епител (виж раздел 7). Ако е необходимо (например при съмнение за тазово-възпалителна болест или когато потребителката е изложена на висок риск от ППИ), материал за микробиологично изследване се взема и от ендоцервикса.
- Спекулумът се изважда и се извършва бимануален преглед, като се използва гел.
- С показалеца и средния пръст във влагалището се преценява вагиналният тонус.
- Опипва се консистенцията на шийката и се отбелязва болезненост при раздвижване на шийката встрани.
- С другата ръка, поставена супрапубично, се палпира матката, като се отбелязват нейната големина, позиция, форма и наличие на болезненост.
- Палпира се всеки латерален форникс за присъствието на формации или болезненост. Ако се опипат формации, преценяват се техните размери, консистенция, положение и подвижност.
- Ректовагиналното изследване не се провежда рутинно, но може да бъде назначено, ако пациентката има оплаквания и/или обективна находка за вагинален тумор или ендометриоза. С показалец във влагалището и среден пръст на същата ръка в ректума се палпират сакроутеринните лигаменти и ректовагиналния септум за възлови уплътнения и други промени.

Бимануалният гинекологичен преглед не е задължителен след рутинно вземане на цитонамазка, но винаги трябва да се извършва при наличие на вагинални симптоми (виж табл. 4.3).

Таблица 4.3. Симптоми, показващи нуждата от гинекологичен преглед:

- Много тежки или болезнени месечни кръвотечения.
- Кървене между менструалните цикли.
- Уринарни оплаквания.
- Подуване в коремната област.
- Болка или дискомфорт ниско в корема.
- Диспареуния (болка при полово сношение).

По време на физикалното изследване винаги помнете, че наличието на обилно вагинално течение и миризмата на "развалена риба" или на мухъл са съмнителни за бактериална вагиноза и трихомонален колпит (виж гл.XIII, в която е разгледано лечението на ИРТ и ППИ).

6.3. Други изследвания

Анализ на урина

В някои клиники се извършва рутинно изследване на урина за определяне на захар, белтък, кръв и билирубин.

Лабораторни изследвания

Някои клиники имат оборудвани свои собствени лаборатории, в които могат да изпращат проби или пациентите да се пренасочват за по-нататъшни тестове. На някои пациенти е необходимо да се направят следните лабораторни изследвания въз основа на снета анамнеза или на проведен физикален преглед:

- *Хематологични:* хемоглобин, пълна кръвна картина, фактори на кръвосъсирването.
- *Биохимия:* изследвания за бъбречната и чернодробната функция, кръвна захар на гладно, липиден профил, серумно ниво на желязото.
- *Имунологични тестове:* серология за сифилис, серология за рубеола и хепатит, статус на ХИВ-антителата (виж гл. XIV); хормонални изследвания.
- *Микробиология:* посявка и антибиограма (особено подходящи при съмнение за ИРТ/ППИ – виж гл.XIII).

Ехография (изследване с ултразвук)

Рутинното използване на ехография за ранно откриване на туморни формации в областта на таза (особено на овариални тумори) не е възприето като универсален метод по обясними причини. Персоналът трябва да бъде адекватно обучен, а апаратурата да притежава достатъчна разделителна способност, за да не бъдат пропуснати и най-малките и безсимптомни лезии. Въпреки че понякога в клиниките по семейно планиране и СРЗ липсва ехограф, жените с клинична находка за туморна маса в областта на таза трябва да бъдат изпращани при специалист за доуточняване.

Ендометриална биопсия

Жените с висок риск за ендометриален карцином (виж табл. 4.2) и с дисфункционално перименопаузално кървене трябва да се насочват за изследване на ендометриума. Съществуват различни методи за такова изследване, включително аспирационна цитология и кюретаж.

Измерване на костната плътност

Измерването на костната плътност е свързано с преценката, дали жените да бъдат включени в програми за хормоно-заместителна терапия (ХЗТ).

6.4. Честота на скрининга при жени без оплаквания

Възрастта, в която жените трябва да започнат редовни гинекологични прегледи с цел здравен скрининг, интервалите между отделните посещения и възрастта, в която скрининг-програмите трябва да спрат, зависят от наличните ресурси (клиничен персонал, време, материална база) и от съществуването или липсата на рискови фактори при всеки отделен пациент.

Както беше отбелязано по-горе във връзка с мамографията, предоставянето на скрининг-услуги се влияе от съпоставката на медицински ползи с икономическа и социална цена на изследването. В различните страни може да се стигне до различни заключения (виж раздел 6.2.1).

При всяко разглеждане на препоръчителни интервали за скрининг-програма трябва да се има предвид, че това са стандартни минимуми. Налага се индивидите с висок риск да бъдат подлагани на скрининг по-често, а ако се развият симптоми между скрининг-интервалите, следва да се постъпи адекватно на ситуацията. За определени гинекологични състояния осъществяването на тези услуги в клиниките по семейно планиране и СРЗ трябва да е лесно и достъпно (виж раздел 7).

6.5. Други въпроси, предизвикани от скрининга на репродуктивното здраве

Скринингът може да породи идеи, свързани със сексуалното здраве и здравословния начин на живот. Този въпрос е разгледан в раздел 8, но се отнася за всички възрасти.

7. Скрининг за карцином на маточната шийка

Скринингът на цервикалния карцином може да се провежда по време на гинекологичен преглед като фаза от скрининга на репродуктивното здраве. Осъществява се по два начина:

1. Изследване на цитонамазка, което включва:

- Вземане на подходящ материал за намазка.
- Фиксиране на намазката.
- Лабораторно изследване на намазката.

Цервикалната цитология предлага индиректен начин за диагноза на инфекция, причинена от човешкия папиломавирус (ЧПВ), чрез високо специфични и чувствителни тестове за ЧПВ (например чрез използване на полимеразна верижна реакция или каптиране на хибрид 11), но тези техники са много скъпи и не са широко разпространени.

Въпреки че приготвянето на цервикални цитонамазки, предназначени за скрининга на карцинома на маточната шийка, е неразделна част от скрининга на репродуктивното здраве, отделните части от този процес са разгледани за улеснение в специален раздел тук. Други особености на процеса, отбелязани вече в настоящата глава, също се отнасят към скрининговите програми на цервикалния карцином.

Ексфолиативна цитология

Ексфолиативната цитология изучава клетките, които се излющват от различни мембранни или епителни структури, могат да бъдат събрани и поставени върху предметно стъкло, така че приготвената намазка да се оцвети и изучи под микроскоп. В клиничната практика клетки за изучаване се набавят обикновено от излющващите се повърхности. При цервикална цитология изследването на тези клетки показва дали епителният слой на маточната шийка е нормален, възпален или има данни за цервикална интра-епителна неоплазия (ЦИН) или карцином. Целта на скрининговите програми е да уловят цервикал-

ните карциноми от премалигнените лезии, когато степента на излекуване е много висока.

Цервикална цитология (ПАП скрининг)

Понастоящем цервикалната цитология е най-добрият наличен метод за откриване на премалигнени или малигнени заболявания на маточната шийка. Когато рутинният ПАП-скрининг е достъпен, прилагането му трябва да почне 2-3 години след началото на полова активност и да се повтаря на всяка 1-3 години. Ако е на разположение само ПАП-скрининг, той трябва да се предлага на всички жени на възраст около 35 години, водещи или водили редовен полов живот.

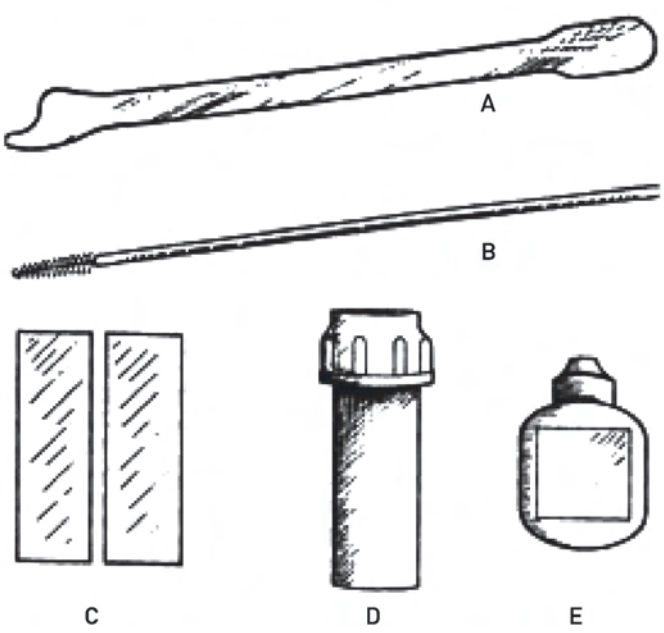
Скринингът на карцинома на маточната шийка чрез метода на цервикалната цитонамазка трябва да бъде достъпен за всички скринингови програми. Те следва да гарантират, че:

- има достъп до лабораторни услуги за цитологичен анализ на цервикалните цитонамазки;
- има адекватни начини за откриването на жени с положителни резултати;
- има пътища за пренасочване към съответния специалист.

Инструментариумът, нужен за вземане на цервикална цитонамазка по време на гинекологичен преглед (виж фиг. 4.1), се състои от:

- Айлесберова шпатула.
- Ендоцервикална четка.
- Предметни стъкла.
- Съд за фиксиране или спрей-фиксатор.
- Молив за стъкло.

Фиг.4.1. Необходим инструментариум за цервикална цитонамазка.



A – Айлесберова шпатула; B – четка за цитонамазка; C – предметни стъкла; D – съд за фиксиране; E – спрей-фиксатор.

Преди приготвянето на цервикална цитонамазка инструментариумът и фиксажът за намазката трябва да бъде подготвени и за предпочитане – поставени върху подходящ поднос. Стъклата да са внимателно надписани с молив откъм тясната страна близо до ръба. Примерен информационен списък за скрининг на цервикалния карцином е показан в табл. 4.4.

Таблица 4.4. Информационен списък за скрининг на карцинома на маточната шийка

- Трите имена.
- Възраст.
- Регистрационен номер.
- Дата на последната редовна менструация (ПРМ).
- Продължителност на менструалния цикъл.
- Акушерски статус.
- Брой предходни бременности.
- Дата и описание на предишни гинекологични операции.
- Данни за лъчетерапия.
- Резултати от предишни цитонамазки.
- Симптоми (ако има такива).
- Поставено вътрематочно средство (спирала).
- Орални контрацептиви или други хормони.

Място за вземане на материал

Материал за цитологично изследване може да се вземе от:

- Задния, предния или латералния форникс на влагалището (в зависимост от диагнозата: ендо-метриален или ендо-цервикален карцином).
- Ектоцервикса или прехода от плосък в цилиндричен епител.
- Ендоцервикалния канал.
- Горната трета на латералната вагинална стена (в зависимост от диагнозата: ендо-метриален или ендо-цервикален карцином).

Изборът на място и техника зависи до голяма степен от наличните средства и целта на изследването. Повечето цитонамазки от женския генитален тракт са за установяване на цервикални лезии. За тази цел е достатъчно да се вземе материал от ектоцервикса, прехода от плосък в цилиндричен епител и от ендоцервикалния канал. (Ексфолиативната цитология за ранна диагноза на ендометриален или ендоцервикален аденокарцином е ненадежден метод.)

Приготвяне на цервикална цитонамазка

За целта при вкарване на спекулума не се използва гел. Внимателно остържете със закривения край на шпатулата ектоцервикса, съмнителния участък (например ерозио) и прехода от плосък в цилиндричен епител между ектоцервикса и ендоцервикса (виж фиг. 4.2).

Фигура 4.2. Вземане на материал от прехода от плосък в цилиндричен епител на маточната шийка



Маточна шийка

- При остъргването винаги правете едно пълно завъртане. Когато плоско-епителният преход е добре експониран, например при някои многораждали жени, по-добри резултати се получават с по-голяма шпатула или такава с плосък край вместо със закривена шпатула.
- Извадете внимателно шпатулата от влагалището, като спекулумът все още раздалечава страните.
- Поставете незабавно взетия материал върху едно или две предметни стъкла, приготвени предварително.
- Размажете секрета равномерно върху предварително етикетираните стъкла (виж фиг. 4.3):
  - Поставете шпатулата косо върху стъклото и разнесете взетия материала по дължина.
  - Повторете и с другата страна на шпатулата (кръговите или зигзагообразни движения при нанасяне на материала са по-ефективни).
  - Уверете се, че материалът и от двете страни на шпатулата е нанесен добре. Залепнал материал по шпатулата може да се махне, като се остърже в ръба на стъклото.
  - Ако има бучици, размажете ги, като упражните лек натиск с шпатулата.

- Ако използвате четка, разстелете материала по стъклото с фини вълнообразни движения.

- Помнете, че бързината е от съществено значение, защото въздухът увреждa клетките в цитонамазката, пречи на техните оцветителни свойства и на цитологичната интерпретация.
- Фиксирайте стъклата, докато цитонамазката е още влажна.
- Потопете стъклата в съд, пълен с фиксираща течност, или ги напръскайте с фиксатор (виж фиг. 4.4). Пръскането е по-добро и по-лесно средство, но спрейовете са скъпи и не винаги се намират.
- Махнете спекулума от влагалището, след като цитонамазката е фиксирана.

Фигура 4.3. Разстилане на цервикален материал върху предметно стъкло.



В повечето случаи едно стъкло е напълно достатъчно, но ако количеството взет материал е голямо, може да се приготви и друго. Ако пробата е недостатъчна, необходимо е процедурата да се повтори. Ако трябва да се направят две намазки върху предметни стъкла (например една с шпатула и втора с четка или две проби с шпатула), първо се фиксира първата намазка и чак след това се пристъпва към вземането на втората.

Фиксирайте препарата веднага, докато все още цитонамазката е влажна, за да спрете изсъхването ѝ от въздуха. Бързите фиксации са особено важни за намазки, съдържащи кръв, както и за цитонамазки от жени в менопауза, тъй като изсъхват много бързо.

Фиксиране

Подходящи съдове за фиксиращи течности са чисти стъкленици или буркани, както и продаваните в търговската мрежа кювети на Coplin, направени от стъкло или пластмаса. Когато се използва буркан или стъклена ваничка, могат да се потопят най-много две стъкла. Кюветите на Coplin побират пет чифта предметни стъкла. Те се нареждат плътно едно до друго (страната с намазката се поставя към гърба на предишното стъкло) в специални улеи на съда.

Най-често използвани фиксиращи течности са различните алкохоли (например 95% етилов алкохол, метилов алкохол, изопропилов алкохол) или различни алкохолни смеси, например три части 95% етилов алкохол се смесва със седем части третичен бутилов алкохол.

Предметните стъкла трябва да останат във фиксатора най-малко 15 минути, но могат да стоят 7, дори 10 дни, без опасност да се влоши качеството на натривките.

Спрей-фиксация

Спрей-фиксацията дава отлични резултати и като цяло е много по-лесна за изпълнение и по-икономична – спестява и време, и оборудване. Фиксационният спрей трябва да се нанесе равномерно върху цялата натривка на предметното стъкло (виж фиг. 4.4).

Фигура 4.4. Спрей-фиксация на цитонамазка.



Спреят не трябва да се доближава повече от 15 cm до стъклото, за да не отмие пробата. Различните марки спрей-фиксатори съдържат аерозолна съставка и разнообразни смеси от алкохол, оцетна киселина, етилен или пропиленгликол. След като фиксираните стъкла изсъхнат (обикновено за около 10 минути), могат да бъдат изпратени в лабораторията за директно оцветяване, без да се налагат допълнителни процедури. Продаваните в търговската мрежа спрей-фиксаторите са сравнително скъпи. Обикновените спрейове за коса са също толкова ефективни, но са значително по-евтини.

Оцветяване

След подходяща фиксация препаратите са готови за оцветяване. Процедурата по оцветяването изисква лабораторни условия и трябва да се извършва от обучен екип. Когато такива условия липсват, препаратите да се занесат в подходяща лаборатория за по-нататъшна обработка. За да бъдат транспортирани, фиксираните вече препарати се изваждат от съдовете и се оставят да изсъхнат. Подсушените фиксирани препарати се изпращат в лабораторията, сложени в плоска картонена или дървена кутия. При пристигането в лабораторията те отново се потопяват във фиксатор и чак след това биват оцветявани. Най-често се използва оцветяване по Papanicolaou, при което се използва воден хематоксилин и многобройни по състав бои, разтворени в 95% етилов алкохол, които придават висока прозрачност и деликатност на детайлите – оттук иде и терминът „намазка по Papanicolaou" (или "ПАП").

Грешки при вземане и приготвяне на цитонамазки

Основните причини за грешки при вземането и приготвянето на цитонамазки са показани в табл. 4.5.

Други въпроси на скрининговите програми, отнасящи се до скрининга на карцинома на маточната шийка, бяха разгледани вече в тази глава.

Табл.4.5. Грешки при вземането и приготвянето на цитонамазки.

- Шийката не е огледана внимателно.
- Шийката не е остъргана добре.
- Зоната на трансформация не е остъргана напълно.
- Материалът е взет от погрешно място (например от задната вагинална стена вместо от шийката).
- Стъклата не са достатъчно чисти или са надраскани.
- Материалът не е пренесен напълно от шпатулата върху стъклото.
- Пробите са лошо разстлани (прекалено плътно, прекалено тънко или при неравномерен натиск).
- Изсъхване преди фиксация или по време на оцветяването.
- Недостатъчна фиксация (за прекалено кратко време или в слаб алкохол).
- Неправилно оцветяване (неточно време за фиксация, недостатъчна дехидратация или грешки при приготвянето на оцветителите).
- Цитонамазката се състои главно от кръв или гнойни материи.

2. Оглед на маточната шийка.

Ако ПАП-изследването не е достъпно, трябва да се предложи оглед на маточната шийка. Това наблюдение започва 2-3 години след началото на редовен полов живот и се повтаря на всеки 1-3 години.

При този прост тест шийката се оглежда, напръсква се с физиологичен разтвор, инспектира се и след това се напръсква с разтвор на 3-5% оцетна киселина (например оцет). След 1 минута се оглежда отново и се вижда, че местата, които са съмнителни за прекарциномни лезии, побеляват под въздействие на киселината. Този метод може да се използва за цервикален скрининг там, където финансовите средства са ограничени и тестове с цитонамазки не могат да се предложат на цялото население. Ако няма зони на видимо побеляване, тестовете с оцетна киселина се смятат за отрицателни и пациентката може да се явява на прегледи през нормален скрининг-интервал или по-рано – ако се развият някакви симптоми. Ако има данни за инфекция, трябва да се направи посявка, и ако тя потвърди наличието на инфекция, да се предприеме подходящо лечение.

Необходимият инструментариумът за оглед на маточната шийка се състои от:

- Физиологичен разтвор.
- Спринцовка за промиване.
- 3-5% оцетна киселина.
- Купа.

Изследването не се провежда, ако пациентката е в месечен цикъл или пък е подложена на лечение с интравагинални таблетки. Поканете я да дойде, след като свърши менструацията ѝ или след като приключи лечението си.

Ако има зони на побеляване (положителен тест с оцетна киселина), без да се открият признаци на инфекция, трябва да се направи цитонамазка. Ако цитологичното изследване на маточната шийка не е достъпно, се предлагат колпоскопия, криотерапия или бримкова електроексцизия, но при някои обстоятелства те също не са достъпни. В такива случаи пациентката се препраща за по-нататъшни изследвания и лечение при съответния специалист.

8. Менопауза

Редом с разгледаните вече злокачествени гинекологични заболявания, вниманието на здравните специалисти (особено в развитите страни) все повече се насочва към състоянията, свързани с менопаузата, поради техния потенциален ефект върху физическото и психическо съществуване на множество иначе здрави жени. Менопаузата е свързана не само с краткотрайни остри симптоми, които причиняват дискомфорт и безпокойство у някои жени, но също и с по-важни дълготрайни усложнения (по-специално остеопорозата и сърдечно-съдовите заболявания – главна причина за смъртността и заболеваемостта сред жените в менопауза). Тези заболявания се отразяват дълбоко върху общото здравословно състояние и стойността на грижите, полагани в обществото. Осъществяването на скрининг при жени с висок риск по отношение на дълготрайни усложнения и съответно – правилното им насочване, представлява важна функция на репродуктивното здравеопазване. Клиничните особености на менопаузата са показани в табл. 4.6.

Табл.4.6. Клинични особености на менопаузата

- Аменорея.
- Топли вълни.
- Атрофия на млечните жлези.
- Атрофичен вагинит.
- Атрофия на тазовото дъно.
- Остеопороза.

Съветвайте жените как да подобрят своето здраве и качеството на живота си, като спазват здравословно поведение и балансирана диета при хранене. Това включва:

- *Тютюнопушене.* Подчертайвайте пред пушачките вредите от тютюнопушенето и ги окуражавайте да се откажат от вредния навик.
- *Физически упражнения.* Редовните физически упражнения (включително плуване и аеробика) укрепват сърдечно-съдовата система. Физическата активност за поддържане на теглото (като например бързото ходене) намалява загубата на костна плътност и стимулира регенерацията на костната тъкан. Ето защо препоръчвайте умерени физически упражнения три или четири пъти седмично.
- *Диета.* Окуражавайте пациентките да спазват балансирана диета. Да намаляват консумацията на мазнини, захар и сол, да увеличават количе-

ството на пресни плодове и зеленчуци, на пълнозърнест хляб и фибри, да приемат достатъчно протеини, витамини и минерали.

- *Тегло.* Да се следи теглото, да се отбелязва увеличаването или намаляването му. Стремете се да предпазвате пациентките от затлъстяване.
- *Стрес.* Съветвайте ги да избягват излишния стрес.
- *Алкохол.* Препоръчвайте им да ограничат приема на алкохол до не повече от две единици дневно (едно или две питиета).

При жени с висок риск от остеопороза (виж табл. 4.7) е много подходящо приемането на калций (например 1,000 mg дневно) или друг лекарствен препарат (например витамин D или bisphosphonate). За жените с висок риск от остеопороза и/или тежки менопаузални симптоми е препоръчителна хормонозаместителна терапия (ХЗТ).

Приемането на подобни медикаменти трябва да бъде споделено, документирано и съобразено с индивидуалните особености, като е нужно да се държи сметка за по-късно постъпили данни, отнасящи се до цената, потенциалните ползи, страничните ефекти и противопоказанията.

Табл. 4.7. Рискови фактори за остеопороза.

- Менопауза в ранна възраст (идиопатична или в резултат на овариална аблация вследствие на операция или облъчване).
- Астеничен хабитус, светла кожа.
- Фамилна анамнеза за остеопороза.
- Тютюнопушене, прекомерна употреба на алкохол.
- Заседнал начин на живот, причинно свързан с отсъствие на физическа активност или с хронично заболяване.
- Употреба на кортикостероиди.



5 ХОРМОНАЛНА КОНТРАЦЕПЦИЯ

1. Въведение

Хормоналните методи осигуряват безопасна и ефективна контрацепция на милиони хора. Необходимо е всички те да бъдат употребявани системно. Хормоналните контрацептиви се състоят или от прогестоген, комбиниран с естроген, или само от прогестоген. Методите, описани в тази глава, са:

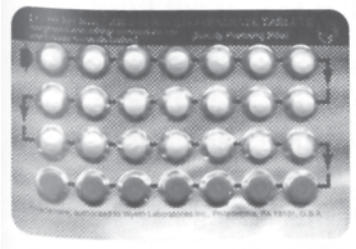
- Комбинирани орални контрацептиви (КОК).
- Прогестогенови орални контрацептиви (ПОК).
- Прогестогенови инжекционни контрацептиви (ПИК).
- Комбинирани инжекционни контрацептиви (КИК).
- Подкожни (субдермални) импланти.

2. Комбинирани орални контрацептиви (КОК)

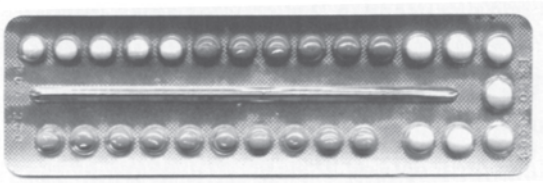
2.1. Определение

Комбинираните орални контрацептиви (КОК) са препарати, съдържащи синтетичен естроген и прогестоген, и са много ефективни за предотвратяване на бременност. Съществуват два вида КОК:

- *Монофазни.* Те съдържат едно и също количество от хормоните естроген и прогестоген, което се дава в еднаква доза по време на целия цикъл. Съвременните КОК обикновено са комбинация от етинилестрадиол, вариращ от 15 до 50 μg, и прогестоген. Приемат се постоянни дози в продължение на 21 дни, следвани от седемдневен период, през който не се приемат активни таблетки. При някои марки се предлага плацебо или препарати, съдържащи желязо.



- *Мултифазни.* Те имат двуфазни или трифазни варианти на концентрацията между естроген и/ или прогестоген по време на цикъла. Няма доказателства, че мултифазните КОК са по-ефективни или по-безопасни от монофазните. Клиничните им ефекти са подобни.



Прогестогените, съдържащи се в съвременните таблетки, включват левоноргестрел, норетистерон, дезогестрел, гестоден, ципротерон ацетат, дроспиренон и норгестимейт.

Начин на действие. Контрацептивният ефект на КОК се причинява главно от потискане на овулацията. Също така те предизвикват удебеляване на цервикалния мукус, като по този начин правят по-трудно проникването на сперматозоидите в маточната кухина и придвижването им към Фалопиевите тръби. Освен това се намалява възприемчивостта на ендометриума към бластоциста, въпреки че няма доказателства тази промяна да допринася за контрацептивната ефективност.

2.2. Показания

КОК трябва да се предоставят на всяка жена, която ги желае, след като се проведе необходимото консултиране, постигне се информирано решение и липсват противопоказания (условие, което е определено като категория 4 според медицинските критерии на Световната здравна организация (СЗО) за употребата им).

КОК са особено подходящи за жени, които желаят да използват хормонална контрацепция и отговарят на следните условия:

- Търсят високоефективен метод на контрацепция.
- Мотивирани са да използват метод, който изисква всекидневни действия, и са в състояние да се снабдяват с таблетки продължително време.
- При употребата им се постига един или повече допълнителни ефекта, предпазващи здравето. Това се отнася за жени, които са имали или имат:

- Анемия от тежко менструално кървене.
- Случай (случаи) на ектопична бременност.
- Болезнена менструация.
- Рецидивиращи доброкачествени кисти на яйчниците.
- Страдали са или са изложени на риск от остра тазово-възпалителна болест (ТВБ).
- Случаи на рак на яйчниците в семейството.

2.3. Медицински критерии за избор

Международната федерация по семейно планиране и други организации са разработили съвместно със СЗО критерии за избор на различните контрацептивни методи. Приета е следната класификация (Медицински критерии за избор на СЗО):

- *Категория 1.* Условия, при които няма ограничение за употребата на контрацептивния метод.
- *Категория 2.* Условия, при които предимствата от употребата на метода като цяло са повече от теоретичните и доказаните рискове.
- *Категория 3.* Условия, при които теоретичните и доказаните рискове като цяло са повече от предимствата при употреба на метода.
- *Категория 4.* Условия, които създават неприемлив риск за здравето, ако контрацептивът бъде употребен (т.е контрацептивът е противопоказен).

Бременността сама по себе си вече не се смята за противопоказание, за да започне или продължи употребата на хормонален метод на контрацепция, макар че бременните не се нуждаят от нея (т.е. няма показания за употреба на контрацептиви). Ако при наличие на неизвестна бременност се употребяват КОК, няма вреда за жената или плода. Въпреки това те трябва да бъдат спрени, след като бременността се потвърди, тъй като липсва потребност от употребата им.

Категория 4. Противопоказания.

КОК не трябва да се използват при:

- Кърмене в период на 6 седмици след раждането.
- Настоящ или предишен случай на исхемична болест на сърцето (ИБС) или инсулт.

- Пушене на 15 или повече цигари дневно при жени над 35 години.
- Високо кръвно налягане (систолично ≥ 160 и диастолично ≥ 100 mmHg).
- Хипертония със съдово заболяване.
- Мигрена с пристъпи.
- Захарен диабет със съдови усложнения (включващи високо кръвно налягане, нефропатия, ретинопатия или невропатия) или диабет, продължаващ повече от 20 години.
- Минали или настоящи показания за дълбока венозна тромбоза или белодробна емболия.
- Сериозна хирургическа операция с продължителна имобилизация.
- Познати тромбогенни мутации (напр. Фактор V Лайден; протромбинова мутация, протеин S, протеин C и антитромбинов недостиг).
- Увредени сърдечни клапи.
- Рак на гърдата през последните 5 години.
- Активен вирусен хепатит.
- Доброкачествен или злокачествен чернодробен тумор.
- Остра (декомпенсирала) цироза.

Категория 3.

КОК не трябва да се използват по принцип при:

- Пушене на 15 или повече цигари дневно от жени над 35 години.
- Повишено кръвно налягане (систолично 140-159 и диастолично 90-99 mmHg).
- Предишни случаи на хипертония (при която високото кръвно налягане не е било измервано) или адекватно контролирана хипертония, при която кръвното налягане се измерва.
- Известна хиперлипидемия.
- Мигрена без пристъпи при жени над 35 години (ако се развие мигрена при употребата на КОК, тя става категория 4 – противопоказание).
- Предишни случаи на рак на гърдата, но без признаци на болестта през последните 5 години.
- Кърмене от 6-та седмица до по-малко от 6 месеца след раждането.

- По-малко от 21 дни след раждането.
- Лека компенсирана цироза.
- Предишни случаи на холестаза, свързани с употреба на КОК.
- Симптоматично заболяване на пикочния мехур.
- Медикаментозно лечение, влияещо на чернодробните ензими: рифампицин и определени антиконвулсанти (фенитоин, карбамазепин, барбитурати, примидон, топирамат, окскарбазепин).

Когато е налице някое условие от категория 3, обяснете потенциалните рискове на пациентката, като ѝ препоръчате алтернативни методи (виж също гл. II – „Консултиране"). Ако тя избере КОК, понеже други контрацептивни средства не могат да ѝ бъдат предоставени или те са неприемливи, методът трябва да се приложи от квалифициран специалист, а жената да остане под медицинско наблюдение.

Ако при пациентката се срещат повече от едно сред първите пет условия, увеличаващи риска от сърдечносъдови заболявания, трябва да се направи медицинско клинично заключение. Най-често комбинираните условия поставят случая в категория 4 (противопоказания).

Ако методът бъде предоставен, запишете в клиничния картон на жената нейните особеностите и я посъветвайте да следи за предупредителни признаци, свързани със състоянието ѝ.

Категория 2.

КОК като цяло могат да се използват внимателно при наличието на:

- Пушене под 35-годишна възраст.
- Мигрена без пристъпи при жени под 35 години (ако се развие мигрена по време на употребата на КОК, случаят преминава в категория 3).
- Захарен диабет без съдови усложнения.
- Семейна история за дълбока тромбоза на вените или пулмонарен емболизъм (при роднини от първа степен).
- Кърмене след шест или повече месеца, изминали от раждане.
- Повърхностен тромбофлебит.
- Повишено кръвно налягане по време на бременността (при условие, че настоящото кръвно налягане е измервано и е нормално).

- Заболяване на сърцето без съдови усложнения.
- Неизяснено вагинално кървене, предполагащо сериозно състояние, което все още не е оценено.
- Цервикална интраепителна неоплазия или рак на шийката на матката (чакащи лечение).
- Недиагностицирана бучка в гърдата.
- Безсимптомно заболяване на пикочния мехур.
- Затлъстялост 30 kg/m2 индекс на телесното тегло.
- Лечение с гризеофулвин.
- Антиретровирусна терапия

Когато някое от тези условия е налице, внимателното наблюдение и правилният мониторинг ще позволят ползите от употребата на КОК да надделеят над потенциалните рискове. Въпреки това, ако при жената се срещат повече от едно между първите три условия, рискът от сърдечносъдови заболявания е увеличен и е нужно да се направи клинично заключение. В повечето случаи комбинираните условия трябва да се разглеждат като принадлежащи към категория 3.

Ако методът бъде предоставен, запишете в клиничния картон на жената нейните особеностите и я насочете към предупредителни знаци, свързани със състоянието ѝ.

2.4. Специални случаи

Необходимо е определени случаи да бъдат разглеждани специално (виж табл. 5.1).

Таблица 5.1 - Случаи, изискващи специално разглеждане.

Първите три седмици след раждането. Лактация. Подрастващи. Възраст над 35 години.	Планирана хирургическа операция. Лекарствени взаимодействия. Абнормално вагинално кръвотечение. Злокачествено образуване на генитална тракт.	Сърповидноклетъчна анемия. Варикозни вени. Паразитни заболявания. Положителен ХИВ статус и СПИН.

Първите три седмици след раждане

КОК не бива да се използват през първите три седмици след раждане, за да се избегне рискът от тромбоемболични усложнения, без значение дали майката кърми или не. 21 дни след раждането съсирването на кръвта и фибринолизата са отново в норма и КОК могат да се прилагат, ако майката е избрала да не кърми. Допустимо е употребата на прогестогенови орални контрацептиви (ПОК) да започне по всяко време след раждането, ако майката е решила да не кърми.

Лактация

По време на лактацията не предписвайте КОК до 6 месеца след раждането или докато кърмачето не бъде отбито по-рано. Употребата на КОК в период на кърмене намалява количеството на майчиното мляко, съкращава продължителността на лактацията и следователно, може да повлияе непряко върху растежа на бебето. Ако майката желае да започне орална контрацепция по време на кърмене, трябва да ѝ се препоръчат ПОК и приемът им да започне не по-рано от шест седмици след раждането (виж раздел 3.4).

Подрастващи

Ползите от КОК са изключително важни за девойки, изложени на риск от бременност. Показанията и противопоказанията при тази възрастова група са същите, както при по-възрастни жени.

Жени над 35 години

КОК могат да се използват от повечето здрави жени над 35 години, ако липсват сърдечносъдови рискови фактори като пушене, високо кръвно налягане или захарен диабет.

Планирана хирургическа операция

Степента на риск от дълбока тромбоза на вените и пулмонарен емболизъм при значителна операция зависи от продължителността на обездвижването. КОК трябва да бъдат спрени приблизително 4 седмици преди планираната хирургическа намеса, предполагаща продължително обездвижване и увеличен риск от дълбока тромбоза на вените. Приемането на КОК може да започне отново 2 седмици, след като жената се е раздвижила. За този период предложете употреба на друга ефективна контрацепция, ако от нея има нужда. При спешни операции хирургът може да разреши употреба на профилактични противосъсирващи мерки и да насърчи ранното раздвижване.

Лекарствени взаимодействия

Медикаменти, стимулиращи чернодробните ензими, особено които се използват при продължително лечение, намаляват ефективността на КОК. Такива лекарства са рифампицин, гризеофулвин, фенитоин, етосуксимид, карбамазепин, глутетимид, барбитурати, примидон, топирамат, окскарбазепин и някои антиретровирусни препарати. Може да се предположи взаимодействие между медикаментите, ако жената има менструално кървене и зацапване по време на цикъла, докато употребява някое от горните лекарства заедно с КОК. Посъветвайте я да използва алтернативна или допълнителна форма на контрацепция.

Абнормно вагинално кървене

Ако се наблюдава вагинално кръвотечение, предполагащо бременност или скрита патология (примерно тазово злокачествено образувание), то трябва да се изследва преди прилагането на КОК. Въпреки че нередовно менструално кървене често се среща и при здрави жени, предписвайте КОК само при липса на каквото и да е показание, показващо патологично състояние.

Злокачествено образувание на генитална тракт

Жените с рак на генитална тракт могат да използват КОК, докато чакат лечение. При повечето злокачествени тумори на генитална тракт лечението изключва бъдещо забременяване, но въпреки това, след като е поставена диагноза и докато очаква лечение, жената може да желае предпазване от бременност и да използва необходимия контрацептивен метод.

Пациентки, лекувани успешно от предкарциномно заболяване на маточната шийка, по принцип запазват фертилността си и могат да използват избрания от тях контрацептивен метод, включително КОК.

Възможно е лечението на хориокарцином да не застраши бъдещи забременявания. Тъй като е нужно да се избягва бременност по време и след лечението, заболяването трябва да се следи адекватно и е разрешено да се използват КОК.

Сърповидноклетъчна анемия

Наличието на сърповидни кръвни телца не е противопоказание за употребата на КОК, но жените с хомозиготно сърповидно клетъчно заболяване са изложени на по-голям риск от тромбоза. На такива пациентки препоръчайте употребата на друг метод, като наблегнете на съдържащите само прогестоген препарати с дългосрочно действие, които могат да имат благоприятен ефект върху сърповидноклетъчната анемия.

Инфекции, предавани по полов път (ППИ)

Някои наблюдения показват, че КОК могат да предпазват от тазово-възпалителна болест (ТВБ). Въпреки това хормоналните контрацептиви не предпазват от ППИ, включително ХИВ, и потребителите трябва да са наясно с този факт. Препоръчвайте на всеки, изложен на риск от заразяване с ППИ, да употребява презервативи.

Варикозни вени

Допустимо е КОК да се употребяват от жени, които нямат усложнения, свързани с варикозни вени и предишни случаи на дълбока тромбоза на вените, както и други противопоказания.

Паразитни заболявания

Не е наблюдавано употребата на КОК да се влияе от паразитни заболявания, въпреки че в тази област има нужда от допълнителни изследвания, особено за възможни лекарствени взаимодействия с противопаразитни препарати.

Положителен ХИВ статус и СПИН

Въпреки че няма достатъчно научни доказателства по тази тема, съвременното мнение е, че КОК са безвредни за употреба от ХИВ-положителни жени. Въпреки това взаимодействието с някои антиретровирусни препарати може да повлияе върху ефикасността или токсичността на КОК или на самите антиретровирусни препарати.

2.1. Консултиране и информация

Всички клиенти трябва да получат подходяща консултация за избора си и употребата на КОК преди да започнат прилагане на метода. Окуражете ги да задават въпроси, така че всички неясноти и недоразумения да бъдат преодолени в началото. (Виж също гл. II – „Консултиране".)

Избор на КОК като метод за контрацепция

Обсъдете ясно следните въпроси с всеки клиент по разбираем за него начин:

- Предимства и недостатъци на КОК, включващи ефективност, рискове и ползи, странични ефекти и цена. (Уверете потребителите, че увеличението на риска от рак е минимално и че има сигурни доказателства, че КОК предпазват от рак на яйчниците и ендометриума.)

- Други методи за семейно планиране, включително информация за ефективността, рисковете и ползите, страничните ефекти и цената им.
- Избор на най-подходящ тип КОК.
- Напомнете на жените, които пушат, че пристрастяването към тютюна увеличава риска от сериозни разстройства на кръвообращението. Посъветвайте всички, че ако възнамеряват да използват КОК, трябва да спрат пушенето.

Употреба на КОК

Виж раздел 2.9 на тази глава.

2.2. Кой може да осигурява КОК

В зависимост от местните закони и практики орални контрацептиви могат да се осигуряват от лекари, нелекарски клиничен персонал и здравни работници от общността, подготвени да обучават и консултират клиентите. Лицата, които обикновено се занимават с потребностите на общността, са подходящи и за снабдители с КОК. Изразът "услуги, базирани в общността" се използва, когато КОК биват предоставяни в общността чрез неклинични услуги. (Виж каре 5.1.)

Каре 5.1. Осигуряване на КОК чрез услуги, базирани в общността.

На общността или на работещия на терен трябва: а) да бъде проведено подходящо обучение; б) да следва ясни инструкции; в) да му се оказва подходящ контрол и да са налице заведения, към които да пренасочва при необходимост.

Обучението използва подходящи списъци с отметки (виж списъка за раздаване на КОК при услуги, базирани в общността). Те помагат на работещия да насочва желаещите към здравно заведение или кабинет по семейно планиране/ СРЗ за преглед, който да определи дали КОК са подходящи за тях.

Социалният маркетинг, при който контрацептивите се разпространяват без рецепта, посредством субсидирани търговски канали, е друг метод за осигуряване на КОК. Програмите по социален маркетинг трябва да предоставят достатъчно знания за правилната употреба на метода, както и необходимите мерки, ако се появят колебания или потребност от повече информация. Същевременно правата на клиентите за конфиденциалност и ненамеса в личния им живот не трябва да се нарушават.

Виж раздел 4 на тази глава за повече информация.

2.3. Преценка на здравословното състояние

Преценката на здравословното състояние определя дали известен метод на контрацепция е подходящ за клиента. Трябва да се използва възможността, за да се предложат и други услуги, свързани със СРЗ, които са потребни на посетителя.

Услуги по СП, базирани в общността

Здравната оценка като част от услуга, базирана в общността, установява дали са налице условия, които да изискват препращане за по-обстоен медицински преглед. (Виж списъка за раздаване на КОК при услуги, базирани в общността.)

Работещите в медицински заведения, които осигуряват КОК, трябва да са готови за преценка на здравословното състояние на клиенти, изпратени от центрове в общността или от системата на социалния маркетинг.

Клинични услуги

Здравната оценка в клиника включва медицинска и релевантна социална история, физически преглед и всички необходими лабораторни изследвания.

- *Медицинска и социална история.* Необходимо е в клиниката да се изясни медицинската и социалната история на пациента, като се обърне особено внимание на обстоятелства, свързани с медицинската ѝ приложимост (виж раздели 2.3 и 2.4 на настоящата глава). В нея се включват възраст, релевантна семейна и минала медицинска история, гинекологична история, включително дата на последната менструация и продължителност на цикъла, пушене и употреба на медикаменти.
- *Физически преглед.* Първоначалният физически преглед се състои в измерване на теглото, кръвното налягане, преглед за разширени вени или признаци за дълбока тромбоза на вените, преглед на кожата и на очите за жълтеница, преглед на гърдите, както и други необходими прегледи според медицинската и социалната история. За предписване и употреба на КОК не са необходими бимануален тазов преглед и вагинален преглед със спекулум, но когато е възможно и подходящо, те трябва да се предлагат на жената като част от репродуктивните здравни услуги.
- *Лабораторни изследвания.* За употреба на КОК не се изискват рутинни тестове, освен когато има показания от медицинската история или от физическия преглед. Ако е възможно и подходящо, на жената трябва да се предлагат избрани тестове като част от репродуктивните здравни услуги, например:

- Изследване на урината за глюкоза и протеин.
- Изследване за сифилис (с тест от венерологична лаборатория).
- Преглед за рак на маточната шийка. Той трябва да започне 2-3 години след началото на половия живот и да се повтаря на всеки 1-3 години (виж гл. IV – «Скрининг на репродуктивното здраве при жени без оплаквания»).

Ако в медицинската история няма данни, даващи основание да се подозират противопоказания от категория 4, липсата на някое от физическите или лабораторните изследвания не пречи КОК да бъдат предписани. Употребата на КОК може да започне, но всички необходими изследвания трябва да се извършат през следващите 3 месеца.

Медицинската/ социалната история и резултатите от прегледите се документират в клиничния картон на всеки пациент, особено при наличието на обстоятелства, попадащи в категория 2, 3 или 4 от медицинските критерии за приложимост.

2.4. Избор на КОК

Всички потребителки трябва да използват КОК, които съдържат най-ниската ефективна и приемлива доза естроген и прогестоген.

- Започнете с комбиниран монофазен препарат, съдържащ 30-35 μg естроген.
- Сменете дозировката или вида на таблетките, само ако има значителни странични ефекти, които предизвикват желание у потребителката да спре употребата им или да смени таблетките (виж раздел 2.12).

Съвременните прогестогени, съдържащи се в КОК, включват левоноргестрел, норетистерон, дезогестрел, гестоден, ципротерон ацетат, норгестимейт и дроспиренон. Няма медицински основания за предпочитане на някой от тях, въпреки че те се различават по себестойност и това може да бъде решаващо при избора им. Дезогестрелът и гестоденът носят малко по-голям допълнителен риск за дълбока тромбоза на вените/ пулмонарен емболизъм в сравнение с КОК, съдържащи левоноргестрел. Съществува най-много информация за безопасността на таблетките, съдържащи комбинация от 30 μg етинилестрадиол/ 150 μg левоноргестрел, и те са най-широко разпространени.

ЗАБЕЛЕЖКА: Повече информация за марките и състава на оралните контрацептиви, разпространени по света, присъства в Списък на хормоналните контрацептиви на МФСП (намиращ се на Интернет адрес: www.ippf.org).

2.5. Инструкции към потребителя

КОК са опаковани в блистери от:

- **21 таблетки.** При тях в продължение на 21 дни се взема по 1 таблетка, съдържаща комбинация от естроген/ прогестоген, след което се прави 7-дневна пауза преди да се започне нова опаковка.
- **28 таблетки.** При тях в продължение на 21 дни се взема по 1 таблетка, съдържаща комбинация от естроген/ прогестоген, след което вместо пауза се приемат 7 плацебо или желязосъдържащи таблетки и така се затваря пълен 28-дневен цикъл.

Послужете си с мостра от опаковка, за да покажете употребата на таблетките. Ако жената ще използва опаковка с 28 таблетки, обяснете й за плацебо-таблетките, отбелязващи седмицата, през която трябва да се появи менструалното й кървене. Покажете й как да различава активните от плацебо-таблетките. Плацебо-таблетките обикновено имат различен цвят или размер, или и двете. Когато обяснявате, използвайте термини и изрази, лесно разбираеми от потребителката.

Начало на приема

Първата опаковка може да се започне през първите 5 дни на менструалния цикъл, за предпочитане – от първия негов ден. Някои жени намират, че е удобно да започнат вземане на таблетките в точно определен ден от седмицата (например понеделник). Ако някоя желае да постъпи така и този ден от седмицата е след петия ден от менструалния й цикъл, уверете се, че не е бременна, и я посъветвайте да използва допълнителни методи за предпазване от бременност през следващите 7 дни.

При жена с аменорея

- Тя може да започне КОК по всяко време, стига да е достатъчно сигурно, че не е бременна.
- Трябва да се въздържа от секс или да използва допълнителна контрацепция през следващите 7 дни.

При жена след раждане

- Ако жената кърми и желае да приема таблетки, препоръчайте й прогестогенови орални контрацептиви, които може да започне едва след шестата седмица след раждането (виж раздел 2.3). КОК не трябва да

се предписват до шестия месец след раждането или докато кърмачето бъде отбито (ако това стане по-рано).

- Ако жената не кърми, може да започне приема на таблетки 3-6 седмици след раждането (съсирването на кръвта и фибринолизата по принцип се връщат в норма 21 дни след раждане). Ако тя желае да започне прием след шестата седмица от раждането, изключете възможността за бременност преди да започне употребата на КОК (виж гл. XI – „Диагностика на бременността").

Прехвърляне от друг хормонален метод

- Жената може да започне КОК незабавно, ако е използвала постоянно и правилно друг хормонален метод или е достатъчно сигурно, че не е бременна. Няма нужда да се чака следващият менструален цикъл.
- Ако предишният използван метод е бил инжекционен контрацептив, КОК трябва да започнат от датата на следващата й инжекция. Не е необходимо допълнително предпазване от бременност.

Прехвърляне от нехормонален метод (различен от спирала)

- Жената може да започне КОК през първите 5 дни от началото на месечното й кървене. Не е необходимо допълнително предпазване от бременност.
- Тя може също така да започне КОК по всяко време, ако е достатъчно сигурно, че не е бременна. Ако са изминали повече от 5 дни от началото на менструалното кървене, трябва да се въздържа от секс или да използва допълнителен метод за предпазване от бременност през първите 7 дни от употребата на КОК.

Прехвърляне от спирала (включително хормонална спирала)

- Жената може да започне КОК през първите 5 дни от началото на месечното й кървене. Не е необходимо допълнително предпазване от бременност. Спиралата може да се извади по същото време.
- Тя може да започне КОК по всяко време, ако е достатъчно сигурно, че не е бременна.
- Ако потребителката е била сексуално активна през настоящия си менструален цикъл и са изминали повече от 5 дни от началото на месечното й кървене, препоръчително е спиралата да се извади през следващия менструален цикъл.

- Ако не е била сексуално активна през настоящия си менструален цикъл и са изминали повече от 5 дни от началото на месечното ѝ кървене, трябва да се въздържа от секс или да приложи допълнителен метод за предпазване от бременност през първите 7 дни от употребата на КОК. Ако допълнителният метод е спиралата, която използва, препоръчително е тя да се извади през следващия менструален цикъл.
- Ако жената е с аменорея или има нередовно кървене, може да започне КОК, както другите жени с аменорея.

Прием на таблетките

Потребителката трябва да приема по една таблетка всеки ден, по едно и също време, докато свърши опаковката. Посъветвайте я да не прекъсва вземането на таблетки преди да свърши опаковката, дори да не е имала полов акт.

Започване на нова опаковка

- Ако жената използва опаковка с 28 таблетки, трябва да започне нова опаковка без прекъсване, на следващия ден, след като свърши старата.
- Ако използва опаковка с 21 таблетки, трябва да пропусне 7 дни преди да започне нова опаковка.

Ако таблетките се пият правилно, потребителката ще започва новата опаковка в един и същи ден от седмицата.

Пропусната таблетка

Подчертайте колко е важно да не се пропуска вземане на таблетка. Обяснете, че ако бъдат пропуснати една или повече хормонални таблетки, може да се появи зацапване или пробивно кървене и най-важно – жената ще бъде изложена на по-голям риск от забременяване. Рискът е най-голям, когато са пропуснати хормонални таблетки в началото или в края на цикъла, защото това е еквивалентно на един удължен интервал, през който жената не е пила хормоналния препарат. Дайте ѝ следните инструкции:

При таблетки с 30-35 μg етинилестрадиол

- Ако са пропуснати едно или две вземания, тя трябва да изпие таблетка, веднага щом установи пропуска си. Следващата таблетка трябва да се изпие по обичайното време. Това означава, че на потребителката може да се наложи да вземе две таблетки в един и същи ден или по едно и също време. Не е необходима допълнителна контрацепция.

- Ако са пропуснати три или повече хормонални таблетки или опаковката е започната три или повече дни по-късно, жената трябва да изпие хормонална таблетка колкото е възможно по-рано и да продължи да взема хапчета всеки ден, по едно на ден. Освен това е задължително да използва презервативи или да се въздържа от секс, докато не е пила без прекъсване хапчета 7 дни подред.
  - Ако е пропуснала таблетките през третата седмица, трябва да свърши настоящата опаковка и да започне нова на следващия ден, без да пие седемте неактивни таблетки.
  - Ако е пропуснала таблетките през първата седмица и е правила секс без предпазни средства, трябва да обмисли използване на спешна контрацепция (виж гл. X – „Спешна контрацепция").

При таблетки с 20 μg етинилестрадиол или по-малко

- *Ако е пропусната 1 таблетка*, жената трябва да следва горните инструкции за пропуснати 1 или 2 таблетки с 30-35 μg етинилестрадиол.
- *Ако са пропуснати 2 или повече хормонални таблетки* или опаковката е започната 2 или повече дни по-късно, да следва горните инструкции при пропуснати 3 или повече таблетки с 30-35 μg етинилестрадиол.

При таблетки с 30-35 μg или 20 μg, или по-малко етинилестрадиол

- *Ако е пропусната 1 или повече нехормонални таблетки* (плацебо), жената трябва да изхвърли пропуснатата плацебо-таблетка и да продължи да пие останалите по веднъж на ден. Следващата опаковка се започва както обикновено. Няма нужда от допълнителна контрацепция.

Ако е възможно, осигурете на потребителката за резерв една допълнителна опаковка. Добра практика е, когато давате първите опаковки с хормонални таблетки, да предлагате на жената и презервативи – в случай че тя се нуждае от допълнителна защита.

Повръщане и диария

Острите пристъпи на повръщане и/ или диария влияят върху ефективността на КОК. Ако пристъпът за повръщане се появи до един час след изпиване на таблетка, жената трябва да вземе още една. Ако симптомите продължат повече от 24 часа, се препоръчва използване на допълнителна контрацепция, докато острото повръщане или диарията изчезнат за 7 дни. Ако те продължат два или повече дни, жената трябва да спазва същия ред като при пропуснати таблетки.

Други лекарства

Обяснете на потребителката, че определени лекарства намаляват ефективността на КОК. Ето защо, независимо от причината за консултацията, тя винаги трябва да съобщава на здравните работници в сферата на СП какви лекарства употребява.

Странични ефекти

Обяснете на потребителката възможните странични ефекти (виж раздел 2.12).

Предупредителни знаци

Посъветвайте я да посети клиниката, ако има подозрения за бременност или наблюдава някой от следните предупредителни признаци за усложнения:

- Остра коремна болка.
- Остра болка в гърдите, кашляне или недостиг на въздух.
- Остро главоболие.
- Загуба на зрение или замъгляване.
- Остра болка в прасеца или бедрото.
- Жълтеница (жълт цвят на очите или на кожата).

За да предотвратите излишни безпокойства, обяснете на жената, че сериозните усложнения при употреба на КОК са много редки. Подчертайте, че за нейното здраве е по-добре да използва този високонадежден метод на контрацепция, отколкото да й се случи нежелана бременност.

Контролен преглед

Посъветвайте клиентката да посети клиника или консултант по СП за рутинен контролен преглед приблизително три месеца след началото на КОК. По-нататък се препоръчва рутинен годишен контролен преглед.

Съобщете датата на следващото посещение и наименованието на таблетките, които са й дадени. Ако жената е посетила клиника, уверете се, че знае нейното име, адреса и телефонния й номер. Ако получава таблетки в своята среда чрез консултант по СП, съобщете името, адреса и телефонния номер на най-близкото клинично заведение, в което може да се консултира при възникнали проблеми. Предайте в писмен вид на потребителката тази информация

заедно с предупредителните симптоми за наблюдение. Всичко трябва да е написано така, че жената или някой неин близък (в случай, че тя не може да чете) да може лесно да го разбере.

Окуражете клиентката да задава въпроси, тъй че да не остане нищо неизяснено. Помолете я да повтори основните инструкции, за да проверите дали ги е разбрала.

2.6. Контролни прегледи

Рутинен контролен преглед в клиника или от консултант по СП в общността се препоръчва около 3 месеца, след като започне употребата на КОК, а по-нататък – веднъж годишно.

Процедура за контролен преглед след третия месец:

- Сверете точния адрес и начина за връзка с клиентката.
- Преценете дали е удовлетворена от метода.
- Определете дали е имала някакви проблеми или възможни странични ефекти и ако те са възникнали, запишете ги в клиничния картон.
- Ако консултант по СП в общността е забелязал някакъв сериозен проблем или страничен ефект, насочете жената към здравно заведение.
- Обновете медицинската история в клиниката, измерете кръвното налягане и теглото, извършете всички други необходими прегледи, налагащи се от медицинската история.
- Осигурете необходимата консултация и/ или лечение.
- Повторете с жената инструкциите за приемане на КОК и предупредителните знаци, които трябва да следи. След това я снабдете с КОК и й дайте инструкции за годишния контролен преглед.
- Окуражете я да потърси консултанта по СП в общността или клиниката по всяко време, ако има въпроси, оплаквания или проблеми.

Процедура за годишен контролен преглед:

- Следвайте процедурата за контролен преглед след третия месец, като осъвременете медицинската история и оценете дали жената е удовлетворена от метода.
- Предложете й други услуги, свързани с репродуктивното здраве, които се предлагат в заведението – например преглед за рак на шийката на матката.

Продължителност на употребата. При здрави жени КОК могат да се прилагат много години, без да е нужно периодично прекъсване.

2.7. Снабдяване с КОК

Системата за предлагане на КОК трябва да е гъвкава, така че потребителката да получава лесно и навреме нужното количество таблетки. Важно е да се намали до минимум броят на посещенията за получаване на препарата. По принцип, ако тя не иска друго, при първото посещение й дайте таблетки за три цикъла, а на контролния преглед след първите три месеца, ако няма проблеми, й предоставете за още десет цикъла. На първия годишен контролен преглед може да й дадете цялото количество от 13 цикъла за една година, ако няма проблеми или обстоятелства, изискващи специфично решение. В определени случаи предоставящите услуги по СП смятат, че по-малко количество е по-удобно за някои жени (за ония, които не могат да съхраняват безопасно големи количества).

2.8. Странични ефекти

През първите три цикъла след употребата на КОК се наблюдават следните странични ефекти, които обикновено изчезват и не са причина за спиране на метода:

- Пробивно кървене.
- Леко гадене и/ или замаяност.
- Чувствителност в гърдите.
- Леко главоболие.

Други странични ефекти са увеличаване на теглото, задържане на течности и депресия.

Повечето жени се справят със страничните ефекти, ако бъдат подкрепени от консултанта. Понякога се налага симптоматично лечение. Ако тези усилия не помогнат или проблемът е от сериозно значение за пациентката, помислете дали тя да не спре КОК и ако се вземе такова решение, посъветвайте я за други методи на контрацепция.

Употребата на КОК може да доведе до липса на менсис (аменорея). Това налага проверка за бременност (виж гл. XI – „Диагностика на бременността"), особено ако е пропуснато или забавено приемането на таблетки. Ако изчезването на менсиса продължава при липса на бременност, уверете жената, че

това не представлява риск за здравето ѝ. Може да се опита приемане на друг вид таблетки.

2.9. Мениджмънт на услугите

Виж раздел 4 на тази глава.

3. Прогестогенови орални контрацептиви



3.1. Определение

Прогестогеновите орални контрацептиви (ПОК) са хормонални препарати, които съдържат само прогестоген в по-малки дози (обикновено 10-50%) в сравнение с комбинираните таблетки (естроген/ прогестоген). В зависимост от вида прогестоген ПОК могат да съдържат от 30 µg (например левоноргестрел) до 600 µg (например норетистерон) прогестоген (0.03 – 0.6 mg).

Най-често разпространените ПОК съдържат левоноргестрел, дезогестрел, норетистерон или линестренол. Пие се по една таблетка по едно и също време всеки ден, без прекъсване и без значение колко продължителна е менструацията. Ефикасността на ПОК е малко по-ниска от тази на КОК, особено при по-младите жени, но е почти същата при жени над 35-годишна възраст.

ЗАБЕЛЕЖКА: Повече информация за марките и състава на оралните контрацептиви, разпространени по света, дава Списъкът на хормоналните контрацептиви на МФСП (намиращ се на Интернет адрес: www.ippf.org).

Начин на действие

Както и другите контрацептиви, съдържащи само прогестоген, ПОК въздействат по два начина:

- Ефектът на прогестогена върху цервикалния мукус е главен фактор за контрацептивната ефикасност. Образува се дебел слузест слой, който затруднява проникването на сперматозоидите.

- Прогестогенът действа на хипоталамуса и на хипофизата и намалява отделянето на ЛХ, предизвикващ овулацията. В повече от половината случаи овулация липсва.

Освен това, в зависимост от предписаната доза, прогестогените причиняват хистологични изменения в ендометриума. Няма доказателства, че тези промени допринасят за контрацептивния ефект.

3.2. Показания

Прогестогеновите орални контрацептиви трябва да се предоставят на всички жени, които ги желаят, но след необходимата консултация, постигане на информирано решение и ако нямат никакви противопоказания за употребата им (условие, което е категория 4 според медицинския критерий на СЗО).

ПОК са изключително подходящи за жени, които искат да използват орални хормонални контрацептиви, но има причина, изключваща употребата на естрогени – например кърмят.

3.3. Медицински критерии за избор

ПОК не влияят на кръвното налягане или на съсирващите фактори. Имат пренебрежим ефект върху метаболизма на липидите и чернодробната функция. Следователно при тях съществуват по-малко медицински ограничения за използване в сравнение с КОК.

Категория 4. Противопоказания

ПОК не трябва да се използват при наличието на:

- Рак на гърдата през последните 5 години.

Посъветвайте всяка жена, която има противопоказания за ПОК и КОК, да използва алтернативни методи на контрацепция (виж също гл. II – „Консултиране").

Категория 3

ПОК не трябва да се използват по принцип при наличието на:

- Настояща дълбока тромбоза на вените или пулмонарен емболизъм.
- Активен вирусен хепатит.

- Чернодробен тумор (доброкачествен или злокачествен).
- Остра некомпенсирана цироза.
- Диагностициран и лекуван в предишен период рак на гърдата, но без признаци на болестта през последните 5 години.
- Кърмене и по-малко от 6 седмици след раждане.
- Медикаментозно лечение, влияещо на чернодробните ензими: рифампицин и определени антиконвулсанти (фенитоин, карбамазепин, барбитурати, примидон, топирамат, окскарбазепин).

Когато е налице някое условие от категория 3, обяснете потенциалните рискове на потребителката и я посъветвайте за алтернативни методи на контрацепция. Ако тя избере ПОК, понеже други контрацептивни средства не й се предлагат или са неприемливи за нея, особено важно е да се яви на контролен преглед.

Категория 2

ПОК като цяло могат да се използват внимателно при наличието на:

- Настоящи или предишни случаи на исхемична болест на сърцето или удар (ако някое условие се развие по време на употреба на ПОК, то става категория 2).
- Предишни случаи на хипертония, при която високото кръвно налягане не е измервано.
- Повишено кръвно налягане (систолично ≥160 и диастолично ≥100 mmHg).
- Повишено кръвно налягане със съдово заболяване.
- Мигрена с пристъпи или развиване на мигрена без пристъпи при жени на всякаква възраст по време на употреба на ПОК (ако се развие мигрена при използване на ПОК, тя става категория 3).
- Диабет с или без усложнения (историята на гестационните заболявания е категория 1).
- История на дълбока тромбоза на вените или пулмонарен емболизъм.
- Значителна хирургическа операция с продължително обездвижване.
- Лека компенсирана цироза.

- Заболяване на пикочния мехур.
- Недиагностицирана бучка в гърдата.
- Предишна ектопична бременност.
- Известна хиперлипидемия.
- Нередовно, тежко или продължително вагинално кървене или неизяснено вагинално кървене, предполагащо сериозно състояние, преди то да е оценено.
- Лечение с гризеофулвин.
- Антиретровирусна терапия.

Когато някое от тези условия е налице, внимателното наблюдение и правилният мониторинг ще позволят ползите от употребата на ПОК да надделеят над потенциалните рискове. Ако методът бъде предоставен, запишете особеностите на жената в клиничния й картон и я информирайте за предупредителни симптоми, свързани със състоянието й.

3.4. Специални случаи

Съветите, които се дават при употреба на КОК относно абнормното вагинално кървене, лекарствените взаимодействия, ППИ и злокачествените образувания на гениталния тракт, се отнасят и за ПОК (виж раздел 2.4).

Първите три седмици след раждане

Прогестогеновите орални контрацептиви (ПОК) могат да се прилагат по всяко време след раждане, ако майката реши да не кърми.

Лактация

Хормоналните методи на контрацепция не трябва да бъдат сред първите при контрацептивния избор на кърмещи жени. Въпреки че няма данни прогестогеновите орални контрацептиви да влияят на лактацията, съществуват съмнения, че те водят до отделяне в млякото на орално активни прогестогени, които се усвояват от кърмачето. Нито един прогестогенов метод не бива да започва преди шестата седмица след раждането при кърмещи жени, освен ако липсват или не са достъпни други контрацептивни възможности. Дневната доза, получавана от кърмачето, е много по-висока при прогестогеновите инжекционни контрацептиви в сравнение с ПОК.

Други специални ситуации

ПОК могат да се използват от жени, които нямат други противопоказания и са:

- Подрастващи.
- Над 35 години.
- Имат варикозни вени.
- Имат сърповидноклетъчна анемия.

3.5. Консултиране и информация

Всички потребителки трябва да получат подходяща консултация за избора и употребата на ПОК преди да използват този метод на контрацепция. Окуражете ги да задават въпроси, така че всички неясноти и недоразумения да бъдат преодолени още в началото (Виж също гл. II – „Консултиране").

Избор на ПОК като метод на контрацепция

Направете справка с гл. II – „Консултиране" и раздел 2.5 на настоящата глава. По време на консултацията обсъдете допълнително следните въпроси, засягащи употребата на ПОК:

- По принцип ефективността на ПОК е малко по-ниска от тази на КОК, особено когато е пропусната таблетка.
- Често при ПОК се наблюдава пробивно кървене и аменорея.
- Ако жената кърми и се притеснява да не преминат хормони в млякото ѝ, разяснете, че в настоящия момент няма доказателства, че количеството хормон, измерен в майчиното мляко поради употреба на ПОК, може да причини евентуална вреда на бебето.

Употреба на ПОК

Виж раздел 3.8 на настоящата глава.

3.6. Кой може да осигурява ПОК

Препоръките за КОК в раздел 2.6 на тази глава са приложими и за осигуряването на ПОК.

3.7. Преценка на здравословното състояние

Преценката на здравословното състояние има за цел да изясни дали определен метод на контрацепция е подходящ за потребителката. В случая трябва да се използва възможността, за да ѝ се предложат и други предоставяни услуги, свързани със СРЗ и подходящи за нея.

Препоръките за оценка при КОК (виж раздел 2.7) като цяло важат и за жени, които използват ПОК. Все пак медицинските ограничения за ПОК са по-малко (сравни раздели 2.3 и 2.4 с раздели 3.3 и 3.4).

3.8 Инструкции към потребителките

Използвайте мостра от опаковка, за да покажете употребата на таблетките. Когато обяснявате, използвайте термини и изрази, лесно разбираеми от потребителките.

Начало на приема на ПОК

Най-добре е първата опаковка да бъде започната в първите 5 дни на менструалния цикъл, за предпочитане през първия ден. В такъв случай няма нужда от допълнителна контрацепция. ПОК може да се започнат и по всяко друго време, стига да е напълно сигурно, че потребителката не е бременна. Ако обаче са минали над 5 дни от началото на менструалното ѝ кървене, посъветвайте я да се въздържа от секс или да използва допълнителни методи за предпазване от бременност през следващите два дни.

При жена с аменорея

- Тя може да започне ПОК по всяко време, стига да е достатъчно сигурно, че не е бременна.
- Необходимо е да се въздържа от секс или да използва допълнителна контрацепция през следващите два дни.

При жена след раждане

- Ако жената кърми и желае да приема таблетки, може да започне ПОК шест седмици след раждането, не по-рано. Ако потребителка с лактационна аменорея желае да взема таблетки между 6 седмици и 6 месеца след раждането, разрешете ѝ, стига да сте установили, че не е бременна (виж гл. XI – „Диагностика на бременността").
- Ако са изминали повече от 6 седмици след раждането и менструалният ѝ цикъл се е възстановил, тя може да използва ПОК, както жените с менструален цикъл.

- Ако жената не кърми, може да приема ПОК незабавно или през първите 6 седмици след раждането. Ако желае да започне прием шест седмица след раждането, но все още не е имала менсис, трябва да изключите възможността за бременност преди да е започнала да взема ПОК.

Прехвърляне от друг хормонален метод

- Потребителката може да започне ПОК незабавно, ако е използвала друг хормонален метод постоянно и правилно или е достатъчно сигурно, че не е бременна. Няма нужда да се чака следващият менструален цикъл.
- Ако предишният използван метод е бил инжекционен контрацептив, ПОК трябва да започне от датата на следващата й инжекция. Не е необходимо допълнително предпазване от бременност.

Прехвърляне от нехормонален метод (различен от спирала)

- Жената може да започне ПОК през първите 5 дни от началото на месечното й кървене. Не е необходимо допълнително предпазване от бременност.
- Също така тя може да започне ПОК по всяко време, ако е напълно сигурно, че не е бременна. Въпреки това, ако са изминали повече от 5 дни след началото на менструалното кървене, трябва да се въздържа от секс или да използва допълнителен метод за предпазване от бременност през първите два дни от употребата на ПОК.

Прехвърляне от спирала (включително хормоно-освобождаваща спирала)

- Жената може да започне ПОК през първите 5 дни от началото на менструалното й кървене. Не е необходимо допълнително предпазване от бременност. Спиралата може да се извади по същото време.
- Жената може да започне ПОК по всяко време, ако е напълно сигурно, че не е бременна.
- Ако е била сексуално активна през настоящия си менструален цикъл и са изминали повече от 5 дни от началото на менструалното й кървене, препоръчително е спиралата да се извади през следващия цикъл.
- Ако жената не е била сексуално активна през настоящия си менструален цикъл и са изминали повече от 5 дни от началото на менструалното й кървене, трябва да се въздържа от секс или да използва допълнителен метод за предпазване от бременност през първите два дни от употребата на ПОК. Ако този допълнителен метод е спиралата, която тя използва, препоръчително е тази спирала да се извади през следващия менструален цикъл.

- Ако жената е с аменорея или има нередовно кървене, може да започне ПОК, както другите жени с аменорея.

Прием на таблетките

Потребителката трябва да приема по една таблетка всеки ден, по едно и също време, докато свърши опаковката. Нужно е да започне без прекъсване нова опаковка на следващия ден, след като свърши старата. Ако таблетките се пият правилно, жената ще започва нова опаковка в един и същи ден от седмицата.

Пропусната таблетка

Подчертайте колко е важно да не се пропуска вземането на таблетка и да не се закъснява дори с няколко часа. Обяснете на жената, че ако пропусне една или повече хормонални таблетки, може да се появи зацапване или пробивно кървене и най-важното – че ще бъде изложена на по-голям риск от забременяване. Тя трябва да продължи да пие таблетките, колкото е възможно по-скоро. Ако се е забавила с приемането повече от 3 часа, посъветвайте я да се въздържа от полов акт или да използва бариерен метод на контрацепция през първите 48 часа след подновяването на приема. Ако вече е правила секс без предпазни средства по време на необезопасения период, трябва да обмисли използване на спешна контрацепция (виж гл. X – „Спешна контрацепция").

Ако жената е с аменорея и кърми, а е пропуснала една или повече таблетки за повече от 3 часа, трябва да изпие таблетката възможно най-скоро и да продължи вземането на останалите таблетки както обикновено. Ако са минали по-малко от 6 месеца след раждането, не е необходима допълнителна контрацепция.

Други лекарства

Обяснете на потребителката, че определени лекарства намаляват ефективността на ПОК. Ето защо, независимо каква е причината за консултацията, тя трябва да съобщава какви лекарства приема на съответните здравни работници в сферата на СП.

Странични ефекти

Обяснете на потребителката възможните странични ефекти (виж раздел 3.10).

Контролен преглед

Съобщете датата на следващото посещение и наименованието на таблетките, които са ѝ дадени. Ако жената е посетила клиника, уверете се, че знае нейното име, адреса и телефонния ѝ номер. Ако получава таблетки в своята среда чрез консултант по СП, съобщете името, адреса и телефонния номер на най-близкото клинично заведение, в което може да се консултира при възникнали проблеми. Предайте в писмен вид на потребителката тази информация заедно с предупредителните симптоми за наблюдение. Всичко трябва да е написано така, че жената или някой неин близък (в случай, че тя не може да чете) да може лесно да го разбере.

Посъветвайте я да посети клиника или консултант по СП (ако е приложимо или по-удобно), щом се появят странични ефекти или я разтревожат проблеми, свързани с таблетките.

Окуражете клиентката да задава въпроси, тъй че да не остане нищо неизяснено. Помолете я да повтори основните инструкции, за да проверите дали ги е разбрала.

3.9. Контролни прегледи и снабдяване с ПОК

Следвайте инструкциите, дадени за контролен преглед и снабдяване с КОК в раздели 2.10 и 2.11 на настоящата глава.

Продължителност на употребата. Когато отпадне специалното изискване за употреба на ПОК (като кърмене), трябва да се обмисли възможността за употреба на КОК, които са по-ефективни и осигуряват по-добра възможност за контрол на цикъла. Въпреки това ПОК могат да се използват неограничено време, ако такова е желанието на клиентката и няма сериозни странични ефекти.

3.10. Странични ефекти

- Общите странични ефекти включват пробивно кървене, аменорея, чувствителност на гърдите и главоболие. Повечето потребителки се справят с тях след консултиране. Понякога се налага симптомно лечение. Ако тези усилия не помогнат или проблемът е от сериозно значение за жената, помислете дали да не спре хапчетата и ако е взела такова решение, посъветвайте я за други методи на контрацепция.

3.11. Мениджмънт на услугите

Виж раздел 4 по-долу.

4. Мениджмънт на услугите, свързани с оралните контрацептиви

Програмата по СРЗ/СП, предлагаща орална хормонална контрацепция, може да използва допълващи я подходи – например социален маркетинг и услуги, базирани в общността, както и клинични услуги.

Услугите, базирани в общността, достигат до индивиди, които:

- Са извън обичайния обхват на клиниките или
- Намират услугите в общността по-приемливи и удобни.

Клинични услуги:

- Предлагат според своя обхват по-задълбочени дейности, свързани с репродуктивното здраве на хората.
- Осигуряват клинична подкрепа на услугите, базирани в общността.

Третият подход, социалният маркетинг, осигурява някои контрацептивни методи чрез субсидирани търговски канали.

4.1. Услуги по СП, базирани в общността

Здравни списъци с отметки

Те трябва да се използват от предоставящия услугите, за да определи възможните противопоказания за употреба на орални контрацептиви и/ или потребители, които трябва да бъдат пренасочени към клинично заведение за допълнителна оценка.

Пример за такъв списък, предназначен за предписване на орални контрацептиви, е даден в края на настоящата глава.

Системи за пренасочване

Те трябва да са разположени така, че всеки клиент, който има нужда от допълнителна оценка, от различен метод на контрацепция (например спирала или стерилизация) или от друга услуга, свързана със СРЗ, да бъде пренасочен към най-удобното и подходящо клинично заведение.

- Това здравно заведение може да бъде държавна клиника, някой от центровете на Асоциацията по семейно планиране (БАСП) или друга неправителствена организация. За тази цел трябва да се създадат връзки и сътрудничество между институциите.
- За осигуряването на орални контрацептиви не е задължителен преглед. Въпреки това е необходимо да има служби и клинични заведения, които да провеждат такива прегледи, ако те са наложителни.
- Възможно е при жени, които използват услугата в общността, да възникне проблем, свързан с употребата на орални контрацептиви. В такъв случай потребителката трябва да бъде насочена към специалист в клиника, който ще определи дали оралните контрацептиви:
  - могат да се използват под наблюдение на предоставящия здравни грижи в общността;
  - могат да се използват под клинично наблюдение;
  - не могат да се използват и се препоръчва друг метод.

Решението трябва да се съобщи на здравния работник в общността.

Стокова наличност на таблетки

Там, където се предлагат услуги в общността, не трябва да се държат на склад повече от два вида таблетки:

- КОК, съдържащи 30-35 μg естроген, подходящи за повечето жени.
- ПОК – главно за употреба от кърмещи жени.

Обучение

Работещите в общността трябва да бъдат обучени на следното:

- Да предоставят информация за всички налични контрацептивни възможности, за да помогнат на потребителя в избора му на подходящ метод.
- Да обучават и консултират преди, по време и след избора на контрацептивен метод.
- Да използват списък с отметки за изследване на клиентите.
- Да разбират въз основа на списъка с отметки, кога потребителят има нужда от пренасочване към клиника за по-нататъшна оценка.
- Да разпознават предупредителните знаци за усложнения, предизвикани от хапчетата, да ги обясняват на клиентите и когато има нужда, да ги препращат към клиника.

- Да използват обикновените картони на потребителите, за да събират база данни и оценяват ефективността на програмите.

4.2. Клинични услуги

Картони на потребителите

За всички потребители трябва да се използва стандартен клиничен картон, който служи:

- Да документира важна информация за клиента.
- Да упътва персонала, за да бъдат определени точно и изчерпателно медицинските критерии за приложимост на таблетките.
- Да бъде записан контрацептивният метод и другите услуги, предоставени на потребителя.
- Да се отбелязват контролните прегледи.

Стокова наличност на таблетки

Не е нужно да се поддържа наличност от повече от четири вида КОК:

- Два, най-много три вида ниско дозирани таблетки (30-35 μg естроген).
- Не повече от един вид високодозиран препарат (50 μg естроген).

Таблетки, съдържащи 50 μg естроген, трябва да се използват само за спешна контрацепция и в редки случаи, когато специфични обстоятелства правят тази доза необходима (например лекарствени взаимодействия или когато нискодозираните таблетки не осигуряват достатъчен контрол на цикъла).

- Всички нови клиенти, които желаят орални контрацептиви и нямат противопоказания, трябва да започнат с нискодозирани КОК. Ако странични ефекти налагат смяна на хапчетата, документирайте причините.
- Допълнително трябва да има в наличност един вид ПОК, предназначени основно за кърмещи жени.
- Не държте в наличност и не използвайте КОК, които съдържат повече от 50 μg естроген.

Обучение

Необходимо е да се изгради система за обучение, така че предоставящите здравни услуги да получават актуална информация и умения, свързани с всички аспекти на качеството на услугите и практическото използване на хормонални контрацептиви. Обучението трябва да включва справяне със страничните ефекти, осъвременяване на медицинските критерии за приложимост и възможните рискове от употребата на орални контрацептиви.

Оборудване

Необходимо основно оборудване за клиника, която контролира предоставянето на орални контрацептиви, е:

- Сфигмоманометър (апарат за измерване на кръвното налягане с маншон).
- Кантар.

Лабораторно оборудване или достъп до лаборатория в клиниката са желателни, но не са задължителни.

4.3. Снабдяване с таблетки

Ако няма противопоказания, дайте при първото посещение на потребителката таблетки за три цикъла. Ако не са възникнали проблеми, на контролния преглед след третия месец й дайте още до 10 цикъла. На годишния контролен преглед, при положение че липсват проблеми или противопоказания, може да дадете нужното количество от 13 цикъла за една година. Понякога предоставящият услугата преценява, че по-малко количество е по-удобно за определени клиенти. Въпреки това е важно броят на посещенията за получаване на таблетки да бъде минимален. Системата за снабдяване трябва е гъвкава, така че клиентът да получава таблетките лесно, в нужното количестно и време.

4.4. Съхраняване, срок на годност и доставки

- Местата за съхраняване на орални контрацептиви трябва да са сигурни, без вредители, с добра вентилация и без влага. Нужно е опаковките да се пазят от слънчева светлина. Дръжте кутиите с орални контрацептиви най-малко на 10 cm от пода и най-малко на 30 cm от стените. Отбелязвайте датата на доставка върху всяка кутия и използвайте първо по-старите.
- Използвайте оралните контрацептиви до 5 години от отпечатаната дата на производство.

- Осигурете достатъчен запас за настоящите и новите потребители.
- Нужното количество за дадена година може да се определи по следния начин:
  - Умножете броя на настоящите потребители, които се очаква да продължат употребата, по 13 цикъла.
  - Умножете броя на очакваните нови потребители по 6,5. Причината да ги умножите по 6,5 е, че те ще започват употребата на таблетки по различно време през годината – средно ще имат нужда само от половината брой цикли спрямо настоящите потребители.

5. Прогестогенови инжекционни контрацептиви (ПИК)

5.1. Определение

Прогестогеновите инжекционни контрацептиви (ПИК) се състоят от синтетични стероидни хормони, наподобяващи женския хормон прогестерон. Препаратът се освобождава бавно в кръвния ток от мястото на инжектиране в мускула. Една инжекция осигурява сигурна и високоефективна защита в продължение на 2 или 3 месеца. Най-често използваните ПИК са:

- Депо медроксипрогестерон ацетат (ДМПА) – всяка доза от 1 ml съдържа 150 mg ДМПА и се поставя на всеки 3 месеца.
- Норетистерон енантат (НЕТ-ЕН) – всяка доза от 1 ml съдържа 200 mg НЕТ-ЕН и се поставя на всеки 2 месеца.

Начин на действие. Както при прогестогеновите орални контрацептиви, ПИК действат по два начина:

- Ефект на прогестогена върху цервикалния мукус, който образува дебел слузест слой, затрудняващ проникването на сперматозоидите.
- Прогестогенът действа също на хипоталамуса и на хипофизата и намалява отделянето на ЛХ, предизвикващ овулацията. В повече от половината случаи овулация липсва.

Най-често ендометриумът показва признаци на потискане. Въпреки това този ефект не играе важна роля за ефикасността на ПИК, защото именно промените в цервикалния мукус и липсата на овулация предотвратяват оплождането.

5.2. Показания

ПИК трябва да се предоставят на всички жени, които желаят, след необходимата консултация, постигане на информирано решение и ако няма никакви противопоказания, свързани с употребата им.

ПИК са изключително подходящи за жени, които:

- искат да използват високоефективен метод на контрацепция;
- кърмят;
- не им е удобно да съхраняват контрацептиви в дома си;
- затруднява ги запомнянето да вземат навреме орални контрацептиви;
- не трябва да използват контрацептиви, съдържащи естроген;
- могат да се възползват от допълнителните здравословни ефекти при употреба на ПИК, а именно:
  - Сърповидноклетъчна анемия: жените, които използват ДМПА, имат значително по-малко кризи.
  - Анемия: ПИК могат да увеличат концентрацията на хемоглобина, главно като намаляват загубата на кръв.

5.3. Медицински критерии за избор

В миналото се е смятало, че противопоказанията при ПИК са същите, както при КОК. Въпреки това ПИК не влияят на кръвното налягане или на съсирващите фактори (и следователно не носят риск от тромбоза на вените). Имат пренебрежим ефект върху метаболизма на липидите и много малък ефект върху чернодробната функция. Следователно противопоказанията при ПИК могат да се разглеждат отделно от тези на КОК.

Категория 4. Противопоказания

Не препоръчвайте и не прилагайте ПИК на жени с:

- Рак на гърдата, установен и лекуван през последните 5 години.

Категория 3

ПИК не трябва да се използват по принцип при наличието на:

- Настояща дълбока тромбоза на вените или пулмонарен емболизъм.

- Настоящи или предишни случаи на исхемична болест на сърцето или удар.
- Повишено кръвно налягане (систолично ≥160 или диастолично ≥100 mmHg).
- Повишено кръвно налягане със съдово заболяване.
- Захарен диабет със съдово заболяване (включително нефропатия, ретинопатия или невропатия) или продължаващ повече от 20 години.
- Активен вирусен хепатит.
- Остра некомпенсирана цироза.
- Доброкачествен или злокачествен чернодробен тумор.
- Предишен случай на рак на гърдата, но без признаци на болестта през последните 5 години.
- Кърмене и по-малко от 6 седмици след раждане.
- Неизяснено вагинално кървене, предполагащо сериозно състояние, преди то да е оценено.

Когато е налице някое условие от категория 3, обяснете потенциалните рискове на потребителката и я насочете към алтернативни методи на контрацепция. Ако тя избере ПИК, понеже другите контрацептивни възможности не са достъпни или са неприемливи, особено важно е да я посъветвате да се яви на контролен преглед (виж също гл. II – „Консултиране").

Категория 2

ПИК като цяло могат да се използват внимателно при наличието на:

- Повишено кръвно налягане (систолично140-159 или диастолично 90-99 mmHg).
- Предишни случаи на хипертония, когато високото кръвно налягане не е могло да бъде измервано (включително хипертония по време на бременността), или адекватно контролирана хипертония, при която високото кръвно налягане се измерва.
- Захарен диабет (ако се развие съдово заболяване по време на употреба на ПИК, то става категория 3).
- Мигрена с или без пристъпи при жени на всякаква възраст (ако се развие мигрена при употребата на ПИК, тя става категория 3).

- Известна хиперлипидемия.
- История на дълбока тромбоза на вените или пулмонарен емболизъм.
- Значителна хирургическа операция с продължително обездвижване.
- Лека компенсирана цироза.
- Заболяване на пикочния мехур.
- Недиагностицирана бучка в гърдата.
- Цервикална интраепителна неоплазия или рак на шийката на матката (чакащи лечение).
- Нередовно, тежко или продължително вагинално кървене.
- Употреба на медикаменти, влияещи на чернодробните ензими (например рифампицин, барбитурати, антиконвулсанти и др.).
- Антиретровирусна терапия.

Когато някое от тези условия е налице, внимателното наблюдение и правилният мониторинг ще позволят ползите от употребата на ПИК да надделеят над потенциалните рискове. Въпреки това, ако при жената се срещат повече от едно сред първите три условия, увеличаващи риска от артериално съдово заболяване, тя спада към категория 3 според медицинските критерии за приложимост.

Ако методът бъде предоставен, запишете симптомите и особеностите на случая в клиничния картон на жената и я посъветвайте да следи за предупредителни признаци, свързани със състоянието ѝ.

5.4. Специални случаи

Лактация

Хормоналните методи не трябва да бъдат сред първите при контрацептивния избор на кърмещи жени. Въпреки че няма данни прогестогеновите орални контрацептиви да влияят на лактацията, съществуват съмнения, че те водят до отделяне в млякото на орално активни прогестогени, които се усвояват от кърмачето. При напълно или частично кърмещи жени нито един прогестогенов метод не бива да започва преди шестата седмица след раждането, освен ако няма налични или не са достъпни други контрацептивни възможности. Дневната доза, получавана от кърмачето, е много по-висока при ПИК в сравнение с ПОК.

Подрастващи

Ползите от прогестогеновите контрацептиви са изключително важни при подрастващите девойки. Въпреки това има съмнения относно хипоестрогенните ефекти на ПИК при жени под 18-годишна възраст поради възможните промени в костната маса и плътност. Всички очевидни рискови фактори за остеопороза (като хроничната кортикостероидна терапия) трябва да се вземат под внимание, когато млади жени биват съветвани да употребяват ПИК. Ако са достъпни комбинирани инжекционни контрацептиви (КИК), те са по-подходящи от ПИК.

Жени над 35 години

ПИК могат да се използват безопасно от повечето здрави жени над 35 години. Рискът от сърдечносъдови заболявания за тях ще е минимален, ако не пушат и няма други рискови фактори като високо кръвно налягане или захарен диабет. Съществуват някои теоретични опасения за хипоестрогенен ефект на ДМПА при жени над 45-годишна възраст поради възможно въздействие върху костната плътност.

Лекарствени взаимодействия

Медикаменти, които стимулират чернодробните ензими, особено ако се използват при продължително лечение, могат да намалят ефикасността на хормоналните контрацептиви. Такива лекарства включват рифампицин, гризеофулвин, фенитоин, етосуксимид, карбамазепин, глутетимид, барбитурати, примидон, топирамат, окскарбазепин и някои антиретровирусни медикаменти. Ако жената приема някое от тези лекарства дълго време, посъветвайте я да използва и допълнителен контрацептив, например презервативи.

Абнормно вагинално кървене

Ако жената има вагинално кръвотечение, предполагащо бременност или скрита патология (например тазово злокачествено образувание), тя трябва да бъде изследвана преди да започне ПИК. Въпреки че нередовно менструално кървене се наблюдава често и при здрави жени, предписвайте ПИК при липса на каквото и да е указание за патологично състояние. Предупредете потребителката, че проблемното й кървене може да се увеличи при употребата на ПИК и ако избере да използва тази контрацепция, трябва да бъде под медицинско наблюдение.

Злокачествено образуване на гениталния тракт

Жени, които използват ПИК и им е поставена диагноза рак на гениталния тракт, могат да продължат употребата на контрацептива, докато чакат лечение. При повечето злокачествени тумори на гениталния тракт лечението е такова, че не допуска бъдещи забременявания. Успешно лекувани пациентки от предкарциномно заболяване на маточната шийка по принцип запазват фертилността си и могат да използват избрания от тях контрацептивен метод, включително ПИК. Лечението на хориокарцинома понякога не изключва бъдеща бременност, но тя трябва да се избягва по време и след лечението, така че заболяването да се следи адекватно. Допустимо е ПИК да бъдат използвани, ако потребителката ги е избрала.

Сърповидноклетъчна анемия

Жени със сърповидноклетъчна анемия могат да използват ПИК. Нещо повече, към контрацептивния ефект се прибавя ползата от прогестогеновите препарати с тяхното възможно благоприятно въздействие върху основното заболяване.

Инфекции, предавани по полов път (ИППИ)

Хормоналните контрацептиви не предпазват от ИППИ, включително от ХИВ, и потребителите трябва да знаят този факт. Препоръчвайте на всеки от тях да употребява презервативи, ако е изложен на риск да се зарази с ИППИ. При поставяне на инжекцията трябва да се спазват строги антисептични мерки, за да се избегне предаване на инфекции, включително ХИВ.

5.5. Консултиране и информация

На всички потребители трябва да бъде предложена подходяща консултация за избора и употребата на ПИК преди да започнат прилагане на метода. Окуражете ги да задават въпроси, така че всички неясноти и недоразумения да бъдат преодолени в началото (виж също гл. II – „Консултиране").

Избор на ПИК като метод на контрацепция

Обсъдете следните точки с всеки потребител по разбираем за него начин:

- Предимства и недостатъци на ПИК, включващи ефективност, рискове и ползи, възможност за бавно връщане към фертилност, други странични ефекти и цена.

- Възможност за промяна във вида на менструалното кървене, включваща:
  - *Аменорея.* Уверете жената, че аменореята е очакван страничен ефект и че менструалният й цикъл ще се върне към нормалното състояние до 6 месеца след спирането на ПИК.
  - *Нередовна менструация.* Често се наблюдава пробивно кървене и зацапване.
- Алтернативни методи за семейно планиране, включително информация за ефективността, рисковете и ползите, страничните ефекти и цената им.
- *Време за поставяне на инжекцията.* Обяснете на потребителката кога ще й бъде поставена първата инжекция, кога следва да се постави втората и колко често ще бъде инжектирана.
- Избор на определен ПИК.

Употреба на ПИК

Виж раздел 5.9 на настоящата глава.

5.6. Кой може да предоставя ПИК

Методът може да бъде предоставян от всеки здравен специалист, който е обучен да информира и консултира посетителите, умее да поставяне инжекции и се съобразява с местните закони и практики.

5.7. Преценка на здравословното състояние

Преценката на здравословното състояние има за цел да изясни дали определен метод на контрацепция е подходящ за потребителката. Трябва да се използва възможността, за да й се предложат и други услуги, които са свързани със СРЗ и са подходящи за нея.

Препоръките за оценка на КОК (виж раздел 2.7) като цяло важат и за клиенти, които получават ПИК. Все пак медицинските ограничения за ПИК са по-малко (сравни раздели 2.3 и 2.4 с 3.3 и 3.4).

5.8. Предоставяне на ПИК

Първа инжекция

Поставете първата инжекция през първите 7 дни на менструалния цикъл. Допълнителна контрацепция не е необходима. Жената може да получи първата инжекция и по всяко друго време, стига да е достатъчно сигурно, че не е бременна. Ако обаче са минали повече от 7 дни от началото на менструалното ѝ кървене, тя трябва да се въздържа от секс или да използва допълнителни методи за предпазване от бременност през следващите 7 дни.

При жена с аменорея

- Първата инжекция може да ѝ се постави по всяко време, стига да е достатъчно сигурно, че не е бременна.
- Трябва да се въздържа от секс или да използва допълнителна контрацепция през следващите 7 дни.

При жена след раждане

- Ако жената кърми и желае да използва ПИК, инжекцията може да ѝ се постави не по-рано от шестата седмица след раждането. Ако потребителка с лактационна аменорея желае ПИК след 6 седмици от раждането, разрешете инжекция, стига да сте установили, че не е бременна (виж гл. XI – „Диагностика на бременността").
- Ако жената не кърми, първата инжекция може да ѝ се постави незабавно или по всяко време през първите 6 седмици след раждането. Ако тя желае да започне ПИК след шестата седмица от раждането и все още не е имала менсис, изключете възможността за бременност, преди да ѝ поставите първата инжекция.

Прехвърляне от друг хормонален метод

- Ако е използвала друг хормонален метод постоянно и правилно или е напълно сигурно, че не е бременна, жената може да получи първата инжекция незабавно. Няма нужда да се чака следващият менструален цикъл.
- Ако тя вече е използвала друг инжекционен контрацептив, ПИК трябва да започне от датата на следващата ѝ инжекция. Не е необходимо допълнително предпазване от бременност.

Прехвърляне от нехормонален метод (различен от спирала)

- Жената може да получи първата инжекция незабавно, ако е достатъчно сигурно, че не е бременна. Няма нужда да се чака следващият менструален цикъл.
  - Ако са изминали 7 дни от началото на менструалното ѝ кървене, не е необходимо допълнително предпазване от бременност.
  - Ако са изминали повече от 7 дни от началото на менструалното ѝ кървене, тя трябва да се въздържа от секс или да използва допълнителна контрацепция през следващите 7 дни.

Прехвърляне от спирала (включително хормоно-освобождаваща спирала)

- Първата инжекция може да се постави през първите 7 дни от началото на менструалното кървене. Не е необходимо допълнително предпазване от бременност. Спиралата може да се извади по същото време.
- Допустимо е ПИК да започне по всяко време, ако е сигурно, че потребителката не е бременна.
- Ако тя е била сексуално активна през настоящия си цикъл и са изминали над 7 дни от началото на менструалното ѝ кървене, препоръчително е спиралата да се извади през следващия менструален цикъл.
- Ако не е била сексуално активна през настоящия си цикъл и са изминали над 7 дни от началото на менструалното кървене, трябва да се въздържа от секс или да използва допълнителен метод за предпазване от бременност през следващите 7 дни. Ако този допълнителен метод е спирала, препоръчително е тя да бъде извадена през следващия менструален цикъл.
- Ако потребителката е с аменорея или има нередовно кървене, може да бъде инжектирана, както другите жени с аменорея.

Повторни инжекции

Поставете повторните инжекции, както следва:

- ДМПА, 1 ml (съдържащ 150 mg) на всеки три месеца.
- НЕТ-ЕН, 1 ml (съдържащ 200 mg) на всеки два месеца.

Ако потребителката подрани за инжекцията

- Повторната инжекция може да се постави до 2 седмици по-рано.

Ако потребителката закъснее за инжекцията

- Повторната инжекция с ДМПА и НЕТ-ЕН може да се постави до 2 седмици по-късно, без да се налага допълнителна контрацептивна защита.
- Ако жената е закъсняла повече от 2 седмици за ДМПА или НЕТ-ЕН, трябва да бъде инжектирана, стига да е достатъчно сигурно, че не е бременна. Тя трябва да се въздържа от секс или да използва допълнителен метод за предпазване от бременност през следващите 7 дни.
- Ако се налага, жената може да прибегне до спешна контрацепция (виж гл. X – „Спешна контрацепция").

Смяна между ДМПА и НЕТ-ЕН

- Не се препоръчва замяна на ДМПА с НЕТ-ЕН и обратно.
- Ако все пак се налага смяна на един ПИК с друг, тя трябва да се извърши, когато се поставя повторна инжекция.

Поставяне на повторна инжекция, когато предишният вид ПИК и/или времето на поставяне не са известни

- Инжекция може да се постави, ако е нужно на жената и сме сигурни, че не е бременна. Тя трябва да се въздържа от секс или да използва допълнителен метод за предпазване от бременност през следващите 7 дни.
- Ако се налага, може да прибегне до спешна контрацепция.

Поставяне на инжекцията

- Употребявайте само стерилни игли и спринцовки или такива с висока степен на стерилност. (Инструкции за работа с игли и спринцовки виж в гл. XV – „Превенция и контрол на инфекциите").
- Разклатете добре шишенцето. (Ако съдът е бил охладен, както е при НЕТ-ЕН, оставете го преди това да се стопли до стайна температура.)
- Махнете предпазната капачка на шишенцето внимателно, за да не замърсите ограничителя.
- Изтеглете нужното количество със стерилна спринцовка.
- Почистете мястото за поставяне на инжекцията.
- Вкарайте стерилната игла дълбоко в глутеалния (горния външен квадрант) или в делтовидния мускул. (Много здравни работници предпочи-

тат да бият мастно-разтворими инжекции като НЕТ-ЕН само в глутеалния мускул, за да намалят болката.)

- Не разтривайте мястото на инжекцията.
- Изхвърлете иглите и спринцовките за еднократна употреба, както се постъпва задължително (виж гл. XV – „Превенция и контрол на инфекциите", раздели 5.7 и 8.5).

5.9. Инструкции към потребителя

Преди да поставите първата инжекция, дайте на всеки потенциален потребител следните разяснения:

Повторни инжекции

Редовните повторни инжекции са необходими, за да се избегне нежелана бременност. Потребителката се нуждае от инжекция на всеки 3 (ДМПА) или на всеки 2 (НЕТ-ЕН) месеца. Посъветвайте я да посети клиниката колкото е възможно по-рано, ако се е случило да закъснее за поредното инжектиране.

Странични ефекти

Информирайте жената за възможните странични ефекти (виж раздел 5.11).

Възвръщане на фертилността

Жените, които използват ПИК, могат да останат с аменорея и да не забременеят няколко месеца след последната инжекция. Въпреки това инжекциите не могат да навредят на фертилността в дългосрочен период.

Предупредителни признаци

Посъветвайте жената да посети клиника, ако има подозрения за бременност или се появят някои от следните усложнения:

- Необичайно тежко менструално кървене.
- Остро главоболие.
- Необичаен дискомфорт или други проблеми на мястото на инжекцията.

За да предотвратите тревоги на потребителката, обяснете й, че сериозните усложнения са много редки. Успокоете я, че за нейното здраве е по-добре

да използва този високонадежден метод на контрацепция, отколкото да ѝ се случи нежелана бременност.

Контролен преглед

Уведомете потребителката за името на препарата и датата, на която трябва да ѝ се постави следващата инжекция. Предайте ѝ в писмен вид тази информация, както и списък на предупредителните признаци, името, адреса и телефонния номер на клиниката. Всичко трябва да е изложено така, че жената или някой неин близък (в случай, че тя не може да чете) да може лесно да го разбере.

5.10. Контролни прегледи и проследяване

Процедура за повторни инжекции

Ако е уместно, прегледайте жената, когато ѝ правите за пръв път повторна инжекция.

- Сверете точния адрес и начина за връзка с нея.
- Преценете дали е удовлетворена от метода.
- Определете дали е имала някакви проблеми или странични ефекти и ако такива са възниквали, запишете ги в клиничния картон.
- Осъвременете медицинската история, измерете кръвното налягане и теглото, извършете и всички други необходими прегледи, налагащи се от медицинската история.
- Осигурете необходимата консултация и/ или лечение.
- Окуражете потребителката да посети клиниката по всяко време, ако има някакви въпроси, оплаквания или проблеми.

Процедура за годишен контролен преглед

- Следвайте процедурата за повторна инжекция, като осъвременете медицинската история и оценете удовлетвореността на потребителката от метода.
- Предложете ѝ други услуги, свързани с репродуктивното здраве, които се предлагат в заведението – например преглед за рак на шийката на матката.

5.11. Странични ефекти

Аменорея

Аменореята е често срещан страничен ефект и обикновено се появява след третата инжекция. Ако не се е стигнало до нежелана бременност, няма причина за тревога. Когато жената намира състоянието си за неприемливо, спрете ПИК и й помогнете да избере друг метод.

Зацапване или леко кървене

Зацапването или лекото кървене (пробивно кървене) е често срещано, особено при първите две инжекции. Тези прояви обикновено са временни и рядко носят риск за здравето. Внимателното консултиране преди да започне ПИК намалява броя на ония жени, които се отказват от метода заради посочените странични последици. Потребителки, които предварително са напълно информирани какво могат да очакват, се справят по-добре с тези или с други странични ефекти, а методът предизвиква у тях по-голямо удовлетворение. Когато лекото кървене продължи, трябва да се проверят и изключат евентуални гинекологични проблеми. Ако се диагностицира ППИ или ТВБ, жената може да продължи инжекциите, докато бъде лекувана. Посъветвайте я през това време да използва и презервативи. Ако няма идентифициран гинекологичен проблем, но тя желае да прекрати употребата на ПИК, помогнете й да избере друг метод на контрацепция.

Тежко или продължително кървене (повече от 8 дни или два пъти повече от обичайния менструален период)

Обяснете на потребителката, че тежкото или продължително кървене е често срещано след първата инжекция. Ако кървенето продължи или стане по-тежко, важно е да изключите възможен гинекологичен проблем. След като това е направено, но кървенето не спира, опитайте лечение с естрогени, комбинирани орални контрацептиви или нестероидни противовъзпалителни препарати. За да се предотврати анемия, запознайте се с храненето на жената и ако е необходимо, препоръчайте добавки с желязо. Ако лечението не даде резултат, проблемът стане неприемлив за жената или създава заплаха за здравето й, ПИК трябва да бъдат спрени. Помогнете на потребителката да избере алтернативен метод на контрацепция.

Други странични ефекти са увеличаване на теглото и леко главоболие. Те не са опасни, жената трябва да бъде убедена и окуражена да продължи избрания метод на контрацепция.

5.12. Мениджмънт на услугите

Виж раздел 7 на настоящата глава.

6. Комбинирани инжекционни контрацептиви (КИК)



6.1. Определение

Комбинираните инжекционни контрацептиви (КИК) съдържат естроген с краткосрочно действие и прогестоген с дългосрочно действие. Препаратът се освобождава бавно в продължение на 28 дни от мястото на инжекцията. Поставя се по една инжекция всеки месец.

Двата употребявани понастоящем препарата са:

- 25 mg медроксипрогестерон ацетат/ 5 mg естрадиол ципионат (Циклофем, Циклопровера, Лунел и Новафем).
- 50 mg норетистерон енантат/ 5 mg естрадиол валерат (Мезигина и Норигинон).

В някои страни се използват и други комбинирани инжекционни препарати за контрацепция. Въпреки това все още няма достатъчно данни за тяхната безопасност и ефикасност, за да бъдат препоръчвани.

Начин на действие. Контрацептивният ефект на КИК е предизвикан основно от потискане на овулацията. Главно чрез прогестогена КИК влияят и на цервикалния мукус, който става неблагоприятен за проникване на сперматозоидите. Приемствеността на ендометриума към бластоциста също намалява, въпреки че няма доказателства това да спомага за контрацептивната ефективност.

6.2. Показания

КИК трябва да се предоставят на всяка жена, която ги желае, след необходимото консултиране, постигане на информирано решение и ако липсват каквито и да е противопоказания за употребата им.

КИК са подходящи за жени, които:

- искат да използват високоефективен метод на контрацепция;
- не желаят да съхраняват контрацептиви в дома си;
- склонни са да нарушават графика за приемане на орални контрацептиви;
- предпочитат да избегнат спорадичното кървене, свързано с ПИК.

Въпреки че липсват достатъчно данни за КИК, допълнителните предпазващи здравето ефекти, които са характерни за КОК и бяха посочени в раздел 2.2 на настоящата глава, могат да се отнесат и за употребата на КИК.

6.3. Медицински критерии за избор

Тъй като няма достатъчно клинични данни, медицинските критерии за приемливост на КИК се основават на данните за комбинираните орални контрацептиви (КОК) и прогестогеновите инжекционни контрацептиви (ПИК).

Категория 4

Противопоказания

КИК не трябва да се използват при наличието на:

- Кърмене и по-рано от 6 седмици след раждането.
- Минали или настоящи показания за дълбока тромбоза на вените или пулмонарен емболизъм.
- Значителна хирургическа операция с продължително обездвижване.
- Настоящ или предишен случай на исхемична болест или удар.
- Заболяване на сърцето с усложнения на клапите.
- Високо кръвно налягане (систолично $\geq$ 160 или диастолично $\geq$ 100 mmHg).
- Хипертония със съдово заболяване.
- Мигрена с пристъпи.

- Рак на гърдата през последните 5 години.
- Захарен диабет със съдови усложнения (включващи високо кръвно налягане, нефропатия, ретинопатия или невропатия) или продължаващ повече от 20 години.
- Активен вирусен хепатит.
- Злокачествен чернодробен тумор.

Категория 3

КИК не трябва да се използват по принцип при наличието на:

- Повишено кръвно налягане (систолично 140-159 или диастолично 90-99 mmHg).
- Предишни случаи на хипертония (при която високото кръвно налягане не е могло да бъде измервано) или адекватно контролирана хипертония, при която кръвното налягане се измерва.
- Пушене на 15 или повече цигари дневно при жени на 35 или повече години.
- Известна хиперлипидемия.
- Мигрена без пристъпи при жени на 35 или повече години (ако се развие мигрена при употребата на КИК, тя става категория 4).
- Кърмене от 6-та седмица до по-малко от 6 месеца след раждането.
- По-малко от 21 дни след раждане при некърмещи жени.
- Остра некомпенсирана цироза.
- Доброкачествен чернодробен тумор.
- Предишни случаи на рак на гърдата, но без признаци на болестта през последните 5 години.

Когато е налице някое условие от категория 3, обяснете потенциалните рискове на потребителката и я насочете към алтернативни контрацептивни методи. Ако тя избере КИК, понеже други средства не могат да й се предложат или са неприемливи за нея, методът трябва да се прилага от достатъчно квалифициран практикуващ, а жената да остане под медицинско наблюдение. Ако при нея се срещат повече от едно между първите пет горни условия, увеличаващи риска от сърдечносъдови заболявания, е необходимо медицинско заключение. В повечето случаи комбинираните условия трябва да се смятат за категория 4 (противопоказания).

Категория 2

КИК като цяло могат да се използват внимателно при наличието на:

- Пушене при жени под 35 години или пушещи по-малко от 15 цигари дневно при жени на 35 и повече години.
- Мигрена без пристъпи при жени под 35 години (ако се развие мигрена при употребата на КИК, тя става категория 3).
- Захарен диабет без съдови усложнения.
- Затлъстяване ≥30 kg/m2 индекс на телесното тегло.
- Случаи на повишено кръвно налягане по време на бременността (при условие, че настоящото кръвно налягане е измервано и е нормално).
- Повърхностен тромбофлебит.
- Семейна история на дълбока тромбоза на вените или пулмонарен емболизъм (при роднини от първа степен).
- Кърмене след шестия или повече месеци от раждането.
- Заболяване на сърцето без съдови усложнения.
- Неизяснено вагинално кървене, предполагащо сериозно състояние, преди то да е оценено.
- Лека (компенсирана) цироза.
- Симптомно или безсимптомно заболяване на пикочния мехур или история на холестаза.
- Сърповидноклетъчна анемия.
- Цервикална интраепителна неоплазия или рак на шийката на матката.
- Недиагностицирана бучка в гърдата.
- Медикаментозно лечение, влияещо на чернодробните ензими рифампицин и определени антиконвулсанти (фенитоин, карбамазепин, барбитурати, примидон, топирамат, окскарбазепин).
- Антиретровирусна терапия.

Когато някое от тези условия е налице, внимателното наблюдение и правилният мониторинг ще допринесат ползите от употребата на КИК да надделеят над потенциалните рискове. Въпреки това, когато се срещат две или повече от първите четири условия, увеличаващи риска от сърдечносъдови заболявания, е необходимо клинично заключение. В повечето случаи комбинираните условия трябва да се разглеждат като принадлежащи към категория 3.

Ако методът бъде предоставен, запишете в клиничния картон на жената нейните особености и я запознайте с предупредителните признаци, свързани със състоянието ѝ.

6.4. Специални случаи

Съветите за употреба на ПИК във връзка с абнормното вагинално кървене, лекарствените взаимодействия, злокачествените образувания на гениталния тракт и ППИ са приложими и за КИК (виж раздел 5.4 на тази глава).

Лактация

Няма данни за влиянието на КИК върху количеството и качеството на майчиното мляко или върху продължителността на лактацията. Като правило, преди да са събрани нужните наблюдения, КИК не трябва да се поставят до 6 месеца след раждането или докато кърмачето бъде отбито, ако това стане по-рано. Ако жената желае да започне инжекционен контрацептив по време на кърмене, препоръчайте ѝ ПИК.

Подрастващи

Ползите от КИК са изключително важни за млади хора. Показанията и противопоказанията при тази възрастова група са същите, както при по-възрастните жени. Когато има съмнения относно хипоестрогенните ефекти на ПИК, КИК са по-подходящ инжекционен контрацептив.

Жени над 35 години

КИК могат да се използват от повечето здрави жени над 35 години. Рискът от сърдечносъдови заболявания е минимален при потребителки, които не пушат и не са носителки на други рискови фактори като високо кръвно налягане или захарен диабет.

Планирана хирургическа операция

Препоръчва се КИК да бъдат спрени приблизително 4 седмици преди планирана хирургическа операция, предполагаща продължително обездвижване. Използването на КИК може да започне отново 2 седмици, след като жената се е раздвижила. За този период предложете друга ефективна контрацепция, ако от нея има нужда. При спешни операции хирургът може да разреши употреба на профилактични противосъсирващи мерки и е нужно да насърчи ранното раздвижване.

Сърповидноклетъчна анемия

Няма данни за въздействието на КИК върху жени със сърповидноклетъчна анемия. Наличието на сърповидни кръвни телца не е противопоказание за употребата на комбинирани хормонални контрацептиви, но пациентки с хомозиготно сърповидно клетъчно заболяване са изложени на по-голям риск от тромбоза. За тях ПИК са по-подходящ контрацептив от КИК.

6.5. Консултиране и информация

Преди да започнат използване на метода, всички потребителки трябва да получат подходяща консултация за избора си и употребата на КИК. Окуражете ги да задават въпроси, така че всички неясноти и недоразумения да бъдат преодолени в началото (виж гл. II – „Консултиране").

Избор на КИК като метод на контрацепция

Обсъдете следните въпроси с всяка посетителка по разбираем за нея начин:

- Предимства и недостатъци на КИК, включващи ефективност, рискове и ползи, странични ефекти, цена. Уверете потребителките, че няма доказателства КИК да причиняват рак, родилни дефекти или бъдещо безплодие.
- Алтернативни методи за семейно планиране, включително информация за ефективността, рисковете, ползите, страничните ефекти и цената им.
- Напомнете, че пушенето увеличава риска от сериозни разстройства на кръвообращението и посъветвайте всички, които възнамеряват да използват КИК, да спрат употребата на тютюневи изделия.
- Време за поставяне на инжекцията. Обяснете на жената кога ще ѝ бъде поставена първата, а после и втората инжекция, и колко често ще бъде инжектирана.
- Избор на определен КИК.

Употреба на КИК

Виж раздел 6.9 на настоящата глава.

6.6. Кой може да прилага КИК

Методът може да бъде предоставян от всеки здравен работник, който е подготвен да обучава и консултира потребителите, умее да поставя инжекции и се съобразява с местните закони и практики.

6.7. Преценка на здравословното състояние

Преценката на здравословното състояние има за цел да определи дали методът на контрацепция е подходящ за потребителката. Трябва да се използва възможността, за да ѝ се предложат и други подходящи за нея услуги, свързани със СРЗ.

Препоръките за оценка на КОК (виж раздел 2.7) като цяло важат и за потребители, които получават КИК (сравни раздели 2.3 и 2.4 с 6.3 и 6.4).

6.8. Предоставяне на ПИК

Първа инжекция

Поставете първата инжекция в началните 7 дни на менструалния цикъл, за предпочитане през първия ден. Потребителката може да започне метода и по всяко друго време, стига да е достатъчно сигурно, че не е бременна. Ако са изминали повече от 7 дни от началото на менструалното ѝ кървене, тя трябва да се въздържа от секс или да използва допълнителни методи за предпазване от бременност през следващите 7 дни.

При жена с аменорея

- Първата инжекция може да ѝ бъде поставена по всяко време, стига да е достатъчно сигурно, че не е бременна. Тя трябва да се въздържа от секс или да използва допълнителна контрацепция през следващите 7 дни.

При жена след раждане

- Ако жената кърми и желае да използва инжекционен контрацептив, препоръчайте ѝ ПИК. КИК не трябва да се използват по-рано от 6 месеца след раждането или преди отбиване на кърмачето.
- Ако жената не кърми, може да бъде инжектирана между третата и шестата седмица след раждането. Ако желае да започне КИК след шестата седмица от раждането и все още не е имала мензис, изключете възможността за бременност, преди да ѝ поставите първата инжекция.

Прехвърляне от друг хормонален метод

- Потребителката може да получи първата инжекция незабавно, ако постоянно и правилно е използвала друг хормонален метод или е достатъчно сигурно, че не е бременна. Няма нужда да се чака следващият менструален цикъл.
- Ако предишният метод е бил друг инжекционен контрацептив, КИК трябва да започне от датата на следващата й инжекция. Не е необходимо допълнително предпазване от бременност.

Прехвърляне от нехормонален метод (различен от спирала)

- Първата инжекция може да се постави незабавно, ако е достатъчно сигурно, че жената не е бременна. Няма нужда да се чака следващият менструален цикъл.
- Ако са изминали по-малко от 7 дни от началото на менструалното й кървене, не е необходимо допълнително предпазване от бременност.
- Ако са изминали повече от 7 дни от началото на менструалното й кървене, потребителката трябва да се въздържа от секс или да използва допълнителна контрацепция през следващите 7 дни.

Прехвърляне от спирала (включително хормоно-освобождаваща спирала)

- Първата инжекция се поставя през първите 7 дни от началото на менструалното кървене. Не е необходимо допълнително предпазване от бременност. Спиралата може да се извади по същото време.
- Допустимо е КИК да започне по всяко време, ако е достатъчно сигурно, че жената не е бременна.
  - Ако е била сексуално активна през настоящия си менструален цикъл и са изминали повече от 7 дни от началото на менструалното й кървене, препоръчително е спиралата да се извади през следващия менструален цикъл.
  - Ако не е била сексуално активна през настоящия си менструален цикъл и са изминали повече от 7 дни от началото на менструалното й кървене, тя трябва да се въздържа от секс или да използва допълнителен метод за предпазване от бременност през следващите 7 дни. Ако този допълнителен метод е спиралата, препоръчително е тя да се извади през следващия менструален цикъл.
- Ако потребителката е с аменорея или има нередовно кървене, може да започне КИК, както другите жени с аменорея.

Повторни инжекции

Период за повторни инжекции

- Поставяйте повторните инжекции на всеки 4 седмици (приблизително месечно).

Ако потребителката подрани за инжекцията

- Когато обичайният 4-седмичен срок не може да бъде спазен по някаква причина, допустимо е повторната инжекция да се постави до 7 дни по-рано, но е възможно това да повлияе на менструалния цикъл.

Ако потребителката закъснее за инжекцията

- Повторната инжекция може да се постави до 7 дни по-късно, без да се налага допълнителна контрацептивна защита.
- Ако закъснението е повече от 7 дни, жената може да бъде инжектирана, стига да е сигурно, че не е бременна. Тя трябва да се въздържа от секс или да използва допълнителен метод за предпазване от бременност през следващите 7 дни.
- Ако е имала полов акт без предпазни средства, следва да се погрижи за спешна контрацепция (виж гл. X – „Спешна контрацепция").

Поставяне на инжекцията

Начинът за поставяне на КИК е същият както на ПИК (виж раздел 5.8).

6.9. Инструкции към потребителя

Преди да поставите първата инжекция е важно да разясните следното на всяка потенциална потребителка:

Повторни инжекции

За да се избегне забременяване, е наложително следващите инжекции да се поставят редовно на всеки 4 седмици (приблизително месец). Посъветвайте жената да посети клиниката колкото е възможно по-рано, ако се е случило да закъснее за поредната инжекция.

Странични ефекти

Информирайте потребителката за възможните странични ефекти (виж раздел 6.11).

Възвръщане на фертилността

Възвръщането на фертилността не се забавя значително след поставяне на последната инжекция.

Предупредителни знаци

Посъветвайте жената да се консултира или да посети клиника, ако заподозре, че е бременна, или се появят някои от следните усложнения:

- Остра коремна болка.
- Остра болка в гърдите, кашляне или недостиг на въздух.
- Остро главоболие.
- Загуба на зрение или замъгляване на зрението.
- Остра болка в прасеца или бедрото.
- Жълтеница (жълт цвят на очите или на кожата).
- Необичайно тежко менструално кървене.
- Необичаен дискомфорт или други проблеми на мястото на инжекцията.

За да предотвратите тревогите на потребителката, обяснете й, че сериозните усложнения при употреба на КИК са много редки. Подчертайте, че за здравето й е по-добре да използва този високонадежден метод на контрацепция, отколкото да се случи нежелана бременност.

Контролен преглед

Уведомете потребителката за името на препарата и датата, на която трябва да й се постави следващата инжекция. Предайте й в писмен вид тази информация, както и списък на предупредителните признаци, името, адреса и телефонния номер на клиниката. Всичко трябва да е изложено така, че жената или някой неин близък (в случай, че тя не може да чете) да може лесно да го разбере.

6.10. Контролни прегледи и проследяване

Процедурата за повторни инжекции и годишният контролен преглед за КИК са подобни като при ПИК (виж раздел 5.10).

6.11. Странични ефекти

- Промените в продължителността на менструалното кървене са по-рядко срещани в сравнение с ПИК. Първият цикъл обикновено е къс – 10-20 дни, последван от месечни цикли. Нередовно кървене може да се появи при около 30% от жените през първите три месеца, но към края на първата година повечето потребителки имат менструално кървене с нормална продължителност.
- Аменореята се среща рядко.
- Други по-маловажни странични ефекти са увеличаване на теглото, леко главоболие и замаяност. Уверете потребителката, че тези прояви не са опасни. Предложете ѝ да започне диета или упражнения.

6.12. Мениджмънт на услугите

Виж следващия раздел 7.

7. Мениджмънт на услугите, свързани с инжекционни контрацептиви

Картони на клиентите

За всички клиенти трябва да се използва стандартен клиничен картон, който служи:

- Да документира важна информация за потребителя.
- Да упътва персонала, за да определя точно и изчерпателно противопоказанията и условията, изискващи внимателна употреба на инжекционните контрацептиви.
- Да бъдат записани контрацептивният метод и другите услуги, предоставени на посетителката.
- Да се отбелязват контролните прегледи.

Стокова наличност на инжекционни контрацептиви

Когато се съхраняват и използват различни инжекционни контрацептиви в една и съща програма по СП/ СРЗ, е възможно да възникнат грешки. Ето защо програмните мениджъри по СРЗ/ СП трябва да изберат един ПИК препарат и да се придържат към него или да определят използването само на един препарат в даден географски регион. Същите препоръки се отнасят и за комбинираните инжекционни контрацептиви.

Игли и спринцовки

- Здравните работници трябва да разполагат с адекватен запас от необходимите размери игли и спринцовки: спринцовки от 2 ml и 5 ml и игли за интрамускулни инжекции.
- Спринцовките за еднократна употреба са по-удобни и са за предпочитане, ако разполагате с тях.
- Спринцовките за еднократна употреба не трябва да се използват повторно, а да се изхвърлят по определения за целта начин (виж гл. XV, раздел 8.5).
- Когато няма редовни доставки на спринцовки за еднократна употреба, следва да се използват спринцовки и игли за многократна употреба, ако са правилно обеззаразени, почистени, стерилизирани или дезинфекцирани чрез кипене преди да се използват отново (виж гл. XV, раздел 5.7).

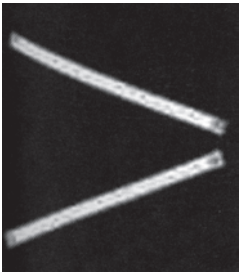
Съхраняване и срок на годност

- Използвайте само шишенца, съдържащи еднократна доза.
- Няма нужда да замразявате инжекционните препарати.
- Следвайте инструкциите на производителя за срока на годност.
- Проверявайте състоянието на течността и срока на годност във всички шишенца.

Обучение

Здравните специалисти, които поставят инжекционни контрацептиви, трябва да са обучени във всички аспекти на предлаганите услуги, а също да са подготвени да информират и консултират потребителите. Всички служители са длъжни да знаят процедурите за безопасни инжекции. Когато се работи с двата вида инжекционни контрацептиви, медицинските служители трябва да знаят разликите между ПИК и КИК.

8. Подкожни имплантати



8.1. Определение

Имплантати, съдържащи само прогестоген, се поставят подкожно и освобождават прогестоген в контролирано количество. По този начин се осигуряват малки дневни дози за постигане на желания контрацептивен ефект.

Използваните имплантати включват *шесткапсулния Норплант, двукамерния Джадел и еднокапсулния Импланон*.

Системата за имплантиране *Норплант* е високоефективен, дългосрочно действащ, обратим, нискодозиран прогестогенов контрацептив. Тя се състои от 6 тънки меки капсули от силастик (силиконова гума). Всяка капсула е с диаметър 2.4 mm и дължина 3.4 mm и съдържа 36 mg левоноргестрел. На ден се освобождава приблизително 30 μg левоноргестрел и ефективният живот на имплантата е 7 години (освен ако жената не тежи повече от 70 kg).

Джадел се състои от две силастични пръчици, които освобождават левоноргестрел и са ефективни до 5 години. Всяка пръчица е дълга 43 mm, има диаметър 2.5 mm и съдържа 75 mg левоноргестрел.

Импланон е единична капсула, която освобождава левоноргестрел и е ефективна 3 години. Тя е дълга 40 mm, има диаметър 2 mm и съдържа 68 mg етоногестрел.

Имплантатите се поставят подкожно в горната част на ръката или в предмишницата на жената посредством малка хирургична процедура под местна анестезия. След поставяне имплантатите могат да се усетят, но са трудно видими. Контрацептивният ефект се получава от бавното, постоянно отделяне на прогестоген чрез дифузия в кръвния ток през силастичната мембрана.

Предпазването от забременяване започва по-малко от 24 часа след поставянето и продължава около 7 години при Норплант, 5 години при Джадел и 3 години при Импланон. Фертилността се възстановява почти незабавно, след като имплантатите бъдат премахнати.

Начин на действие. Както при контрацептивите с прогестоген, имплантатите имат два начина на действие:

- Основен фактор за контрацептивната им ефективност е въздействието на прогестогена върху цервикалния мукус. Мукусът образува дебел слузест слой, който затруднява проникването на сперматозоидите.
- Прогестогенът действа на хипоталамуса и хипофизата и намалява отделянето на ЛХ, предизвикващ овулацията. В повече от половината случаи овулация липсва.

Много често ендометриумът показва признаци на потискане, но този резултат не играе важна роля за ефикасността на прогестогеновите имплантати, защото промените в цервикалния мукус и липсата на овулация предотвратяват оплождането.

8.2. Показания

Когато са на разположение, прогестогеновите имплантати трябва да се предоставят на всички жени, желаещи да използват този метод, но след необходимата консултация, постигане на информирано решение и ако нямат никакви противопоказания, свързани с употребата им.

Прогестогеновите имплантати са подходящ метод за повечето жени в репродуктивна възраст, но са особено уместни за потребителки, които:

- искат да използват високоефективен метод на контрацепция;
- искат да използват метод с дългосрочно действие;
- искат да използват метод, който не е свързан с половия акт;
- предпочитат метод, който не се прилага всекидневно и не се нуждае от често подновяване;
- имат желания брой деца, но не искат да бъдат стерилизирани;
- обмислят стерилизация, но не са взели окончателно решение;
- не трябва да използват контрацептиви, съдържащи естроген;
- склонни са да пропускат редовното вземане на орални контрацептиви.

8.3. Медицински критерии за избор

В миналото се е смятало, че противопоказанията при прегестогеновите контрацептиви са същите, както при КОК. Прогестогеновите имплантати обаче не влияят на кръвното налягане или на съсирващите фактори (следователно не носят риск от тромбоза на вените). Имат пренебрежим ефект върху метаболизма на липидите и много малък ефект върху чернодробната функция. Ето защо противопоказанията им следва да се разглеждат отделно от противопоказанията на КОК.

Категория 4

Противопоказания

Прогестогенови имплантати не трябва да се използват при:

- Рак на гърдата през последните 5 години.

Категория 3

Не препоръчвайте употреба на прогестогенови имплантати и не ги предоставяйте на жени с:

- Настояща дълбока тромбоза на вените или пулмонарен емболизъм.
- Активен вирусен хепатит.
- Остра некомпенсирана цироза.
- Доброкачествен или злокачествен чернодробен тумор.
- Предишни случаи на рак на гърдата, но без признаци на болестта през последните 5 години.
- Кърмене и не изминали 6 седмици от раждането.
- Неизяснено вагинално кървене, предполагащо сериозно състояние, преди то да е оценено.
- Медикаментозно лечение, влияещо на чернодробните ензими: рифампицин и някои антиконвулсанти (фенитоин, карбамазепин, барбитурати, примидон, топирамат, окскарбазепин).

Когато е налице някое условие от категория 3, обяснете потенциалните рискове на потребителката и я насочете към алтернативни методи на контрацепция. Ако тя избере прогестогенови имплантати, тъй като други контрацептивни възможности не са достъпни в момента или са неприемливи за нея,

особено важно е методът да бъде предоставен от квалифициран специалист и жената да бъде под медицинско наблюдение (виж гл. II – „Консултиране").

Категория 2

Прогестогеновите имплантати като цяло могат да се използват внимателно при наличието на:

- Повишено кръвно налягане (систолично ≥160 или диастолично ≥100 mmHg).
- Предишни случаи на хипертония, при която високото кръвно налягане не е могло да бъде измервано.
- Повишено кръвно налягане със съдово заболяване.
- Сегашни или предишни случаи на исхемична болест на сърцето или удар.
- Захарен диабет с или без усложнения (случаи по време на бременността са от категория 4).
- Мигрена с или без пристъпи (ако се развие мигрена при употреба на прогестогенови имплантанти, тя става категория 3).
- Известна хиперлипидемия.
- История на дълбока тромбоза на вените или пулмонарен емболизъм.
- Значителна хирургическа операция с продължително обездвижване.
- Вагинално кървене без тежка загуба на кръв или без да е продължително (включително редовно или нередовно).
- Лека компенсирана цироза.
- Заболяване на пикочния мехур.
- Недиагностицирана бучка в гърдата.
- Цервикална интраепителна неоплазия.
- Рак на шийката на матката (чакащ лечение).
- Лечение с гризеофулвин.
- Антиретровирусна терапия.

Когато някое от тези условия е налице, внимателното наблюдение и правилният мониторинг позволят ползите от употребата на имплантати да надделеят над потенциалните рискове. Все пак, ако при жената се срещат повече

от едно сред първите пет условия, увеличаващи риска от артериално съдово заболяване, тя спада към категория 3 според медицинските критерии за приложимост. Ако жената избере имплантат, защото други контрацептивни възможности не са достъпни в момента или са неприемливи за нея, много важно е да я посъветвате, че трябва да се подложи на медицински контролен преглед.

Ако методът бъде предоставен, запишете симптомите на жената в клиничния й картон и обърнете внимание на предупредителните признаци, свързани с нейното състояние.

8.4. Специални случаи

Всички случаи, описани за прогестогеновите инжекционни контрацептиви важат и за прогестогеновите имплантати (виж раздел 5.4 на тази глава).

8.5. Консултиране и информация

Всички потребители трябва да получат подходяща консултация за избора и употребата на метода. Окуражете ги да задават въпроси, така че всички неясноти и недоразумения да бъдат преодолени в началото (виж също гл. II – „Консултиране").

Избор на подкожни имплантати като метод на контрацепция

Обсъдете с всеки потребител следните въпроси по разбираем за него начин:

- Физически характеристики на имплантатите. Как и в коя част на тялото се поставят и как се усещат под кожата.
- Предимства и недостатъци на имплантатите, включващи ефективност и продължителност на защитата, рискове и ползи, възможни странични ефекти (особено промените в продължителността на менструацията), процедури при поставяне и изваждане, цена.
- Кога имплантатите трябва да се извадят.
- Значение на контролните прегледи.
- След като жената е избрала имплантатите като метод на контрацепция, убедете се преди поставянето, че разбира следните проблеми:
  - възможни промени във вида на менструалното кървене и факта, че обикновено те намаляват във времето;
  - странични ефекти и усложнения, за които трябва да се следи;

- наложително изваждане на имплантата, след като е преминал ефективният му период (7 години за Норплант, 5 години за Джадел, 3 години за Импланон).

- Алтернативни методи за семейно планиране, включително информация за ефективността, рисковете и ползите, страничните ефекти и цената им.

Употреба на подкожни имплантати

Виж раздел 8.9 на тази глава.

8.6. Кой може да предоставя подкожни имплантати

Методът може да бъде предоставян от лекари, медицински сестри, акушерки и други здравни специалисти, които са обучени да консултират потребителите, умеят да поставят и изваждат имплантати и се съобразяват с местните закони и практики (в България методът не е популярен и не се практикува).

8.7. Преценка на здравословното състояние

Преценката на здравословното състояние има за цел да изясни дали определен метод на контрацепция е подходящ за потребителката. Трябва да се използва възможността, за да й се предложат и други подходящи за нея услуги, свързани със СРЗ.

Препоръките за оценка на КОК като цяло (виж раздел 2.7) важат и за използването на имплантати. Все пак някои противопоказания и обстоятелства не са същите, както при КОК, и изискват специална оценка (сравни раздели 2.3 и 2.4 с 8.3 и 8.4).

8.8. Избор на имплантат

Двата по-нови подкожни имплантати Джадел и Импланон се поставят и изваждат по-лесно от Норплант. Съобразно програмите за предоставяне на услуги по принцип при подмяна на подкожен имплантат Норплант трябва да се замества с Джадел или Импланон. Изборът на имплантат зависи основно от наличността и цената му, но върху преценката могат да влияят и други фактори.

8.9. Поставяне и изваждане

Поставяне

Поставете подкожния имплантат през първите 7 дни на менструалния цикъл. Не е необходима допълнителна контрацептивна защита. Имплантатът може да се постави и по всяко друго време, стига да е достатъчно сигурно, че жената не е бременна. Ако са изминали повече от 7 дни от началото на менструалното ѝ кървене, тя трябва да се въздържа от секс или да използва допълнителни методи за предпазване от бременност през следващите 7 дни.

При жена с аменорея

- Имплантатът може да се постави по всяко време, стига да е достатъчно сигурно, че жената не е бременна. Тя трябва да се въздържа от секс или да използва допълнителна контрацепция през следващите 7 дни.

При жена след раждане

- Ако потребителката кърми и желае да използва прогестогенов подкожен имплантат, той може да ѝ се постави след шестата седмица от раждането. Ако са изминали между 6 седмици и 6 месеца след раждането и жената е с аменорея, имплантатът може да ѝ се постави по всяко време. Независимо дали кърми изцяло или частично, не е необходима допълнителна контрацептивна защита.
- Ако жената не кърми, имплантатът може да ѝ се постави незабавно или по всяко време през първите 6 седмици след раждането. Ако желае да използва метода след шестата седмица от раждането и все още не е имала менструация, изключете възможността за бременност преди да ѝ поставите първия имплантант (виж гл. XI – „Диагностика на бременността").

Прехвърляне от друг хормонален метод

- Имплантатът може да се постави незабавно, ако жената е използвала друг хормонален метод постоянно и правилно или е достатъчно сигурно, че не е бременна. Няма нужда да се чака следващият менструален цикъл.
- Ако предишният метод е бил инжекционен контрацептив, имплантатът трябва да се постави на датата на следващата инжекция. Не е необходимо допълнително предпазване от бременност.

Прехвърляне от нехормонален метод (различен от спирала)

- Имплантатът може да се постави незабавно, ако е достатъчно сигурно, че жената не е бременна. Няма нужда да се чака следващият менструален цикъл.
  - Ако са изминали до 7 дни от началото на менструалното кървене, не е необходимо допълнително предпазване от бременност.
  - Ако са изминали повече от 7 дни от началото на менструалното кървене, потребителката трябва да се въздържа от секс или да използва допълнителна контрацепция през следващите 7 дни.

Прехвърляне от спирала (включително хормоно-освобождаваща спирала)

- Имплантатът може да се постави през първите 7 дни от началото на менструалното ѝ кървене. Не е необходимо допълнително предпазване от бременност. Спиралата следва да се извади по същото време.
- Имплантатът може да се постави по всяко време, ако е достатъчно сигурно, че жената не е бременна.
  - Ако тя е била сексуално активна през настоящия си менструален цикъл и са изминали повече от 7 дни от началото на менструалното кървене, препоръчително е спиралата да се извади през следващия менструален цикъл.
  - Ако не е била сексуално активна през настоящия си менструален цикъл и са изминали повече от 7 дни от началото на менструалното кървене, трябва да се въздържа от секс или да използва допълнителен метод за предпазване от бременност през следващите 7 дни. Ако този допълнителен метод е спиралата, препоръчително е тя да се извади през следващия менструален цикъл.
- Ако потребителката е с аменорея или има нередовно кървене, може да ѝ се постави имплантат, както при другите жени с аменорея.

Основни принципи за поставяне и изваждане

- Изваждането и поставянето на имплантата трябва да се прави само от здравен персонал, обучен за тези процедури.
- Правилната техника за поставяне е важна, за да се осигури лесно изваждане.
- Поставяйте и изваждайте имплантата само в клинично заведение, снабдено с подходящо оборудване.
- Поддържайте строго изискванията за стерилност.

- Преди и след процедурата по поставяне съобщете на жената какво предстои и я окуражете да зададе въпроси. Обяснете й, че може да почувства лек дискомфорт по време на поставянето.

Показания за изваждане на подкожни имплантати

- *По желание на жената.* Извадете имплантатите без ненужно забавяне, щом потребителката е заявила желанието си.
- *Бременност.* Извадете имплантатите веднага, щом се потвърди бременност.
- Извадете ги също при медицински показания като:
  - тежко менструално кървене;
  - повтарящо се остро главоболие или мигреноподобно главоболие, появящо се за първи път;
  - симптоми на остро чернодробно заболяване;
  - сериозна инфекция на мястото на поставяне, неподдаваща се на лечение с антибиотици и/или с местни мерки.
- В края на 7/5/3 години след поставянето. Ако жената желае да продължи метода, поставете новия имплантат, след като извадите стария.

8.10. Инструкции към потребителя

Всички инструкции излагайте ясно, по начин, съобразен с образованието на посетителя.

Инструкции след поставяне

- След като ефектът на местната анестезия премине, може да се почувства известно неразположение и/или мястото на поставянето да се подуе за 1-2 дни.
- Мястото на поставянето трябва да пази сухо три дни.
- Марлята да се отстрани след третия дни, а превръзката – след петия.
- Контрацептивният ефект на имплантата започва малко след поставяне на капсулите, така че полов акт може да се осъществи на следващия ден.

Странични ефекти

- Посочете възможните странични ефекти (виж раздел 8.12).

Предупредителни признаци

Посъветвайте жената да посети клиника или да се върне незабавно, ако се появи някой от следните проблеми:

- Болка, гной или кървене на мястото на поставянето.
- Изхвърляне на имплантата.
- Необичайно тежко вагинално кървене.
- Липса на менструално кървене до 6 седмици след предишния менструален период.
- Остра коремна или тазова болка.
- Ново или остро главоболие.
- Жълтеница (жълт цвят на очите или на кожата).
- Остра болка в гърдите, кашляне или недостиг на въздух.

За да предотвратите безпокойства на жената, обяснете, че сериозните усложнения са много редки. Подчертайте, че за нейното здраве е по-добре да използва този високонадежден метод на контрацепция, отколкото да й се случи нежелана бременност.

Контролен преглед

Съобщете на потребителката дата за следващо посещение (до 1 месец). Обяснете й, че имплантатът трябва да се извади след 7/5/3 години, като уточните месеца и годината, когато това ще се извърши. Обърнете внимание, че е важно да се върне в същата клиника за изваждане или ако това не й е възможно, да посети друга клиника, където персоналът е обучен за тази манипулация. Предайте в писмен вид нужната информация, както и списък на предупредителните признаци за наблюдение, името, адреса и телефонния номер на клиниката. Всичко трябва да е изложено така, че жената или някой неин близък (в случай, че тя не може да чете) да може лесно да го разбере.

Изваждане

Ако потребителката се чувства неудобно с подкожния имплантат и желае изваждането му, трябва да посети клиника и се обърне към специалисти, обучени да изваждат имплантати.

8.11. Контролни прегледи

Потребителката трябва да бъде прегледана основно един месец след поставяне на имплантата, за да се провери мястото на поставяне и се обсъдят въпроси и притеснения, ако са се появили такива. По-нататък тя трябва да бъде преглеждана поне веднъж годишно, като ѝ се предостави възможност да посещава най-удобното за нея заведение, в което персоналът е обучен за този род услуги.

Процедура за годишен контролен преглед

- Сверете точния адрес и начина за връзка с потребителката.
- Преценете дали е удовлетворена от този метод на контрацепция.
- Определете дали са възникнали някакви проблеми или странични прояви и ако е имало, запишете ги в клиничния картон. Осъвременете медицинската история.
- Направете физическа оценка, която включва:
  - измерване на кръвното налягане;
  - преглед на гърдите (с инструкция за самостоятелни прегледи);
  - бимануален тазов преглед с цитонамазка, ако е навременно и възможно.
- Осигурете необходимата консултация и/ или лечение.
- Повторете предупредителните признаци и инструкциите, дадени при предишното посещение, особено за времето на изваждане (7 години – ако се използва Норплант, 5 години – ако се използва Джадел и 3 години – ако се използва Импланон), а също необходимостта да се върне в същата клиника или в друго компетентно здравно заведение за изваждане на имплантата (ако е възможно, дайте ѝ информация за такава клиника). Напомнете на потребителката за годишния контролен преглед.
- Окуражете я да посети клиниката по всяко време, ако има някакви въпроси, оплаквания или проблеми.

8.12. Странични ефекти

- Най-често срещаният страничен ефект е разстройство на менструалния цикъл, изразяващо се в продължително кървене, зацапване между периодите или аменорея. По принцип общата месечна кръвозагуба е по-малка в сравнение с нормалния менструален период, но при някои жени може да се стигне и до тежко кървене.

- Промените във вида на менструалното кървене (пробивно кървене и зацапване) са често срещани, особено през първата година на употреба. Обикновено те са временни и рядко създават риск за здравето. Внимателното консултиране намалява броя на ония жени, които се отказват от метода заради страничните ефекти. Потребителки, които предварително са информирани какво следва да очакват, разбират и се справят по-добре с проблемите, а методът ги задоволява повече. Ако кървенето продължи и стане прекалено тежко, трябва да се изключат гинекологични заболявания. Ако се диагностицира ППИ или ТВБ, жената може да продължи употребата на имплантати, докато бъде лекувана, но е нужно да използва и презервативи. Ако няма установен гинекологичен проблем, може да се приложи лечение с етинилестрадиол, нискодозиран комбиниран орален контрацептив или нестероидни антивъзпалителни препарати. Ако това лечение не е ефективно, а проблемът заплашва здравето на жената или е неприемлив за нея, използването на имплантати трябва да се преустанови. Помогнете ѝ да избере друг метод на контрацепция.
- Главоболието е второто най-често срещано оплакване. Други по-рядко срещани странични прояви са нервност, гадене, замаяност, увеличаване на теглото и кожни проблеми (акне).
- Ако някоя капсула бъде изхвърлена (случва се рядко), заменете всички капсули с нови, веднага щом излекувате мястото. Осигурете друг метод на контрацепция в междинния период.

8.13. Мениджмънт на услугите

Прогестогеновите подкожни имплантати изискват специално внимание от програмните мениджъри, тъй като този метод включва хирургическа процедура, дългосрочно наблюдение и постоянна готовност на здравните заведения да извадят имплантата. Услугите, свързани със СРЗ/ семейно планиране, предполагат добре обмислена информационна, образователна и комуникационна система, подходящи клинични заведения, създаване на центрове за обучение и подходящи системи за картотекиране и контролни прегледи.

Картони на клиентите и контролни прегледи

Необходима е система за картотекиране, която да гарантира точност на данните за всички потребители. Медицинските картони трябва да включват клиничната оценка и детайлни сведения за поставянето на имплантата. Системата за картотекиране изисква да се води журнал за планираните изваждания и механизъм за контрол на потребителите, така че изваждания след 7/5/3 години да бъдат извършвани навреме.

Клинични заведения

Заведенията трябва:

- Да бъдат достатъчни, за да удовлетворят увеличеното търсене.
- Да осигурят постоянен достъп за изваждане на имплантати.
- Да притежават необходимото оборудване за поставяне и изваждане на имплантати.
- Да имат на разположение парен автоклав и друго оборудване за обеззаразяване, почистване и стерилизация на инструменти.
- Да бъдат обслужвани от обучен персонал.

Обучение

Здравните работници трябва да притежават умения за преглед и консултиране на потребителите, за поставяне и изваждане на имплантати, както и за справяне със странични прояви и усложнения.

Необходимо е да се осигурят практически упражнения, за да бъдат усвоени техниките за поставяне и изваждане, докато се придобие пълна компетентност. Препоръчително е по време на обучението да се направят 5-10 поставяния и изваждания. Използването на анатомични модели подпомага обучението на здравните служители и намалява значително неудобствата и риска за потребителите.

Съхраняване, срок на годност и доставки

- Съхранявайте имплантатите при стайна температура, далеч от източници на топлина и влага.
- Срокът на годност е 5 години при правилно съхранение.

9. Други видове комбинирани хормонални контрацептиви

9.1. Трансдермална лепенка

Трансдермалната контрацептивна лепенка е нова система за комбинирана хормонална контрацепция, обратима и лесна за използване. Ефикасността ѝ е сравнима с тази на комбинираните орални контрацептивни таблетки, но е с по-добра поносимост и притежава предимството да се поставя веднъж седмично, а не всекидневно.

Лепенката представлява 4-сантиметров квадрат с телесен цвят. Поставена върху кожата, тя доставя на ден в кръвта 150 μg норелгестромин и 20 μg етинилестрадиол. Може да се залепи в долната част на коремната област, върху седалищните части, върху горната част на ръката или горната част на трупа (но не на гърдите). Всяка лепенка се носи 7 последователни дни. За всеки цикъл се използват по три лепенки, следвани от 7-дневен период без лепенка. Методът е ефективен за предпазване от забременяване, но е по-малко сигурен при жени над 90 kg. Рисковете при използване му са същите, както при КОК. Лепенката не предпазва от ППИ и ХИВ/ СПИН.

9.2. Вагинален пръстен

Вагиналният пръстен е тънък, прозрачен, гъвкав кръг, който се поставя във влагалището и осигурява контрацептивна защита. Той е лесен за употреба и с обратимо действие. Ефектът му се дължи на отделяните ниски дози естроген и прогестоген. Носи се непрекъснато 3 седмици, след което се изважда за 1 седмица. Всеки месец се поставя нов пръстен. Когато се използва правилно, методът е високоефективен. Рисковете и страничните ефекти са подобни като при КОК. Не предпазва от ППИ и ХИВ/ СПИН.

Списък за раздаване на КОК при услуги, базирани в общността

Име на потребителката: Възраст:

Адрес: Дата:

Дата на последната менструация или раждане (ако е приложимо):

1. Минала ли е менструацията на жената? ДА ☐ НЕ ☐

*Ако отговорът е **ДА**, не предлагайте таблетки, освен когато сте сигурни, че не е бременна.*

*Ако отговорът е **НЕ**, преминете на следващия въпрос.*

2. Имала ли е потребителката или в момента има някакво сериозно заболяване?

*Ако отговорът е **НЕ**, минете на въпрос №3.*

*Ако отговорът е **ДА**, разберете каква е болестта. Попълнете таблицата, ако сте получили съответните данни.*

А	Взима лекарство против туберкулоза или епилепсия	ДА ☐	НЕ ☐
Б	Има абнормно вагинално кръвотечение	ДА ☐	НЕ ☐
В	Има или е имала рак на гърдата	ДА ☐	НЕ ☐
Г	Има чернодробен тумор или чернодробно заболяване	ДА ☐	НЕ ☐
Д	Има или е имала сърдечно заболяване, кръвни съсиреци или удар	ДА ☐	НЕ ☐
Е	Има високо кръвно налягане	ДА ☐	НЕ ☐
Ж	Има диабет	ДА ☐	НЕ ☐

*Ако отговорът е **ДА на някой от въпросите**, насочете потребителката към клиника за оценка и/или контрацептивен съвет. Междувременно препоръчайте употреба на бариерен метод (особено на презервативи).*

*Ако отговорът е **ДА** на въпросите **Д, Е** или **Ж**, може да препоръчате временно употреба на ПОК.*

*Ако отговорът на всички въпроси е **НЕ**, минете на следващия въпрос.*

3. Има ли потребителката някое от следните оплаквания?

*Ако отговорът е **НЕ**, минете на следващия въпрос.*

*Ако отговорът е **ДА**, изяснете какъв е проблемът.*

Пуши и е над 35 години.	ДА ☐	НЕ ☐
Жълта кожа или жълтеещи очи и се чувства зле	ДА ☐	НЕ ☐
Остра болка в гърдите	ДА ☐	НЕ ☐
Необичаен недостиг на въздух	ДА ☐	НЕ ☐
Остро главоболие с размазан поглед	ДА ☐	НЕ ☐
Бучки в гърдата или кървене от зърната	ДА ☐	НЕ ☐
Остра болка в краката или подуване	ДА ☐	НЕ ☐

*Ако отговорът е **ДА** на някой от въпросите, насочете жената към клиника за оценка и/или контрацептивен съвет. Междувременно й препоръчайте употребата на ПОК или бариерен метод (особено на презервативи).*

*Ако отговорът на всички въпроси е **НЕ**, преминете на следващия въпрос.*

4. Кърми ли жената? ДА ☐ НЕ ☐

*Ако отговорът е **ДА** и бебето е по-малко от шест месеца, препоръчайте само ПОК. Ако бебето е на шест или повече месеца, може да разрешите ПОК или КОК в зависимост от предпочитанията на потребителката.*

*Ако отговорът е **НЕ**, препоръчайте КОК, но може да разрешите и ПОК, ако жената го предпочита.*

Ако на потребителката се налага да посети клиника за по-нататъшна оценка или за ползване на метод, който не се предоставя от услугите, базирани в общността, дайте й талон за направление и й помогнете да получи консултация.



6 ВЪТРЕМАТОЧНИ СРЕДСТВА (ВМС, СПИРАЛИ)

1. Определение

Вътрематочното средство (ВМС, спирала) е безопасен и ефективен метод за обратима контрацепция. ВМС са малки гъвкави устройства от метал и/или пластмаса, някои от които са инертни, а други освобождават мед или хормон. Медните спирали са: 'Copper T 380A' (TCu 380A), 'Copper T 220C' (TCu 220C), 'Multiload Copper 375' (ML Cu 375) и 'Nova T' (Nova T) (виж фиг. 6.1). В някои държави се предлагат ВМС, освобождаващи левоноргестрел.

Продължителност на употреба. Моделът TCu 380A е доказал висока ефективност за минимум 12 години, с 2.2 % настъпила бременност, докато TCu 220C е ефективен за същия период, но в по-малка степен. Моделът ML Cu 375 е ефективен минимум 10 години, а Nova T200 се препоръчва за употреба до 3 години, след което случаите на забременяване се увеличават значително. Nova T380 е ефективен 5 години, с 2.0 % допусната бременност.

ВМС, освобождаващи левоноргестрел, са трайни повече от 5 години, като през първите 5 години е допусната бременност 03.-1.1 %.

Инертните средства могат да се използват чак до менопаузата. Независимо че вече не се препоръчват на нови потребителки, не е необходимо да бъдат отстранявани преди менопаузата, ако жената е доволна от този метод.

Фиг. 6.1 Медни спирали, ВМС.



TCu 380A



TCu 220C



ML Cu 375



Nova T

Начин на действие. Всяко ВМС предпазва от бременност чрез комбинация от въздействащи механизми, която включва:

- Инхибира придвижването на сперма към горния генитален тракт.
- Инхибира движението на яйцеклетки.
- Инхибира оплождането.

Освен това спиралите, освобождаващи левоноргестрел, предизвикват промени в количеството и вискозитета на цервикалната слуз, като инхибират допълнително проникването на сперма.

2. Показания

ВМС трябва да се предоставят на всяка жена, която ги желае, след като бъде подходящо консултирана, стигне до информирано решение и липсват противопоказания за използването им (виж раздел 3 на настоящата глава).

Спиралата е особено подходяща за жени, които:

- Раждали са и желаят високо ефективна, продължително действаща и обратима контрацепция.
- Предпочитат метод, който не изисква всекидневни грижи или действия, свързани с всеки полов акт.
- Кърмят.
- Срещат трудности с редовната доставка на контрацептиви.
- Не разполагат с достатъчно лично пространство, което прави проблемно използването на други методи (например многолюдни жилищни помещения, липса на място за съхранение на контрацептивите).
- Съществува риск за здравето им при използване на друга контрацепция (например вземат препарати, съдържащи естроген, но започват да пушат или развиват болест на периферните кръвоносни съдове, или захарен диабет).
- Не желаят да имат повече деца, но не приемат да бъдат стерилизирани.

3. Медицински критерии за избор

Международната федерация по семейно планиране в сътрудничество със Световната здравна организация (СЗО) разработиха критерии за избор на различните контрацептивни методи. Приета е следната класификация (медицински критерии за избор на СЗО):

- *Категория 1.* Състояние, при което няма ограничения за използване на контрацептивни методи.
- *Категория 2.* Състояние, при което преимуществата при използване на метода най-общо надхвърлят теоретичните или доказаните рискове.
- *Категория 3.* Състояние, при което теоретичните или доказаните рискове обикновено надхвърлят преимуществата при използване на метода.
- *Категория 4.* Състояние, което създава неприемлив риск за здравето (т.е. контрацептивът е противопоказен).

Категория 4

Противопоказания

Не препоръчвайте употреба на каквото и да е ВМС, нито го предоставяйте на жени с:

- Установена или предполагаема бременност.
- Следродилен или следабортен сепсис, настоящ или настъпил през последните три месеца.
- Настоящи тазово-възпалителни заболявания (ТВБ). Ако се развият при използването на ВМС, стават категория 2.
- Настоящи инфекции, предавани по полов път (отнася се до ППИ, които могат да предизвикат цервикална инфекция, хламидии или гонорея). Ако се развият, докато бъдат използвани ВМС, стават категория 2.
- Гноен цервицит.
- Потвърдено или предполагаемо злокачествено образуване на генитална тракт.
- Неизяснено вагинално кръвотечение, предполагащо сериозно състояние. Ако се развие по време на използване на ВМС, става категория 2.
- Рак на маточната шийка, чакащ лечение. Ако се развие по време на използване на спирала, става категория 2.

- Рак на ендометриума. Ако се развие по време на използване на спирала, става категория 2.
- Вродени аномалии или доброкачествени тумори на матката (фиброми), които деформират маточната кухина така, че не позволяват правилно поставяне на ВМС.
- Злокачествена гестационна трофобластна болест.
- Установена туберкулоза на тазовите органи. Ако се развие по време на използването на ВМС, става категория 3.

За ВМС, освобождаващи левоноргестрел, е валидно и допълнително противопоказание:

- Настоящ рак на гърдата.

Посъветвайте всяка жена, при която се среща противопоказание (различно от бременност), да използва алтернативни методи на контрацепция (виж гл. II – „Консултация").

Категория 3

Състояния, при които потенциалните рискове може да надхвърлят ползите от метода, изискват особено внимание при консултиране на потребителката. Когато някое от тези състояния е налице, обяснете й възможните опасности и препоръчайте алтернативни контрацептивни методи. Ако тя избере ВМС, тъй като липсват други средства или те са неприемливи за нея, много важно е да изтъкнете, че е необходимо строго проследяващо наблюдение. Тези състояния включват:

- Рак на яйчниците (ако се развие по време на използване на ВМС, става категория 2).
- Увеличен риск от ППИ (например многобройни партньори или партньори, които имат многобройни партньорки).
- Първоначално използване на метода от жени, живеещи със СПИН (ако се развие по време на използване на ВМС, става категория 2).
- Доброкачествена гестационна трофобластна болест (съществува повишен риск от перфорация и лечението на болестта може да наложи многократен кюртаж на матката).
- От 48 часа до 4 седмици след раждане.

При ВМС, освобождаващи левоноргестрел, особено внимание изискват и следните състояния:

- Активен вирусен хепатит.
- Остра (декомпенсирана) цироза.
- Доброкачествени или злокачествени тумори на черния дроб.
- Настояща тромбоза на дълбоките вени или белодробна емболия (ТДВ/БЕ).
- По-малко от 48 часа след раждане.
- Анамнеза за рак на гърдата, без проява на болестта през последните 5 години.

Ако се постави спирала, отбележете в клиничната документация специалното състояние на жената. Информирайте я за предупредителни признаци, съответстващи на състоянието ѝ. В тези случаи методът трябва да бъде предписан само от обучен лекар, който трябва да подпише картона на потребителката.

Категория 2

ВМС могат да се използват с особено внимание в следните случаи:

- До 20 години от първата менструация.
- Нераждали жени (виж раздел 4).
- По-малко от 48 часа след раждане (за ВМС, освобождаващи левоноргестрел, става категория 3).
- След аборт през второто тримесечие.
- Аномалии (включително цервикална стеноза или цервикални разкъсвания), които не деформират маточната кухина и не влияят за поставянето на ВМС.
- Усложнения при клапни пороци на сърцето.
- Маточни фиброми без деформация на маточната кухина.
- ТВБ без последваща бременност.
- Вагинит без гноен цервицит, хламидии, гонорея и други ПИП (с изключение на ХИВ и хепатит).

- Висок риск от ХИВ.
- ХИВ-позитивни жени и болни от СПИН, които са клинично добре и са на антиретровирусно лечение (може да се повиши рискът от ТВБ, дължащ се на потисната имунна реакция).
- Анемии, включително талласемия, сърповидноклетъчна анемия, желязодефицитна анемия (не се отнася за ВМС, освобождаващи левоноргестрел).
- Остра дисменорея (не се отнася за ВМС, освобождаващи левоноргестрел).
- Тежко или продължително кръвотечение (включващо редовен или нередовен цикъл).
- Ендометриоза (не се отнася за ВМС, освобождаващи левоноргестрел).

За ВМС, освобождаващи левоноргестрел, се изисква особено внимание при следните състояния:

- Многобройни рискови фактори за сърдечносъдово заболяване.
- Анамнеза за високо кръвно налягане (когато кръвното налягане не е било измервано).
- Повишено кръвно налягане (систолично $\geq$ 160 или диастолично $\geq$100 mmHg).
- Високо кръвно налягане със сърдечносъдова болест.
- Анамнеза за тромбоза на дълбоките вени или белодробна емболия (ТДВ/БЕ).
- Голяма оперативна интервенция с продължително обездвижване.
- Установена хиперлипидемия.
- Данни за настояща или минала исхемична болест на сърцето (ако се развие, докато се използват ВМС, става категория 3).
- Инфаркт.
- Мигрена със или без аура (ако мигрена с аура се развие, докато се използват ВМС, става категория 3).
- Цервикална интраепителиална неоплазия (ЦИН).
- Недиагностицирана бучка в гърдата.
- Захарен диабет.

- Жлъчно-каменна болест.
- Лека (компенсирана) цироза.

Ако някое от тези състояния е налице, внимателното проучване и подходящото проследяване ще позволят преимуществата на ВМС да надхвърлят потенциалните рискове.

4. Специални ситуации

Нераждали жени

При нераждали жени използването на ВМС не е противопоказано. Но ако е прекарана тазова инфекция, предишна извънматочна бременност и при многобройни сексуални партньори, изборът на ВМС за нераждали жени не е подходящ. Обяснете ясно на потребителката, че съществува повишен риск от тазово-възпалителни болести и употребата на ВМС може да предизвика безплодие.

Абнормно вагинално кръвотечение

Нередовният менструален цикъл е обичаен при здрави жени. Не отказвайте да поставите ВМС, когато липсват данни за патологично състояние. Но ако жената има вагинално кръвотечение, предполагащо бременност или патология, например злокачествено образуване в тазовите органи, тя трябва да бъде изследвана преди поставянето на ВМС.

Инфекции, предавани по полов път (ППИ)

Ако потребителката е с повишен риск от ППИ, включително ХИВ, посъветвайте я да използва презервативи като допълнение към ВМС.

ХИВ инфекция

Когато потребителката е HIV-позитивна или има СПИН, но е била лекувана и е клинично здрава след третиране с антиретровирусни лекарства (ARV), проведете подходяща консултация и обсъдете алтернативни контрацептиви. Ако все пак тя избере ВМС, препоръчайте й употреба на презервативи в допълнение към ВМС – като превенция за ППИ и за предаването на ХИВ.

5. Консултиране и информация

Всяка потребителка, интересуваща се от поставяне на ВМС, трябва да бъде подходящо консултирана за избора и използването на този метод. Проучете анамнезата ѝ, за да определите възможните противопоказания и се съобразявайте с тях при консултирането. По принцип ВМС са напълно безопасни за жени с взаимна моногамна сексуална връзка, тъй като при тях е малка вероятността да развият тазово-възпалителна болест. Насърчавайте посетителките да задават въпроси, така че да изясните всички неясноти и недоразумения (виж гл. II – „Консултиране").

За подбора на метода

Обсъдете с всяка потребителка по разбираем за нея начин следните въпроси:

- Преимущества и недостатъци на спиралата, включително:
  - ефективност;
  - рискове и ползи;
  - странични ефекти, особено възможност от по-тежки менструации;
  - процедури на поставянето и отстраняването;
  - цена.
- Алтернативни методи на семейно планиране, включително подходяща информация за:
  - ефективността;
  - рисковете и ползите;
  - страничните ефекти;
  - цената.
- Типа спирала, която ще се постави (трябва да се покаже мостра), и подходящото време за поставянето ѝ.
- Важно е да насърчите потребителката да идва по всяко време, ако възникнат проблеми, или когато е нужно да се отстрани ВМС.

За използването на метода

Виж инструкциите в раздел 11 на настоящата глава.

6. Кой може да поставя ВМС

ВМС могат да бъдат поставяни от лекари, акушерки, медицински сестри и други здравни специалисти, при условие че са подходящо обучени и работят съгласно законите и наредбите на съответната държава.

7. Преценка на здравословното състояние

Оценката на здравето има за цел да определи дали потребителката е подходяща за дадения метод. Използвайте случая, за да й предложите и други услуги, засягащи сексуалното и репродуктивно здраве.

- Здравна/социална анамнеза. Включва акушеро-гинекологична анамнеза; настоящи заболявания като захарен диабет, анемия или имунодепресия, както и минали ППИ, без да се пропускат ХИВ, ТВБ и рискови фактори за ППИ, примерно многобройни сексуални партньори.
- Физикални изследвания. Винаги е необходимо изследване на маточната шийка със спекулум и бимануален гинекологичен преглед, както и други изследвания, посочени в медицинската анамнеза.
- Лабораторни тестове. Обикновено не се изискват за употребата на ВМС, освен ако не са упоменати в медицинската анамнеза или физикалните изследвания. Когато е възможно и уместно, на жените трябва да се предлагат подбрани тестове като част от услугите за репродуктивно здраве, включително:
  - ППИ/ХИВ скрининг – лабораторни тестове.
  - Хемоглобин или хематокрит.
  - Цервикална (Pap) намазка.

8. Избор на ВМС

- По-малките медни спирали са доказали пригодност, безопасност и ефикасност, както и нисък процент на забременяване. В сравнение с по-обемните инертни ВМС те се поставят по-лесно и обикновено причиняват по-малко странични неприятности – като болка и прекомерна загуба на менструална кръв. Най-новите медни спирали (TCu 380A, TCu 220C, ML Cu 375 и Nova T) са по-ефективни и имат по-дълъг срок на употреба в сравнение със старите медни спирали (TCu 200' и 'Copper 7'). Ето защо предишните медни спирали и инертните ВМС вече не се препоръчват.

Освобождаващите левоноргестрел ВМС са подходящи за жени, за които се допуска, че ще изпитат болки или кървене при поставяне на медни спирали. Употребата им зависи и от тяхната ограничена наличност.

- Когато определено средство няма значителни медицински предимства пред друго, съобразявайте се с фактора стойност.
- Поради възможни проблеми при дезинфекцията на обемни пакети с ВМС използвайте само индивидуално пакетирани, предварително стерилизирани средства.
- Различните ВМС изискват различни техники на поставяне. Ето защо препоръчваме на всяко отделно място (обект), където се предоставя услугата, да се използва само един вид ВМС. Допустимо е да се прилагат най-много две средства с близки техники на поставяне. Тази специализация ще помогне на персонала да поддържа високо ниво на компетентност при поставяне на спиралите.

9. Време на поставяне

Ако не е предписано друго, прилагайте следните препоръки както за медните спирали, така и за ВМС, освобождаващи левоноргестрел.

Наличие на менструален цикъл

- Спиралата може да се постави по всяко време през първите 12 дни след началото на менструалния цикъл, в удобен за жената момент. Не е необходима допълнителна контрацептивна защита.
- ВМС може да се постави и в друг удобен за жената момент, ако сте сигурни, че не е бременна (виж гл. XI – „Диагностика на бременността"). Не е необходима допълнителна контрацептивна защита.

Преминаване от един метод към друг

ВМС може да се постави веднага, ако е достатъчно сигурно, че потребителката не е бременна. Няма защо да се чака следващата менструация и не е нужна допълнителна контрацептивна защита.

- Преимущества от поставянето по време на менструален цикъл
  - По-малко вероятно е спиралата да бъде поставена в бременна матка.

- Поставянето би трябвало да е по-лесно.
- По-малко вероятно е кървенето, предизвикано при поставяне, да причини чувство на безпокойство.

- След завършила в термин бременност. Ако здравният специалист е подходящо обучен, може да постави медната спирала веднага, след като бъде изхвърлена плацентата, или в рамките на 1 до 2 дни след раждането. Нужно е специално внимание, за да се избегне перфорация. Ако спирала не бъде поставена до втория ден след раждането, манипулацията трябва да се отложи с 4 седмици. Що се отнася до ВМС, освобождаващи левоноргестрел, те трябва да се използват едва 6 седмици след раждането, ако жената кърми или смята да кърми.
- След спонтанен аборт или аборт, направен по медицински показания през първото тримесечие. ВМС може да бъде поставено безопасно веднага след аборта, освен на жени с гинекологична инфекция.

Поставянето на ВМС незабавно или наскоро след раждане, или пък непосредствено след аборт, трябва да се извършва единствено от специално обучен здравен персонал.

10. Поставяне на ВМС

Минимумът оборудване, изисквано за поставянето на ВМС, съдържа:

- 1 тенакулум или форцепс на Allis-Chalmers.
- 1 Артериален форцепс на Pean, извит.
- 1 спекулум.
- 1 маточна сонда.
- 1 легенче с йод.
- 1 ножици.
- 1 форцепс с марля за посушаване на работното поле.

Принципи за безопасно и ефективно поставяне на спирала

- Цялото оборудване трябва да бъде стерилизирано или дезинфекцирано във възможно най-висока степен (виж гл. XV – раздел 5.5). Нестерилни ръкавици за еднократна употреба могат да се използват единствено, ако ВМС е поставено във водач в самата опаковка и ако при поставянето се използват техники за недокосване.

- Обяснете предварително на потребителката какво ще се случи по време на процедурата и я насърчете да задава въпроси. Предупредете я, че може да се почувства неприятно в някои моменти.
- Извършете бимануален гинекологичен преглед, за да определите размера, формата, позицията и подвижността на матката, да откриете евентуално аднексидна бучка и да изключите всякакви признаци на гинекологична инфекция или ранна бременност.
- Различните ВМС изискват различни техники на поставяне. Най-безопасното правило е да следвате стриктно специфичните инструкции на производителя. Всички стъпки на процедурата да се извършват бавно и внимателно.
- Преди поставяне внимателно почистете маточната шийка с антисептичен разтвор.
- Използването на тенакулум е необходимо за стабилизиране на маточната шийка, особено когато маточното дъно е силно наклонено напред или назад.
- Винаги преглеждайте матката със сонда, за да сте сигурни в посоката и позицията на маточния канал и да установите дълбочината му.
- Не се опитвайте да поставите ВМС в матка, която при сондиране изглежда по-малка от 6.5 см (за Nova T 6 см или по-малко).
- Следете стриктно стерилността на маточната сонда, не допускайте допира ѝ до каквато и да е потенциално заразена повърхност (включително спекулума или вагиналната лигавица), преди да я прокарате през ендоцервикалния канал.
- Ако има запушване на нивото на вътрематочния отвор, едно малко движение навън с тенакулума може да помогне за по-лесното проникване на сондата. Не използвайте сила, а оказвайте внимателно равномерен натиск със сондата срещу вътрематочния отвор за 2-3 минути, така че да се преодолее евентуален спазъм. Ако той все пак не премине, прекратете процедурата. Обсъдете с потребителката алтернативни методи за контрацепция или се посъветвайте с по-опитен член на персонала, ако имате съмнения.
- Спиралата се постави във водача преди да бъде извадена от опаковката, дори ако се наложи да използвате стерилни ръкавици, за да намалите рисковете от заразяване. Целият здравен персонал, който се занимава с поставянето на ВМС, трябва да се научи да поставя спиралата във водача и да извършва процедурата без риск от заразяване(виж фиг. 6.2).

Фигура 6.2. Поставяне на ВМС Cu T 380A.



Профилактично използване на антибиотици при поставянето на спирала

- При поставянето на ВМС обикновено не се препоръчва профилактика с антибиотици. Въпреки това трябва да се спазват стриктно задължителните процедури за превенция на инфекции.
- Такава профилактика може да се приложи при широко разпространение на ППИ и когато скринингът на ППИ е ограничен.
- Посъветвайте потребителката да следи за симптоми на ТВБ, особено през първия месец.

Фигура 6.3. Поставено ВМС Cu T 380A.



11. Инструкции към потребителката

Дайте ясно, по съответен за образованието на жената начин следните инструкции:

Установяване на правилно разположено ВМС

Обяснете на потребителката, че спиралата може да се изхвърли спонтанно, особено през първите 6 седмици след поставянето ѝ или по време на менструалния цикъл.

Посъветвайте я да проверява дали спиралата е на мястото си, като напипва конците ѝ. Конците на спиралата трябва да се проверяват след всеки менструален цикъл и всеки път, когато се появят необичайни спазми. Възможно е някои жени да не желаят да проверяват конците. Ако случаят е такъв, аргументирайте съветите си, като показвате, че разбирате съображенията и притесненията на съответната потребителка. Използвайте модел на спирала и я накарайте да се упражнява, за да се научи да напипва конците и долната част на спиралата.

Предупредете жената веднага да посети клиниката, ако:

- не успее да напипа конците;
- усеща твърдата част на спиралата;
- изхвърли спиралата;
- пропусне месечния си цикъл.

Междувременно тя трябва да използва нехормонален метод на контрацепция –например презервативи.

Странични прояви

Обърнете внимание на възможните странични прояви (виж раздел 13).

Предупредителни признаци

Посъветвайте потребителката да дойде в клиниката, ако се предполага бременност или ако усеща някои от следните симптоми, насочващи към възможни усложнения:

- Треска и/или студени тръпки.
- Болка или болезненост в тазовите органи.

- Гнойно вагинално течение.
- Обилно абнормно кръвотечение.

За да предотвратите тревогите на жената, обяснете, че сериозните усложнения са много редки. Подчертайте, че здравето ѝ ще бъде по-добре защитено от този надежден метод на контрацепция, отколкото ако се допусне нежелана бременност.

Проследяващо наблюдение

Кажете на потребителката, че е нужно да посети клиниката за рутинен преглед в рамките на 3 месеца, но не и преди първия менструален цикъл. Главната цел е чрез този преглед да се провери дали ВМС не е изхвърлено и дали няма сериозни оплаквания. По-нататък се препоръчва рутинен преглед всяка година.

Посочете дата за следващото посещение, наименованието и типа на ВМС, което е поставено, и кога то трябва да се отстрани или подмени (виж раздел 1 на настоящата глава). Дайте тази информация в писмен вид, както и списък с предупредителните признаци, името, адреса и телефонния номер на клиниката. Те трябва да са представени така, че потребителката или някой неин близък (в случай че тя не може да чете) да могат да ги разберат.

12. Последващи грижи

Тримесечни и годишни протоколи за проследяващо наблюдение

- Актуализирайте адреса на потребителката и начините за установяване на контакт с нея.
- Обсъдете всеки въпрос, безпокойство или проблем, свързани с метода.
- Извършете вагинално изследване и припомнете инструкциите как да проверява конците на ВМС.
- Проведете допълнителни прегледи или лабораторни тестове в зависимост от проблемите или въпросите на потребителката.
- Лекувайте всеки цервицит, вагинит или вулвовагинит, появили се, докато е използвано ВМС.

По време на годишния преглед изследвайте гърдите (с инструкции за самоизследване) и ако е необходимо и възможно, вземете цервикална (Pap) намазка.

Ако редовно наблюдение като описаното по-горе не е възможно, обяснете внимателно на жената опасностите от усложнения, а също и към кого може да се обърне за медицински грижи.

13. Странични ефекти

- През първите 24 до 48 часа след поставяне на спиралата може да се появи спастична болка. Ако потребителката я усети, подходящо е да вземе болкоуспокояващи таблетки като аспирин, ибупрофен или парацетамол (ацетаминофен). Ако болката не намалее или се изостри, жената трябва да посети клиниката. (Обикновено болка не се появява след първите 48 часа.)
- През първите няколко седмици е възможно да се появи вагинално течение, дължащо се на първоначалната реакция на вътрешната стена на матката (ендометриума). Това не трябва да предизвиква безпокойство, но ако течението е силно или съпътствано с болка в таза и/или треска, жената веднага трябва да потърси помощ в клиниката.
- Промени в менструалните цикли, включително кърваво зацапване или слабо кървене между периодите, са обичайни в първите 3-6 месеца от използването на медна спирала. Те не са опасни и обикновено намаляват с времето. Посъветвайте потребителката да проведе кратък курс с нестероидни противовъзпалителни лекарства в дните на кръвотечение. Ако промените останат или ако менструацията е повече от два пъти по-тежка от нормалното, е наложително да се отстранят скрити гинекологични проблеми. Ако промените са неприемливи за жената, отстранете ВМС и й помогнете да избере друг метод на контрацепция.

14. Усложнения

Ако се появят усложнения, потребителката може да изпадне в емоционален шок. Важно е здравните работници да се погрижат за нейните психологически потребности, както и за физическото й състояние. **Успокойте жената и я подкрепете емоционално.**

Всички лица, предоставящи този контрацептивен метод, трябва да разпознават усложненията при използване на ВМС и да прилагат поне първите мерки за овладяването им.

Когато е необходимо, по възможно най-бърз начин трябва да бъде повикан специалист-консултант.

Потенциалните усложнения при ВМС включват перфорация, обилно кръвотечение, тазово-възпалителна болест (ТВБ).

14.1. Перфорация

Перфорацията е рядко явление, което почти винаги се случва по време на поставянето и е придружено от внезапна болка и/или кървене. Тя може да настъпи и без симптоми. По-голям риск от перфорация съществува след раждане и след аборт през второто тримесечие, когато матката е мека, или по време на лактация, когато матката е с намалени размери.

Ако се установи или предположи перфорация по време на преглед със сонда на матката или при поставяне на ВМС:

- Прекратете веднага процедурата. Ако вече е била освободена от водача, отстранете спиралата чрез издърпване на конците; в противен случай отстранете ВМС заедно с водача.
- Осигурете на жената пълен покой и проверявайте жизнените ѝ показатели на всеки 5–10 минути през първия час след перфорацията. След това проверявайте жизнените показатели на всеки 30 минути, докато се нормализират и стабилизират.
- Ако настъпи влошаване на жизнените показатели или на хематокрита, спонтанна болка или симптоми на перитонеално дразнене, започнете интравенозно противовъзпалително вливане с ширококалибрена игла, като едновременно се погрижите за спешно приемане в подходящо медицинско заведение. Никога не опитвайте да се справите с проблеми, за които нямате достатъчно умения и опит и не се чувствате сигурни. Ако е необходимо, извикайте бързо специалист-гинеколог или хирург.
- Ако перфорацията не дава сигнали или не показва симптоми, жената може да бъде изпратена в дома ѝ от 2 до 6 часа след инцидента, в зависимост от възможността да бъде отведена в заведение за спешна помощ.

Ако перфорацията се открие известно време след поставянето и конците на ВМС не могат да се достигнат (виж раздел 16 – Изчезване на конците):

- Откриването може да изисква лапароскопия или лапаротомия. Това трябва да се извърши единствено от лекар, обучен за тези техники.

- Затворените инертни средства (като халки) трябва да се отстранят, тъй като могат да причинят запушване на червата. Отворените инертни средства (като клуп на Lippes) могат да бъдат оставени в перитонеалната кухина, освен ако няма тревожни симптоми или жената не иска отстраняването им. Медните ВМС трябва да бъдат отстранени, за да се предотвратят сраствания. Но ако сраствания вече са настъпили и те правят достъпа и откриването твърде сложно, ВМС трябва да бъде оставено на мястото си.

14.2. Обилно кръвотечение

Засега не съществува стандартно ефективно лечение на кръвотечения при употреба на ВМС, независимо че с известен успех се ползват нестероидни противовъзпалителни лекарства и антифибринолитични медикаменти. Подходящата консултация и съчувствието помагат на жените да се справят с този страничен ефект. Съществува мнение, че лечението с желязо на таблетки в някои случаи компенсира загубата на кръв. Нередовното и обилно кръвотечение обикновено намалява след няколко цикъла. Ако кръвотечението е толкова силно, че създава заплаха за здравето или жената изразява недоволство, отстранете ВМС, като ѝ помогнете да избере друг метод на контрацепция. Лекувайте анемията с железни добавки и/или насърчавайте приемането на храни, съдържащи желязо, но избягвайте кръвопреливане.

14.3. Тазово-възпалителна болест (ТВБ)

Когато поставянето се извършва в нехигиенични условия или ВМС е поставено при недиагностицирана ППИ, може да настъпи инфекция на тазовите органи, свързана с ВМС. Случва се заболяването да се прояви и по-късно при жени в риск от ППИ. Обичайните симптоми за инфекция на тазовите органи са вагинално течение, болка или болезненост в тазовата област, абнормно кръвотечение, студени тръпки и треска, но инфекцията може да остане и скрита.

Ако се диагностицира ТВБ:

- Лекувайте болестта с подходящи антибиотици.
- Не е нужно да отстранявате ВМС, ако жената желае да продължи използването му.
- Ако не желае да задържи спиралата, отстранете я след като започнете антибиотичното лечение.

- Ако ВМС е отстранено, потребителката може да използва спешни контрацептивни таблетки, стига да е уместно (виж гл. X – „Спешна контрацепция").
- Ако инфекцията не намалее, обичайното решение е ВМС да бъде отстранено и да продължи вземането на антибиотици. Дори ВМС да не се отстрани, антибиотиците трябва да продължат. И в двата случая здравето на потребителката трябва да се следи внимателно.
- Осигурете цялостно управление на ППИ, включително консултация за използването на презервативи.

15. Бременност

Независимо че ВМС са високо ефективни за предпазване от бременност, когато са поставени и използвани в съответствие с инструкциите, в някои случаи настъпва забременяване и при жени, използвали спирала. Често пъти такава бременност завършва успешно, но ако средството не се отстрани, съществуват значителни рискове от спонтанен аборт, от септичен аборт във второто тримесечие и преждевременно раждане. Когато се установи бременност на жена с ВМС, обяснете й рисковете от оставянето му, както и по-малките рискове при отстраняването му. Ако тя се съгласи, внимателно извадете ВМС, стига конците да са достъпни. Посъветвайте я да потърси незабавна помощ, ако получи силно кръвотечение, спазми, болка, абнормно вагинално течение или треска. Ако конците са недостъпни, опитайте се да определите местоположението на ВМС чрез ултразвук. Ако не успеете да го локализирате, може би то е било изхвърлено, без потребителката да е забелязала (което обяснява бременността). Ако ВМС е на мястото си, посъветвайте жената да прекрати бременността, при условие че националното законодателство позволява. Ако тя реши да продължи бременността си, осигурете й постоянно лекарско наблюдение.

Използването на ВМС не увеличава общия риск от ектопична бременност. ВМС обаче предпазват по-добре от вътрематочна, отколкото от ектопична бременност. Следователно, ако потребителката на ВМС забременее, съществува по-голяма вероятност от ектопична бременност, отколкото при жена, която не ползва ВМС. Ектопичната бременност е животозастрашаващо състояние. Всяка пациентка, на която е поставена спирала и се оплаква от болка с вагинално кървене или с аменорея, трябва да бъде прегледана от лекар, за да се изключи възможността от ектопична бременност. Ако такава бременност се предполага, бимануалният преглед ще покаже наличието на разкъсване, следова-

телно, това изследване трябва да се проведе в клинично заведение, разполагащо с оборудване за спешна лапаротомия.

16. Изчезване на конците

Често пъти скритите конци са първа индикация за настъпила перфорация или за изхвърляне на спиралата. Същото наблюдение може да е индикация и за бременност.

Ако конците наистина са изчезнали, най-напред изключете възможността за бременност. След това изследвайте цервикалния канал с тесен алигаторфорцепс. Ако конците не могат да бъдат локализирани в цервикалния канал, използвайте хеликс, за да ги откриете откъм матката. Ако пак не успеете да ги намерите, използвайте маточна сонда, за да определите дали ВМС е още в матката.

Ако ВМС не се локализира вътре в матката, направете ехография (или рентгенография, ако не е установена бременност), за да се определи дали е настъпила перфорация. Ако ВМС не се локализира в корема, може да се изключи възможността за перфорация и да се предположи, че спиралата е била изхвърлена.

17. Кога да се отстрани спиралата

ВМС трябва да се отстрани:

- Когато потребителката категорично заяви такова желание, ВМС трябва да се отстрани без ненужно забавяне.
- Когато има медицинска индикация за отстраняване. Тя включва бременност, остра тазово-възпалителна болест, злокачествено заболяване на ендометриума или на маточната шийка, перфорация на матката, частично изхвърляне, абнормно и обилно кръвотечение, което застрашава здравето на жената.
- Когато срокът на годност на ВМС е изтекъл. Това се отнася единствено за лекарствени ВМС с лечебен ефект, включително освобождаващите левоноргестрел и медни ВМС (виж раздел 1).
- Когато жената навлезе в менопауза. Отстранете ВМС 1 година след последния ѝ менструален цикъл.

18. Управление на услугите

18.1. Клиничен картон

- Всички потребителки трябва да имат клиничен картон.
- Клиничният картон включва документация от консултациите, медицинска анамнеза, физикални и лабораторни изследвания, данни за поставянето на ВМС и за проследяващото наблюдение, включително евентуални усложнения.

18.2. Доставки

- Препоръчва се в съответната клиника да бъде използван само един тип ВМС (най-много два). Тази специализация ще е полезна както за разяснителните кампании, така и за предоставянето на услуги.
- Не трябва да се доставят инертни ВМС (например клуп на Lippes).
- Използвайте стерилни, индивидуално опаковани ВМС. Отстранете онези, които са със счупен печат.
- Новите медни спирали (TCu 220C, TCu 380A, ML Cu 375 и Nova T) са за предпочитане пред по-старите като TCu 200 и Copper 7.
- Спирали, които се избутват от апликатора, е по-вероятно да перфорират матката по време на поставянето, отколкото онези, които остават на място и при които се използва техника на изтегляне без избутване от апликатора. Средствата, при които се използва техника на изтегляне, осигуряват също така по-добро наместване в маточното дъно и затова се препоръчва тяхното използване.

18.3. Обучение

- Целият клиничен и консултиращ екип трябва да познава теоретичните и практическите аспекти на услугите, свързани с ВМС, включително скрининга за противопоказания и разпознаване на предупредителни признаци у потребителки на ВМС.
- Целият здравен персонал трябва да бъде компетентно обучен и отлично да владее техниките за поставяне на ВМС и начините за поставяне на спиралата във водача вътре в опаковката. Съществен момент от обучението са мерките за предотвратяване на зарази.



7 БАРИЕРНИ МЕТОДИ НА КОНТРАЦЕПЦИЯ

1. Въведение

Бариерните методи за контрацепция предпазват от бременност, като блокират проникването на сперма в маточната кухина. Някои от бариерните методи, по-точно презервативите, спомагат за предпазване от инфекции, пренасяни по полов път (ППИ), включително ХИВ.

Главно преимущество на бариерните методи е тяхната безопасност. Те допускат малко локални странични ефекти и нямат почти никакви медицински противопоказания за употреба. Повечето са достъпни без лекарско предписание и са подходящи за дистрибуция в общността, както и при работа на терен с целеви групи.

Недостатък е по-ниската им ефективност в сравнение с хормоналните методи, ВМС и стерилизацията. Предоставящите услуги по сексуално и репродуктивно здраве (СРЗ)/семейно планиране трябва да провеждат обучението и консултациите така, че да се постигне оптимална ефективност. Потребителите следва да разберат, че ако бариерният метод е единственият използван от тях и ако желаят максимална ефективност, наложително е да го използват правилно при всеки полов акт.

Бариерните методи са следните:

- Презервативи.
- Диафрагми.
- Спермициди: кремове, гелове, супозитории, разпенващи се супозитории или таблетки и аерозолна пяна.

Всички програми за предоставяне на услуги по СРЗ/семейно планиране трябва да разполагат поне с презервативи и един-два вида спермициди. Нужно е да притежават и диафрагми, когато има търсене на този метод, както и обучен персонал за предоставянето им.

1.1. Общи показания

Бариерни контрацептиви трябва да се предоставят на всеки потребител, който желае да ги използва, след като бъде подходящо консултиран и се стигне до информирано решение.

Бариерните контрацептиви са особено подходящи:

- Когато има медицински противопоказания за други обратими методи и когато стерилизацията е нежелана или пък нежелателна.

- За потребители, които рядко имат полови контакти.
- Като заместваща форма на контрацепция, например:
  - По време на лактационна аменорея.
  - Непосредствено след вазектомия.
  - Когато конците на ВМС не могат да се напипат.
  - Когато жената взема лекарства, намаляващи ефикасността на оралните контрацептиви.
  - Докато се очаква прилагането на друг метод (например процедура по стерилизация или поставяне на ВМС).
  - Докато се изследват гинекологични симптоми.
  - Като временна алтернатива или подсигуряване на друг метод.
  - За използване по време на фертилната фаза на менструалния цикъл.
- За защита срещу ИППП, включително ХИВ-инфекция (презервативи).

1.2. Медицински критерии за избор

Международната федерация по семейно планиране и други органи в сътрудничество със Световната здравна организация (СЗО) разработиха критерии за избор при използване на различните контрацептивни методи. Приета бе следната класификация (Медицински критерии за избор на СЗО):

- Категория 1. Състояние, при което няма ограничения за използване на контрацептивния метод.
- Категория 2. Състояние, при което преимуществата при използване на метода най-общо надхвърлят теоретичните или доказаните рискове.
- Категория 3. Състояние, при което теоретичните или доказаните рискове обикновено надхвърлят преимуществата на метода.
- Категория 4. Състояние, което създава неприемлив риск за здравето при използване на контрацептива (т.е. контрацептивът е противопоказан).

Категория 4

Противопоказания

Няма общи противопоказания за използване на бариерните методи.

Категория 3

Някои състояния изискват особено внимание при консултиране на потребителя, тъй като използването на даден бариерен метод може да създаде риск за доброто му здраве. Състоянията, специфични за всеки вид бариерен метод, са посочени в съответните раздели. За всички тях се отнася следното:

- Неспособност на потребителя да използва правилно бариерните методи.
- Нужда от високоефективна защита срещу бременност (например висок риск от забременяване при неуспешно използване на метода).

Разгледайте раздели 2.3, 3.3 и 4.3 на настоящата глава за състояния, съответстващи на конкретни бариерни методи.

1.3. Преценка на здравословното състояние

Обикновено преди да се предостави бариерен метод за контрацепция не е необходима преценка на здравословното състояние. Но посещението на клиента в клиниката може да послужи като повод за предлагане на други възможни и потребни услуги по сексуално и репродуктивно здраве.

Когато се провежда физикално изследване, то трябва да включва гинекологичен преглед, изследване със спекулум на маточната шийка и бимануален преглед. Може да се извърши и цервикална (Pap) намазка, ако съществуват медицински показания за нея и може да бъде предложена.

1.4. Мениджмънт на услугите

Съхранение, трайност, качествен контрол и доставка

Всяка програма, която осигурява бариерни методи за контрацепция, трябва да разполага със система, осигуряваща приемливо качество на предлаганите продукти. Това изисква:

- Правилен транспорт и съхранение.
- Система, която не допуска продуктите да се използват след изтекъл срок на годност, или ако няма срок на годност – след изтекъл препоръчителен срок за съхранение.
- Процедура, която гарантира, че мостри от продуктите се проверяват на всеки 6-9 месеца. Ако бъдат открити материали със съмнителна на-

деждност, те трябва да бъдат подходящо тествани преди раздаването им.

Обучение

Предоставящите услуги трябва да бъдат подходящо обучени, за да консултират клиентите и да познават техническите аспекти, свързани с предоставянето на различните видове бариерни методи.

Виж раздели 2.8, 3.12 и 4.8 за допълнителни сведения, свързани с конкретните бариерни методи.

2. Презервативи

2.1. Определение

Мъжки презерватив

Този вид презерватив е обвивка, изработена така, че да обхваща плътно еректиралия пенис. Презервативът събира семенната течност и действа като преграда, която спира преминаването на сперма във вагината. Презервативите са предлагат навити в индивидуална опаковка и се развиват преди полов акт върху еректиралия пенис.

Много презервативи са изработени от тънка латексова гума.

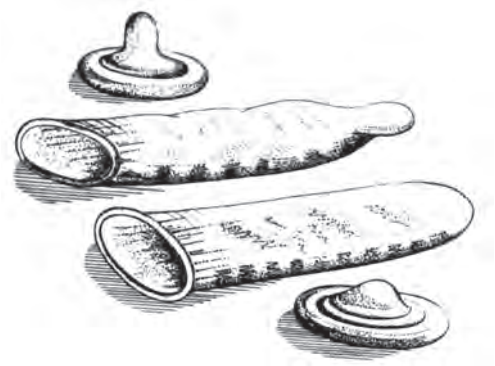
Когато се използва правилно, и то при всеки полов акт, презервативът е ефективен метод на контрацепция. Едновременно латексовият презерватив е ефективна защита и срещу предаване на ППИ, включително на ХИВ/СПИН.

Съществуват множество видове и модели презервативи (фиг. 7.1), които се различават по следните качества:

- Форма (обикновени, с резервоар на края, очертани така, че лесно да напасват).
- Цвят (матови, прозрачни, разноцветни).
- Лубрикация (със силиконово масло, гелове, пудри или неовлажнени).
- Дебелина (от свръхтънък до стандартен).

- Текстура (гладък, пореста или с грапава повърхност).
- Със или без спермицид.

Фи. 7.1. Презервативи - навити и развити, с пъпковиден връх и обикновени.



Предоставящите услуги трябва да познават характеристиките и разликите между моделите и видовете презервативи, използвани в програмата, за да насочват потребителите съобразно потребностите им.

Женски презерватив (фиг. 7.2)

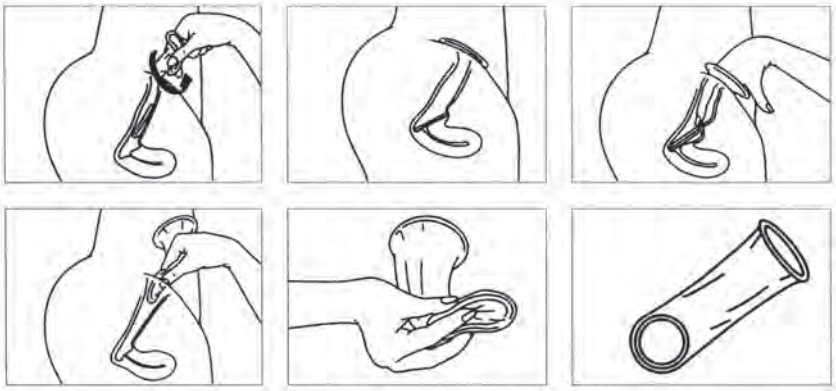
Женският презерватив е изработен от мек еластичен полиуретан, предварително лубрифициран с вещество, получено на основата на силикона (диметикон). Той се вкарва във вагината преди полов акт. При поставянето се използва вътрешна халка, която задържа презерватива дълбоко във вагината, а външната халка прилепва плътно и покрива устните по време на половия акт. След еякулация женският презерватив събира семенната течност, като предотвратява контакт с маточната шийка.

Контрацептивната ефикасност на женския презерватив се основава на качествата, посочвани и за другите бариерни методи, но е по-ниска от мъжките презервативи.

Лабораторните изследвания доказват, че женският презерватив е ефективна защита не само срещу спермата, но и срещу бактерии и вируси, включително ХИВ. Понастоящем той се предлага в много страни, но употребата му е ограничена поради високата цена. Безопасността и практичността при постоянно негово използване продължава да е обект на изследвания. Докато те

не приключат, не се препоръчва да бъде употребяван постоянно. Но като се има предвид многообразието от културни и социални навици, както и конкретните обстоятелства, при които редовното използване на женски презерватив е приемливо, практично и безопасно, и докато балансът между рискове и ползи се променя в зависимост от индивидуалните условия, окончателното решение за или против трябва да се взема на местно ниво.

Фиг. 7.2 Женски презерватив.



2.2. Показания

Латексовият презерватив трябва да се предоставя на всички желаещи, дори те да използват друг контрацептивен метод или да не са официални потребители на програмата. Официалното регистриране към програмата не трябва да е изискване за получаване на презервативи.

Презервативът е особено подходящ за двойки, които са решили да използват бариерни методи (виж раздел 1.1), а също когато:

- Мъжът желае да поеме отговорност за контрацепцията.
- Предпазването от ППИ, включително ХИВ, е необходимо или желано.

Други показания:

- Преждевременна еякулация.
- Увреждане на маточната шийка на жената.

2.3. Медицински критерии за избор

Категория 4

Противопоказания

Няма.

Категория 3

В допълнение към състоянията, които изискват особено внимание и са изброени в раздел 1.2, специфично за латексовите презервативи е да се изключи:

- Алергия или чувствителност към латекс.

2.4. Консултация и информация

Потребителите на презервативи трябва да получават подходяща консултация за подбора и използването на този метод, винаги когато е възможно и удобно за тях. Консултацията осигурява информиран избор и правилно използване на контрацептивното средство, но не означава задължително предоставяне на презервативи.

За избора на метода:

- Обсъдете с потребителя преимуществата и недостатъците на презерватива и на алтернативните методи за семейно планиране.
- Обяснете, че латексовите презервативи предпазват срещу ППИ, включително ХИВ.
- Обяснете също, че има случаи, когато презервативът не успява да предпази от бременност и/или ППИ, включително ХИВ, особено ако не се използва правилно при всеки полов акт.
- Обсъдете възможността партньорите да си сътрудничат при употребата на презерватив.

За използването на метода:

- Обяснете внимателно и много ясно правилното използване на презерватив. Ако е възможно, покажете модел на пенис, за да демонстрирате правилното му поставяне.
- Подчертайте, че при всеки полов акт трябва да се използва нов презерватив.

- Информирайте потребителите за наличието на спермициди, увеличаващи ефективността на презерватива.
- Насърчавайте ги да идват за съвет, ако имат съмнения или проблеми при употребата на презерватив.
- Посъветвайте двойката, че ако жената пропусне месечния си цикъл, е наложително да посети клиниката, за да се изключи бременност, както и да се осигури проследяващо наблюдение.

Виж също раздел 4.6, Инструкции към потребителя (във връзка със спермицидите).

2.5. Подбор на презерватив

- Предварително лубрифицирани презервативи в сравнение с нелубрифицираните. Ако вагиналната лубрификация не е достатъчна, без лубрификация на презерватива съществува по-голям риск от интравагинално разкъсване.
- Свръхтънките презервативи могат по-лесно да се скъсат. Ако скъсването вече е било проблем за двойката, предложете различен вид презерватив.

2.6. Инструкции към потребителя

Обърнете внимание колко важно е да спазват точно инструкциите за употреба и причините за това при всяка една стъпка (причините са отбелязани с курсив).

Важни правила за използване:

- Да поставят презерватива преди какъвто и да било генитален контакт, защото в противен случай може да се предаде сперма и/или инфекция.
- Да стиснат върха на презерватива между палеца и показалеца и да оставят около сантиметър и половина от латексовия материал в края на еректиралия пенис. Това ще създаде свободно пространство за събиране на семенната течност и ще намали риска от скъсване на презерватива.
- Да използват само спермициди и лубриканти, които се дават или препоръчват от програмата. Да не си служат за лубрикация с вазелин, минерално масло, лосиони и други продукти на маслена основа, тъй като те увеличават риска от скъсване. Употребата на ноноксинол-9 вече не се препоръчва за предпазване срещу ХИВ (виж раздел 4.1).

- След еякулация да извадят пениса от вагината, докато е още в ерекция и да задържат здраво с пръсти халката на презерватива в основата на пениса, така че презервативът да не се изхлузи и да не излее еякулата във влагалището.
- Ако презервативът се скъса по време на полов акт, се прилагат веднага спермициди (пяна или гел) и трябва да се помисли за спешно предпазване от бременност (виж гл. X – „Спешна контрацепция").
- Да боравят внимателно с презерватива, за да избягнат пробиването му. На това изискване да се обърне специално внимание, когато партньорите имат дълги нокти.
- За максимална ефективност се препоръчва заедно с презерватива да използват и спермицид.
- Да съхраняват презервативите на сухо и хладно място. Да не ги използват, ако изглеждат повредени или крехки, тъй като е вероятно да се скъсат.
- След еднократното използване на презерватива да го изхвърлят в кошче за отпадъци или в тоалетната, така че да се предотврати контакт с него на други хора и особено на деца.

След като изложите инструкциите си, накарайте потребителя да ги повтори пред вас със свои думи. Ако е необходимо, повторете ги и вие, като подчертаете моментите, които не са разбрани добре. Тази информация може да се даде и в писмен вид. Тя трябва да е представена така, че потребителят или някой негов близък (в случай че не може да чете) да могат лесно да я разберат.

2.7. Странични ефекти

- Страничните ефекти при използване на презерватив са редки.
- Някои клиенти са алергични към латексовия каучук или към лубриканта и спермицида, използвани с презерватива. Ако това се случи:
  - Препоръчайте смяна на модела или вида презерватив.
  - Ако клиентът използва презерватива със спермицид, препоръчайте презерватив без спермицид или пък с различен вид спермицид.
  - Ако потребителят е алергичен към латекс, в някои региони се предлагат неалергенни презервативи, изработени от пречистен каучук.
  - Предложете друг метод, ако проблемът продължава.

2.8. Управление на услугите

Съхранение, трайност, вземане на проби и тестване

- Трайността на складираните презервативи зависи от условията на съхранение. Безопасният срок на съхранение при горещи и/или влажни условия е не по-дълъг от 3-6 месеца. При хладни и сухи условия запечатаните презервативи имат трайност 3-5 години от датата на производство. Датата на производство или на изтичане на срока за годност обикновено е отпечатана върху опаковките на презервативите.
- Изискванията за съхранение са следните: хладна стайна температура, сухи условия, удобно и достъпно място далеч от пряка слънчева светлина.
- Презервативите трябва да бъдат пробвани поне два пъти в годината за повреда, като се преценява дали сред тях няма крехки, лепкави или обезцветени.
- Тестовете за водонепропускливост на презерватива се провеждат с преносимо оборудване и трябва да се използват:
  - ако визуалният оглед породи съмнение за качеството;
  - когато се съхраняват и разпределят големи количества презервативи.

Необходимо е мострите от наличните количества да се тестват редовно.

Предоставяне на презервативи

- Приемливите, но по-стари складови наличности трябва да се отпускат преди другите, с по-скорошна дата на производство.
- Когато е възможно, давайте на потребителя тримесечен запас от презервативи или желаното от него количество. Приблизителният тримесечен запас е 40 презерватива.

БЕЛЕЖКА: Програмите по СРЗ/семейно планиране полагат усилия да обучават всички потребители и общността като цяло, че презервативите изпълняват важна защитна роля срещу ППИ, включително ХИВ-инфекция.

3. Диафрагми

3.1. Определение

Диафрагмата представлява плитък каучуков купол с гъвкави ръбове. Когато се постави правилно във вагината преди полов акт, сводът ѝ покрива шийката на матката. Преди поставяне се намазва със спермицидeн крем или гел. Нейният контрацептивен ефект зависи отчасти от преградната ѝ функция между семенната течност и шийката на матката, отчасти от ролята ѝ като поставка за спермицида. Използвана правилно при всеки полов акт, диафрагмата е ефективен метод на контрацепция.

Съществуват четири вида диафрагми:

- *Плоска гъвкава диафрагма*, чиято гъвкава част е плоска метална лента.
- *Навита гъвкава диафрагма* със здраво нагъната телена част.
- *Дъгообразна гъвкава диафрагма* с комбинирана метална гъвкава част, която позволява ръбът да приеме по-скоро дъгообразна, отколкото плоска, нагъната форма.
- *Пръстен с широко уплътнение*, който се прилага в две разновидности – дъгообразна и навита гъвкава диафрагма. Последната е с гъвкав ръб, широк 1.5 см, закрепен за вътрешната страна на уплътнението. Целта на ръба е да задържа спермицида и да създава по-добро уплътнение между диафрагмата и вагиналната стена.

3.2. Показания

Ако е предложена в програмата, диафрагмата трябва да се предостави на всяка жена, която я поиска, след като получи подходяща консултация и се стигне до информирано решение.

Диафрагмата е особено подходяща за потребителка, която е решила да използва бариерни методи (виж раздел 1.1) и която:

- Иска свой метод на контрацепция (вместо да зависи единствено от партньора си, който употребява презерватив).
- Желае да отдели поставянето на контрацептива от момента на половия акт.
- В състояние е да изучи техниката на поставяне.
- Има достатъчно лично пространство в дома си за поставяне, отстраняване, поддържане и съхранение на диафрагмата.

- Разполага с условия като чиста вода и сапун, необходими за подходящо поддържане на диафрагмата.

3.3. Медицински критерии за избор

Категория 4

Противопоказания

Няма.

Категория 3

В допълнение към състоянията, посочени в раздел 1.2, използването на диафрагма изисква особено внимание към:

- Прекаран токсичен шок.
- Вагинални или маточни анатомични аномалии, които пречат за правилно поставяне или стабилно положение на диафрагмата (като пролапс на матката, слаб вагинален тонус или вагинално запушване).
- Висок риск от ХИВ-инфекция и СПИН.
- Алергия към латекс и чувствителност към спермициди. Неспособност на потребителката да постави диафрагмата и да почувства адекватно маточната шийка.

Категория 2

Необходима е предпазливост в следните случаи:

- Раждане в термин през последните 6-12 седмици. Диафрагмите са неподходящи, докато матката не възвърне напълно нормалната си форма.
- Раждали жени.
- Порок на сърцето с усложнения.
- Инфекция на пикочните пътища.

3.4. Консултация и информация

Потребителките трябва да получат диафрагмата заедно с подходящо консултиране за избора и използването на този метод.

За избора на метода

- Обсъдете преимуществата и недостатъците на диафрагмата и на алтернативните методи за семейно планиране. Информирайте потребителката за ефективността на метода и колко важно е той да бъде използван при всеки полов акт. Снемете или проверете анамнезата и продължете с индивидуализирана консултация, съобразяваща се с всяка тревога или въпрос на жената.

За използването на метода

Виж инструкциите в раздел 3.9 на настоящата глава.

- Информирайте потребителката как правилно да използва и поддържа диафрагмата и кое е подходящото време за проверка и подмяна. Тя трябва да знае, че ако пропусне менструация или ако има проблеми с удобството или употребата на метода, трябва да посети клиниката за съвет и помощ.
- Странични ефекти. Обяснете признаците за инфекция на пикочните пътища, токсичен шок или вагинит. Подчертайте необходимостта да се потърси помощ при появата на такива сигнали. Кажете, че нито един от партньорите не би трябвало да изпитва дискомфорт, когато диафрагмата е поставена правилно.
- Консултирайте жената за цикъла на фертилност, ако по време, когато овулацията е най-вероятна, двойката желае да използва презервативи като допълнителен метод.

3.5. Преценка на здравословното състояние

Виж раздел 1.3 на настоящата глава. Необходимо е да допълним, че преди предоставянето на диафрагма винаги трябва да се провежда гинекологично изследване, за да се изключат състоянията, които изискват внимателно обмисляне при избора и използването на този метод.

3.6. Подбор на диафрагма

Дъгообразна гъвкава диафрагма

- Много жени смятат дъгообразната гъвкава диафрагма за удобна и подходяща.
- Тя позволява сигурно и правилно поставяне на задния ръб, точно зад маточната шийка.

- На жени с наклонена назад матка, с подчертано наклонена напред матка или с много дълга, твърда, нераждала маточна шийка по-лесно се поставя дъгообразната гъвкава диафрагма, отколкото навитата или плоска диафрагма.
- Дъгообразната гъвкава диафрагма може да бъде полезна за жени с цистоцеле или лек пролапс.

Навити и плоски гъвкави диафрагми

- Всяка от тях е уместна за жени, които намират дъгообразната гъвкава диафрагма за неудобна или имат прекомерно твърд вагинален тонус.
- Плоската гъвкава диафрагма е полезна, ако жената е с плитък свод зад лонната симфиза, а нагънатата – ако жената е с дълбок свод.
- Нагънатата гъвкава диафрагма трябва да се използва единствено ако няма маточно изместване; плоската може да се използва при наклонена напред матка.

3.7. Кой може да предоставя диафрагми

Подходящо обучени лекари, акушерки, медицински сестри и други здравни работници могат да предоставят този метод в съответствие с местните закони и разпоредби.

3.8. Оразмеряване на диафрагмата

Подходящ размер диафрагма (съществуващите са с размери между 50 до 95 мм) трябва да се избере от специално обучен за тази процедура персонал. Оразмеряването се извършва по всяко време на менструалния цикъл.

- Преди оразмеряване извършете внимателен гинекологичен преглед, за да изключите някаква тазова патология или състояние, изискващо внимателно обмисляне.
- За оразмеряване и за практически цели използвайте предоставените комплекти диафрагми.

Процедура по оразмеряване на диафрагмата

Изборът на вида диафрагма зависи от дълбочината на вагината, от вагинално-мускулния тонус и от позицията на матката.

БЕЛЕЖКА: Ако жената смята, че поставянето изисква апликатор за диафрагма (макар че такъв рядко е необходим), трябва да се използва нагъната или

плоска диафрагма. Положението на диафрагмата трябва все пак да се провери с ръка.

- Направете приблизителна оценка за необходимия размер чрез мануално измерване на разстоянието между задния свод на вагината и тазовия ръб:
  - Вкарайте показалеца и средния пръст във вагината, докато средният пръст стигне горната задна стена на вагината.
  - С върха на палеца отбележете точката, където показалецът докосва срамната кост. Разстоянието между върха на средния пръст и палеца дава нужния диаметър на диафрагмата.
- Поставете диафрагмата между лонната симфиза и задния свод на вагината (cul de sac – "задънената улица"). Диафрагмата трябва да покрива както маточната шийка, така и горната предна стена на вагината, като докосва и двете странични вагинални стени.
- Изберете най-големия размер диафрагма, който е удобен за потребителката и се побира в срамната кост. Тя не би трябвало да усеща диафрагмата, след като е поставена на мястото:
  - Ако диафрагмата е прекалено голяма, може да предизвика дискомфорт, да се изкриви или размести.
  - Ако не е достатъчно голяма, може да се размести и да не покрие цервикалния отвор.

Обучение на жената за използване на диафрагма

След като изберете подходящ вид и размер диафрагма, обяснете на жената как да усеща маточната шийка под свода на диафрагмата ("усеща се като върха на носа V") и как да проверява дали положението на предния ръб е достатъчно зад лонната симфиза (фиг. 7.3).

Дайте ясни инструкции за поставянето и отстраняването на диафрагмата и нанасянето на спермицид (виж по-долу). Обучете жената да постави диафрагмата покрай задната вагинална стена, като насочва сгънатата диафрагма към гърба, а след това да натисне с върха на пръста предния ръб нагоре и зад тазовата издатина.

- Инструктирайте я как да отстранява диафрагмата, като сложи пръст върху най-близкия (преден) ръб и я издърпа надолу и навън. Като алтернативен метод може да се използват два пръста, с които да хване ръба и го издърпа.

- Ако има възможност, използвайте пластмасов прозрачен модел на таза, за да демонстрирате правилния начин на поставяне и наместване.

Осигурете подходящо място, където потребителката да може да се упражнява. Подскажете ѝ практично и удобно положение на тялото при поставяне като например да заеме позиция с единия крак нагоре, клекнала или легнала. След като жената постави сама диафрагмата, проверете правилното ѝ положение и я оразмерете.

Предпишете точния размер и вид на диафрагмата, която жената ще може да носи удобно, да поставя и отстранява успешно. Осигурете необходимите запаси от спермицидeн гел или крем.

Фиг. 7.3. Усещане на маточната шийка през диафрагмата.



3.9. Инструкции към потребителката

Кога да се поставя диафрагмата

По всяко време преди полов акт.

Използване на диафрагмата

- Преди всяко използване върху диафрагмата трябва да се нанесе най-малко една супена лъжица спермицид. Допълнителен спермицид се използва и при всеки полов акт. Ако диафрагмата е била поставена повече от 2 часа преди полов акт, препоръчително е преди това да се приложат допълнителни спермициди.

- Преди полов акт жената трябва да проверява дали маточната шийка е покрита и дали ръбът е поставен удобно и плътно зад срамната кост.
- Тя не трябва да отстранява диафрагмата поне 6 часа след последния полов акт, но не повече от 24 часа след поставянето.

Почистване, преглеждане и съхранение на диафрагмата

- Диафрагмата трябва да се измива с мек сапун и топла вода и да бъде подсушавана. За поръсването ѝ може да се използва прахообразно вещество (нишесте). Да се съхранява в собствената си опаковка, далеч от топлина. Нужно е потребителката редовно да проверява дали не е пробита, като я преглежда срещу светлина.
- Върху диафрагмата не бива да се нанасят вазелин, дезинфектанти, детергенти или парфюмирани сапуни.

Подмяна на диафрагмата

- Диафрагмата се подменя след 2-годишна употреба.
- Ако жената е родила, увеличила е или е загубила от теглото си (с 3-7 кг или повече), трябва да се извърши повторно оразмеряване, за да е сигурно, че диафрагмата е подходяща.

Напомнете на двойката, че ефективността на диафрагмата зависи от използването ѝ при всеки един полов акт.

Проследяващо наблюдение

Назначете следващо посещение след 1-2 седмици за повторна проверка на размера и правилната употреба. Напомнете на жената, че трябва да е носила диафрагмата поне 8 часа преди идването ѝ в клиниката.

След като изложите инструкциите си, накарайте потребителката да ги повтори пред вас със свои думи. Ако е необходимо, повторете казаното от вас, като наблегнете на онова, което не е разбрано добре. Предложете листовка с отпечатани инструкции и илюстрации.

3.10. Последващи грижи

- Проведете обичаен преглед 1-2 седмици след оразмеряването, за да проверите употребата и размера.
- По време на прегледа съставете план за годишна проверка.

- Насърчете потребителката да идва при вас по всяко време, при възникване на странични ефекти, увеличаване или загуба на тегло с повече от 4-5кг или ако не е доволна от метода.

3.11. Странични ефекти

Използването на диафрагма рядко предизвиква странични ефекти, но все пак се появяват:

- Инфекция на пикочните пътища (ИПП).

Лечение: Лекувайте ИПП или насочете потребителката към специалист. По време на лечението тя трябва да прекрати използването на диафрагмата. Преценете дали размерът ѝ не е прекалено голям и ако е така, изберете по-малък. Докато трае лечението, осигурете заместващ контрацептивен метод.

- Локално възпаление, причинено от чувствителност или алергия – обикновено към спермицида, използван с диафрагмата.

Лечение: Заменете го с друг спермициден продукт, който има различни активни съставки. Ако проблемът продължава, предложете друг метод на контрацепция.

- Дискомфорт на партньора или потребителката (спазми, тежест/напрежение в пикочния мехур или ректума) поради механичен контакт или натиск от ръба на диафрагмата.

Лечение: Сменете размера на диафрагмата или вида на ръба, ако потребителката желае да продължи метода.

- Ако диафрагмата е оставена във вагината по-дълго от 24 часа, може да се появят вагинално течение и миризма.

Лечение: Успокойте потребителката и препоръчайте хигиенни мерки, ако няма вагинит. Осигурете конкретно лечение или пренасочване към специалист, ако симптомите се появят повторно или ако са налице някакви вагинални организми.

- Вагинално увреждане, причинено от ръба на диафрагмата.

Лечение: Жената трябва временно да прекрати използването ѝ. Осигурете заместващ контрацептивен метод. Проверете отново размера на диафрагмата. Употребата може да продължи, когато увреждането зарасне.

- Увреждане на предната вагинална стена, причинено при отстраняване на диафрагмата.

Лечение: Използването на диафрагмата трябва да се преустанови, докато увреждането зарасне. Осигурете заместващ контрацептивен метод. Проверете техниката на отстраняване, която потребителката използва, и дължината на ноктите ѝ.

3.12. Мениджмънт на услугите

Съхранение и трайност

Трайността на съхраняваните диафрагми е ограничена до 3-5 години. Качеството на латекса се влияе от ултравиолетовите лъчи и топлината, следователно – проверявайте състоянието на диафрагмите на всеки 6-9 месеца, както и преди предоставянето им на потребителките.

Доставки

Приблизително 2 туби гел са необходими на всеки 3 месеца. Една туба служи за около 25 нанасяния, т.е. на година се изразходват 6-8 туби.

Необходимо оборудване за оразмеряване на диафрагмите

- Стерилни или дезинфекцирани мостри на диафрагми от всички размери.
- Стерилен гел или преварена/дезинфекцирана вода за лубрифициране на диафрагмите по време на оразмеряването.
- Нестерилни ръкавици (ръкавиците за многократна употреба трябва да се стерилизират или дезинфекцират за всяка отделна потребителка).

Поддръжка на оборудването за оразмеряване

Тя се отнася за диафрагмите и/или халките, които се използват за оразмеряване и обучение на потребителките за правилно използване на метода.

- Обеззаразяване чрез потапяне в 0.5% хлорен разтвор за 10 минути.
- Измиване с детергент и вода, за да бъдат отстранени органични материи. За целта трябва да се използват удобни ръкавици.
- Изсушаване преди поставяне в дезинфекционен разтвор.
- Дезинфекциране чрез потапяне в 0.1% хлорен разтвор за 20 минути. Може да се направи алтернативна дезинфекция чрез изваряване, но тя

намалява срока на годност на диафрагмите и/или халките за оразмеряване.

- Изсушаване на въздух или с кърпа, последвано от съхраняване в чист съд.

Когато разполагате с автоклав, комплектите за оразмеряване трябва да бъдат стерилизирани на пара, след като бъдат обеззаразени и измити.

Обучение

Предоставянето на диафрагми в клиниките за семейно планиране трябва да става само когато те разполагат със специално обучен персонал. Решението дали е необходимо обучение на персонала трябва да се вземе от програмния мениджър, доколкото конкретният метод се прилага.

4. Спермициди

4.1. Определение

Спермицидите са химични вещества, които дезактивират и убиват спермата. В известна степен те създават и бариера над шийката на матката. Най-важните спермицидни вещества, действащи като сърфактанти, са ноноксинол-9, октоксинол, менфегол и бензалкониев хлорид.

Различни видове носители на спермициди са кремове, гелове, супозитории, разпенващи се таблетки или аерозолна пяна.

Спермицидите, използвани самостоятелно, имат слаба контрацептивна ефикасност, но тя се повишава, когато се използват в допълнение към други бариерни методи. Няма доказателства, че спермицидите, включително ноноксил-9, осигуряват защита срещу ХИВ и ИППП. Обратното, съществуват данни, че честата употреба на ноноксил-9 (два пъти дневно или повече) по-скоро увеличава, отколкото намалява рисковете от заразяване с ХИВ, вероятно поради възпалението на вагиналната и цервикална лигавица. Ето защо спермицидите не се препоръчват за защита срещу ХИВ или други ИППП.

Предоставящите услуги трябва да познават характеристиките и разликите между видовете и моделите спермициди, с които разполага програмата, за да дават подходящи съвети на потребителите.

4.2. Показания

Спермициди трябва да се предоставят на всяко лице, което иска да ги използва като контрацептивен метод, включително на хора, които не са редовни потребители на програмата. Официалното регистриране в програмата не трябва да е изискване за тяхното получаване. Спермицидите са подходящи за двойки, които са решили да използват бариерен метод и които:

- Мотивирани са да използват спермициди по ефективен начин.
- Естествената фертилност на жената е намаляла поради възраст или кърмене.
- Една възможна бременност не би подложила на висок риск здравето на жената.
- Желаят да използват спермициди в съчетание с диафрагма или презерватив.

Виж също раздел 1.1 на настоящата глава.

4.3. Медицински критерии за избор

Категория 4

Противопоказания

- Потребители с висок риск от ХИВ-инфекция.
- Потребители, които са ХИВ-позитивни.
- Потребители, болни от СПИН.

Категория 2

Спермициди обикновено могат да се използват – но предпазливо – при следните обстоятелства:

- Трябва да се отчита ниската ефективност на спермицидите, ако при неуспех на метода може да се стигне до високорискова бременност.
- Чувствителност към спермициди.
- Рак на маточната шийка.

4.4. Консултация и информация

Осигурете подходяща консултация и информация за избора и използването на този контрацептивен метод.

За избора на метода

Жената или двойката трябва да бъдат информирани за преимуществата и недостатъците при използването само на спермициди, включително за:

- Повишения риск от бременност в сравнение с други методи.
- Правилното използване и поддържане на спермицидите, а също необходимостта да се изчака при употребата на супозитории и таблетки.

За използването на метода

Виж раздел 4.6 по-долу.

4.5. Избор на спермициди

- Когато спермицидите се използват като единствен метод на контрацепция, се препоръчва пяна. Аерозолната пяна действа непосредствено след прилагането; тя изисква употреба на апликатор.
- Разпенващите се супозитории и таблетки са удобни за носене и съхранение, но изискват изчакване 10-15 минути след поставянето, преди половия акт.
- Топящите се супозитории също изискват 10-15 минути интервал на изчакване.
- Контрацептивният гел обикновено се използва с диафрагми.

Никога не препоръчвайте и не дръжте в складова наличност спермициди, съдържащи живачни съставки.

4.6. Инструкции към потребителя

- Важно е спермицидът да се използва преди всеки полов акт.
- Необходимо е 10-15 минутно изчакване, след като бъдат поставени разпенващи се таблетки или супозитории. Интервал на изчакване няма за кремовете и геловете.
- Важно е да се спазват препоръките на производителя за употребата и съхранението на всеки отделен продукт (например разклащане на аерозолната пяна преди пълнене на апликатора).
- Необходимо е ново нанасяне, ако половият акт се осъществи повече от час след първоначалното нанасяне.

- Важно е спермицидът да се нанесе правилно – дълбоко във вагината, така че маточната шийка да е добре покрита.
- В случай че менструацията на жената не настъпи навреме, тя трябва да посети клиниката, за да се изключи възможност за бременност.

След като изложите инструкциите си, накарайте потребителката да ги повтори пред вас със свои думи. Ако е необходимо, повторете казаното, като наблегнете на онова, което не е разбрано добре. Предложете листовка с напечатани инструкции и илюстрации.

4.7. Странични ефекти

Страничните ефекти при използване на спермициди са редки и леки:

- Локално възпаление, причинено от чувствителност или алергия.

Лечение: Сменете спермицида с продукт, който има различни активни съставки. Ако проблемът продължава, предложете друг контрацептивен метод.

Твърденията за вродени аномалии при раждане поради неуспех на спермицидния метод не са потвърдени от достатъчно научни изследвания.

4.8. Мениджмънт на услугите

Съхранение и трайност

- Спазвайте трайността на съхраняваните спермицидни продукти до датата, означена от производителя върху всеки продукт. Приблизителната трайност от датата на производство е 5 години.
- Тествайте мострите от съхраняваните количества на всеки 6-9 месеца:
  - За разпенващите се таблетки – да се провери дали не е проникнала влага в опаковката.
  - За аерозолната пяна – да се провери дали устройството функционира.

Доставки

Когато е възможно, дайте на потребителите тримесечен запас или исканото от тях количество. Тримесечният запас е 1 бутилка пяна, 2 туби крем или гел, или 40 разпенващи се таблетки.



8 ДОБРОВОЛНА МЪЖКА И ЖЕНСКА ХИРУРГИЧНА СТЕРИЛИЗАЦИЯ

1. Въведение

1.1. Определение

Доброволната мъжка и женска стерилизация (позната още като тубектомия, оклузия на тръбите, лигатура на тръбите или хирургическа контрацепция и вазектомия) е между най-ефективните методи за контрацепция, достъпни за жени и мъже, които не желаят да имат повече деца. Стерилизацията е също така и най-безопасният метод, има ниско ниво на смъртност и степен на усложнение както за мъжете, така и за жените. Процедурата на стерилизация блокира или семенните канали (vasa deferentia), или яйцепровода (фалопиевите тръби), за да попречи на спермата и яйцеклетката да се съединят. Макар в България този метод да не се практикува (възможно е да бъде прилаган по медицински показания) и да не е обект на законови разпоредби, добре е да предложим информация както за него, така и за други непопулярни методи (вж. Инжекционна контрацепция и Субдермални импланти). Това допълва картината и подготвя специалистите и предоставящите услуги в съответствие с международните стандарти.

1.2. Общи бележки

Стерилизация трябва да бъде предоставяна на всеки клиент от мъжки или женски пол, който е достигнал желания брой деца в семейството си и иска да използва този метод. Към прилагането му може да се пристъпи след подходящо консултиране и постигане на информирано решение.

ЗАБЕЛЕЖКА: Някои сложни и необратими психиатрични или неврологични заболявания са несъвместими с бащинството (майчинството) и могат да доведат до молба за стерилизация, при която пациентът не е в състояние да даде своето съгласие. В такива случаи е нужно писмено мнение от квалифициран консултант и трябва да се води документация, която включва и обсъдените алтернативи на стерилизацията.

1.3. Предоперативен преглед

Предоперативният преглед цели:

- **Да осигури чрез консултиране и информация:**
  - Клиентът да вземе доброволно и информирано решение без принуда от страна на роднини или на извършващия услугата.
  - Установяване на всички немедицински фактори, които по-късно могат да предизвикат съжаление и неудовлетвореност (например ако

пациентът е прекалено млад, има малко или никакви деца, връзката му е нестабилна или не е сигурен в решението си).

- Чрез медицинско оценяване да определи:
  - Дали лицето е годно за стерилизация.
  - Дали съществуват някакви условия, които биха могли да повишат рисковете от процедурата.
  - Най-уместния хирургически подход, анестетичен режим и подходящия вид здравно заведение.

Когато законите и наредбите позволяват, стерилизацията трябва да е достъпна, ако е най-подходяща за индивида. Програмите не бива да използват критерии, основани на възраст, аналогии или семейно положение, а да са съобразени с конкретните потребности на всеки отделен човек.

Ако се налага стерилизацията да бъде отложена (например при медицинско състояние, изискващо оценка или лечение), причините трябва да се обяснят на потребителя и да са документирани писмено. Той трябва да бъде насочен към временни методи за контрацепция и да се включи в план за стерилизация с по-късна дата.

1.4. Консултиране и информация

Всички потребители, желаещи стерилизация, трябва да бъдат консултирани за избора на метода.

- Консултирайте и двамата, ако е възможно.
  - Нужно е да се обмисли кой от двамата в двойката ще бъде стерилизиран и да им се окаже подкрепа, докато стигнат до твърдо и основателно решение. Ако при единия от партньорите съществуват здравни рискове, те трябва да бъдат отчетени.
  - Фактор, заслужаващ внимание при обсъждане на стерилизация, е наличието на няколко цезарови сечения в гинекологичната история на жената. Ако тя е бременна, стерилизацията може да се извърши при следващото цезарово сечение.
  - Създайте възможност за индивидуално консултиране.
- Окуражете потребителите да задават въпроси и да изразят всичките си притеснения, така че да не остане нищо неизяснено. Например те трябва да разберат, че стерилизацията не влияе на физическото или психичното здраве или на нормалното сексуално поведение.

- Обсъдете ясно следните въпроси с всекиго, като се съобразявате с неговия/нейния произход и схващания:
  - *Съществуват алтернативни временни методи за семейно планиране.* Те трябва да са достъпни за всеки, така че да може да избира между временни и постоянни методи. Информацията за тях задължително да включва ефективност, ползи, рискове и странични ефекти на всеки метод.
  - *Процедурата е хирургическа.* Запознайте потребителя с детайлите ѝ. Той трябва да разбере: а) вида процедура, която ще бъде извършена; б) къде ще бъде извършена; в) каква упойка ще бъде използвана; г) как ще се чувства след процедурата; д) възможните неприятни усещания по време на хирургическата намеса; е) ще се наложи ли да плаща за услугата.
  - Въпреки че стерилизацията е съвсем безопасна процедура, *съществува известна възможност от усложнения*, свързани с анестезията и операцията.
  - *Процедурата има свои предимства:* ще бъдат прекратени следващи раждания; ще се избегнат по-нататъшни рискове, свързани с бременността, както и постоянните неудобства или рискове, предизвикани от временните дългосрочни методи за контрацепция.
  - *Съществува риск от провал*, въпреки че стерилизацията е много ефективен метод за контрацепция.
  - *Предполага се, че резултатите са постоянни* – след хирургическата намеса потребителят вече няма да може да има деца (виж още раздел 1.11).
  - *Изборът на стерилизация трябва да е доброволен*, свободен и по никакъв начин да не бъде правен чрез принуда или измама. Дайте възможност за обсъждане и допълнително проучете случая, ако има каквото и да е съмнение, че потребителят избира операцията не по свое собствено желание.
  - *Той има право да промени решението си във всеки един момент преди операцията.* Евентуалната принуда трябва да бъде предотвратена и възможността решението да се преразгледа помага да бъдем сигурни, че изборът на потребителя е доброволен. Когато условията позволяват, препоръчва се няколкодневно изчакване, въпреки че то не би трябвало да е задължително изискване, особено ако решението на потребителя е твърдо.
  - *Стерилизацията не предпазва от ХИВ и други инфекции, предавани по полов път (ППИ).* Двойките, които са подложени на риск от такова

заразяване, трябва да бъдат насочени към ползване на презервативи.

1.5. Информирано съгласие

Информираното съгласие за стерилизиране се изразява от индивида и е основано върху упражняването на свободен избор, при пълно разбиране на естеството и последствията от хирургическата процедура. Такова съгласие трябва да бъде получено само след подходящото консултиране, изтъкнато по-горе.

Основна етична отговорност на екипа за стерилизация е да бъде сигурен, че индивидът дава зряло, информирано, доброволно и свободно от натиск съгласие за операцията и че той или тя има законно основание да даде такова съгласие.

От всички потребители, желаещи стерилизация, трябва да се вземе писмено информирано съгласие с цел:

- Да се документира информираният и доброволен избор.
- Да служи като законно разрешение за стерилизацията.

Подписи:

- Формулярът трябва да бъде подписан от пациента, който ще бъде подложен на стерилизация.
- Пред неграмотни лица формулярът трябва да бъде прочетен високо и да бъде обяснен. Пръстов отпечатък или знак на пациента може да замести подписа. Препоръчва се да има подпис и на грамотен свидетел.
- Хирургът или назначеният асистент също трябва да подпишат документа. С този подпис специалистът показва, че е установил доброволния избор на потребителя да се подложи на стерилизация.

Език:

- Термините и изразите, използвани във формуляра за съгласие и по време на консултирането, трябва да бъдат разбирани лесно от пациента. Избягвайте сложни медицински и правни формулировки.
- В местата, където се говори повече от един език, формулярите трябва да бъдат преведени на обичайните за региона езици. Когато е възможно, трябва да присъства персонал, който говори тези езици. Ако не е възможно, използвайте преводачи.

1.6. Медицинска преценка

За всеки пациент се попълва медицински картон, за да се документират всички важни елементи от историята му, а също физическите и лабораторните изследвания.

- *Анамнеза (медицинска история).* Към личните и семейни данни, включително брой деца и използваните методи за семейно планиране, трябва да бъде добавена следната информация:
  - Минали и настоящи болести и други състояния, които биха могли да създадат риск за операцията, включително захарен диабет, сърдечни болести, хипертония, белодробни заболявания като астма или бронхит, бъбречни заболявания, инфекции на пикочо-половата система, полово предавани инфекции, анемия, хемофилия, епилептични пристъпи или психиатрични заболявания и всякакви други настоящи болести или инфекции.
  - Предишни операции, анамнеза за проблеми с анестезията, ограничения на активността, зависимост от наркотици и анамнеза за противотетанична имунизация.
  - Алергии, включително и лекарствени взаимодействия.
  - Настоящо лечение.
- Физически и лабораторни изследвания. Физическият преглед, описан в раздел 2.6 (Мъжка стерилизация) и раздел 3.6 (Женска стерилизация), се извършва винаги преди хирургически процедури. Като цяло лабораторните изследвания не са задължителни, но трябва да бъдат направени, ако се налагат от анамнезата или физическия преглед.

Рутинен преглед за ХИВ не се изисква. При всички хирургически операции трябва да бъдат съблюдавани съответните процедури за превенция на инфекциите.

1.7. Анестезия

Местната упойка е предпочитан метод за всички видове стерилизационни процедури. Обща, спинална или епидурална анестезия се използват рядко.

1.8. Хирургически правила за осигуряване на безопасност

- Хирурзите и персоналът трябва да са добре обучени в техниките, които използват, както и в ранното разпознаване и бързото справяне с усложнения.

- Нужно е да се спазват одобрените медицински и хирургически ръководни принципи и процедури.
- Хирургът да се въздържа от лекуване на други патологични смущения по време на рутинна стерилизация, освен ако това не е било предварително планирано и се извършва в добре оборудвано заведение. Изключение може да се направи, когато се налага спешно лечение.
- Мерките за предотвратяване на инфекции трябва да се спазват стриктно (виж раздел 15 – Контрол за предотвратяване на инфекции).
- Преди началото на хирургическата процедура всички инструменти и оборудване да са в добро работно състояние.
- Заведението трябва да е добре снабдено с лекарства и оборудване, за да се справя със животозастрашаващи ситуации и други спешни случаи.

1.9. Следоперативни инструкции

Осигурете писмени следоперативни инструкции за грамотни и неграмотни пациенти на език, който разбират лесно, и/или чрез диаграми и схеми.

Прегледайте всяка точка устно с потребителя, преди да е напуснал заведението. Обсъждането да обхваща:

- Как да се грижи за раната.
- Как да използва дадените следоперативни лекарства.
- Съвет да почива в дома си до края на деня.
- За какви предупредителни симптоми да внимава и какво да направи при всеки от тях.
- Кога да започне отново нормалните си дейности, включително полови сношения.
- Къде да отиде и към кого да се обърне за спешна помощ.
- Кога и къде да се яви за допълнителен преглед.

1.10. Усложнения

- Значителни усложнения настъпват при по-малко от 1% от всички вазектомии и оклузии на тръбите. От изключителна важност са ранното им разпознаване и бързото подходящо лечение.
- Всички значителни или незначителни усложнения и мерките за тяхното лечение трябва да бъдат записани в медицинския картон на пациента.

- Ако в местната програма за стерилизация са допуснати необичайно много случаи на усложнения (например инфекции на раните), трябва да се проведе разследване, за да се установи причината и да се проведат корективни действия.
- Виж раздели 2.12 и 3.13 в настоящата глава за повече подробности при усложненията, специфични за мъжката и женската стерилизация.

1.11. Обратимост (реверзибилност, възстановяване на фертилитета)

- *Стерилизацията трябва да се смята за постоянна.* Няколко фактора влияят за успешно постигната обратимост, но в определени случаи тази операция не е възможна или не се препоръчва.
- *Процедурата за обратимост е по-сложна от стерилизацията.* Ако има молба за обратимост, потребителят трябва да бъде насочен към съответното ниво на здравните грижи.
- Тъй като след процедура за обратимост се увеличава рискът от вътрематочна бременност, *жени, подложили се на такава процедура, трябва да бъдат наблюдавани отблизо.* Предупредете ги, че една бъдеща бременност носи по-висок риск да е извънматочна и на потребителката е нужна медицинска помощ, ако забременее или подозира забременяване.

1.12. Мениджмънт на услугите

Площ и оборудване

- За извършване на стерилизационни операции са нужни следните помещения:
  - Чиста чакалня или място за приемане на нови пациенти, както и на дошлите за следоперативен преглед . Обстановката трябва да е съобразена с местните обичаи и да предлага възможност за информиране и обучение. Подходящо е да се закачат плакати, илюстриращи различните методи за семейно планиране.
  - Място за консултации, по възможност самостоятелно и удобно за поверителен разговор.
  - Стая за предоперативни и следоперативни прегледи.
  - Чиста хирургическа площ, изолирана както отвън, така и от хората в клиниката.
  - Помещения, разположени непосредствено до хирургическата площ, в които персоналът може да се мие и преоблича.

- Стая за почистване, стерилизиране и дезинфекциране на хирургическите инструменти и материали или за тяхното получаване от другаде.
- Стая за възстановяване и място за почивка на пациенти, преминали операцията.
- Помещение за лабораторна дейност или за материали при използване на външни услуги (например за кръв, урина и пр.).
- Място за съхранение на архива.
- Тоалетна и баня за посетителите.
- Перална или достъп до перална.

ЗАБЕЛЕЖКА: Някои от гореспоменатите дейности могат да се вършат в едно помещение.

Посочените изисквания най-често се изпълняват в болница или в постоянно действаща клиника. Други заведения задоволят тези критерии при специфични обстоятелства и в зависимост от местните нужди.

- Когато стерилизационната процедура не се извършва в болница:
  - Заведението трябва да има връзки с институция, която може да осигури приемане по спешност и справяне с хирургически усложнения.
  - Заведението, където е проведена операцията, трябва да разполага със средства за бързо транспортиране на пациента до съответната институция.
- Местна упойка:
  - Lidocaine (lignocaine)
- Оборудване за спешни ситуации, задължително за всяко заведение, предлагащо стерилизация:

За стерилизация на мъже и на жени:

- Всмукателен апарат със събирателни тръби и два филтъра/сифона.
- Маски за дишане през устата и през носа (по два размера от всяка).
- Един мануален кислороден апарат или апарат за обдишване.
- Лекарства за спешни случаи, например епинефрин (адреналин) и антихистамин за овладяване на различни реакции.

Само за стерилизация на жени:

- Маска за анестезия и самонадуваем плик с дюза за кислород.
- Кислородна бутилка с вентил, измервател на изтичането, тръби и маска.
- Интравенозни разтвори, например декстроза и набори с игли голям калибър.
- Инструменти за венесекция.
- Стерилен набор за лапаротомия при спешни случаи.
- Ларингоскоп и ендотрахиални тръби (подходящи само когато има обучен персонал).
- Допълнителни лекарства за спешни случаи като атропин, налоксон, физостигмин и калциев хлорид за овладяване на различни реакции на пациента към анестезия и други медикаменти.

Гореспоменатото оборудване трябва да е в наличност и готово за употреба по време на всички стерилизационни процедури. Необходимо е специален човек в клиниката да отговаря за стерилизирането на инструментите за спешни случаи, които да са в изправност и готови за употреба преди всяка операция.

Хирургическият екип следва да е добре обучен и да използва ефективно оборудването при спешни случаи.

Политика на поведение и ръководни принципи

- Всяка програма, предлагаща стерилизация, прилага своя политика на поведение и ръководни принципи в здравното заведение. Те трябва да съответстват на местните закони и наредби, свързани със стерилизацията.
- Нужно е да се водят хирургични и анестезиологични протоколи, специфични за използваните техники, както и протоколи за наблюдение на пациента и справяне с усложненията.
- Препоръчва се в заведението да се поставят плакати, илюстриращи ръководните принципи за контрол на хигиената и избягване на инфекции.
- Програмата трябва да разполага с механизъм, който да гарантира, че целият лекарски и сестрински персонал разбира и спазва практиките, изложени в ръководните принципи.

Клинични досиета

Всички аспекти от предоперативната оценка, вида процедура, техниката на оклузия, анестезията, оперативните открития, следоперативните посещения и доклади за каквито и да било усложнения и тяхното лечение се записват в достъпно клинично досие за всеки пациент. То трябва да се съдържа и формуляра за информирано съгласие.

Мобилни екипи

Мобилните екипи се състоят от обучени специалисти, които периодично посещават отдалечени места, за да извършват стерилизации в постоянни здравни заведения, които нямат квалифициран персонал за тази операция. Ако такива заведения липсват, екипът може да извършва операциите във временна медицинска обстановка, например в училища или обществени сгради, като отделя изключително внимание на безопасността, спазва медицинските стандартите и работи в съответствие с местните наредби.

- Мобилните екипи се състоят от най-добре обучения, квалифициран и опитен персонал както за хирургическите процедури, така и за консултациите.
- Нужно е да се вземат подходящи мерки за предпазване от инфекции.
- Осигуряването на грижи след операцията е неделима част от предоставяната услуга.

Връзки с други институции

- Необходима е система за връзки с други институции при спешни случаи, усложнения и медицински проблеми. Ако е нужно, трябва да се получи писмено съгласие за приемане и препращане към съответните лечебни звена.
- При програми, в които не се предлага стерилизация, са потребни процедури за пренасочване.

Хирурзи

Заведенията, извършващи стерилизации, трябва да наемат добре обучени, квалифицирани хирурзи, които имат опит със стандартните техники на стерилизация, описани в настоящето ръководство. Още в обявите за работа да се изтъкват необходимите изисквания.

Натоварване

Хирургическият екип да ограничава броя на извършваните процедури, така че количеството на услугите да не пречи за тяхната безопасност и качество.

Застъпничество

Вазектомията е лесен, безопасен и ефективен метод. Програмите трябва да опровергават едно погрешното схващане, което пречи този метод да бъде приет и да се популяризира използването му.

Нужно е програмите за стерилизация на жени да популяризират следните дейности: оказване на безопасни и удобни следродилни стерилизационни услуги; стерилизационни услуги след аборт; интервални стерилизационни услуги (виж раздел 3.7). Те трябва да подкрепят също услугите, свързани с майчинството, да предлагат следродилни консултации за стерилизация и други методи за контрацепция, както и незабавна послеродилна стерилизация.

Обучение

- За обучението на нов персонал да се използва писмена програма, която обхваща стерилизационните техники, консултирането, грижите за пациента, справянето с усложнения.
- Подготовката на работещия екип трябва да се оценява периодично и да се провежда нужното обучение.
- Всички членове на хирургическия екип трябва да бъдат включени в програмата на обучение (лекари, медицински сестри, акушерки).

2. Мъжка доброволна хирургическа стерилизация

2.1. Определение

Стерилизацията на мъже, или вазектомията, е прекъсване на мъжката репродуктивна способност с цел трайно прекратяване на фертилитета. Това се извършва чрез лесна, безопасна, евтина и общоприета операция, която може да бъде извършена в амбулаторни условия. При вазектомията всеки семепровод (vas deferens) бива запушен или прекъснат, така че сперматозоидите не попадат в еякулата.

Вазектомията е един от най-ефективните методи за контрацепция. Когато е извършена правилно, допуска неуспех само 0,1 % бременност на 100 партньорки през първите 12 месеца.

2.2. Показатели

Към общите показатели за стерилизация (раздел 1.2.) следва да се добави, че вазектомията е доброволен метод и в случаите, когато процедурата създава медицински риск за партньорката на мъжа.

2.3. Медицински критерии за избор

Критериите на Световната здравна организация (СЗО) създават специфична класификация за хирургическата стерилизация, която се различава от другите методи за контрацепция, защото няма условие, което перманентно да забранява на потребителя доброволното прилагане на този метод. Медицинските съображения се състоят в съизмерване на рисковете при стерилизация с рисковете от непланирана бременност. Някои условия обаче са индикатор, за да се вземат определени предпазни мерки или процедурата да се отложи.

Условия, които изискват изключителна предпазливост (категория С от класификацията на СЗО). По принцип процедурата се извършва в стандартна обстановка, но е нужна допълнителна подготовка и предпазливост при:

- Предишна травма на скротума.
- Млада възраст.
- Голямо варикоцеле.
- Голямо хидроцеле.
- Крипторхизъм.
- Диабет.
- Депресивни смущения.

Състояния, които изискват отлагане на стерилизационната процедура (категория Д от класификацията на СЗО). Докато състоянието се оцени и/или подобри, процедурата се отлага в случай на:

- Местни инфекции:
  - инфекция на скротума;
  - действаща полово предавана инфекция;
  - баланит;
  - епидидимит или орхит.
- Системна инфекция или гастрентерит.

- Филариаза/елефантиазис.

Условия, които изискват специално обмисляне (категория S от класификацията на СЗО). Процедурата трябва да се извърши в нужната обстановка от опитен хирург и персонал, с нужното оборудване за обща анестезия и допълнителен помощен персонал. Обсъждат се най-подходящата процедура и анестезиологичен режим, както и предоставянето на алтернативни временни методи за контрацепция в случай на:

- Ингвинална херния.
- Коагулационни смущения.
- СПИН.

Допълнителен фактор, който трябва да се вземе под внимание, са импотентност или други сексуални смущения, които вазектомията може да засили.

2.4. Консултиране, информация и информирано съгласие

Следвайте общите насоки в гл. II („Консултиране") и в раздели 1.4 и 1.5 на настоящата глава.

- Освен това потребителят трябва да бъде информиран, че процедурата не влияе на мъжките хормони, нито причинява промяна в сексуалното представяне и сексуалното удовлетворение.
- Докато се докаже, че в еякулата няма сперматозоиди или изминат поне 12 седмици след вазектомията, е нужно да се използва друг метод на контрацепция (консултиращият преценява дали двойката има нужда от временен метод).

2.5. Кой може да извършва вазектомия

Всички лекари, включително общопрактикуващите, могат да извършват процедурата, ако са достатъчно добре квалифицирани. В някои страни и други представители на здравния персонал извършват вазектомия, ако са специално обучени и при условие, че законите и наредбите на държавата разрешават. Дори процедурата да не се извършва от лекар, такъв трябва да присъства за консултации и в случай на хирургически затруднения или усложнения.

2.6. Медицинска преценка

- Освен информацията, определена в раздел 1.6, анамнезата за мъж, желаещ вазектомия, трябва да включва:

- Предишни скротумни или ингвинални операции или травми/наранявания.
- Предишни сексуални нарушения, например импотентност.

- Физическият преглед преди вазектомия включва:
  - Преглед на скротума, проверка за удебеляване на кожата, белези или инфекции.
  - Преглед за наличие на неспуснали се тестиси/крипторхизъм, хидроцеле, варикоцеле, интраскротална туморна маса или ингвинална херния.
  - Други прегледи в зависимост от анамнезата.
- Изискват се следните лабораторни изследвания, само ако има нужда, съобразно анамнезата и резултатите от физическия преглед:
  - Хемоглобин и/или хематокрит.
  - Анализ на урината, за да се провери наличието на глюкоза или протеини.

2.7. Предоперативна подготовка

- Проверете дали анамнезата, физическият преглед и всички нужни лабораторни изследвания са завършени и документирани в медицинския картон.
- Обсъдете отново информираното съгласие и проверете дали подписаният формуляр е приложен към медицинския картон на пациента.
- В повечето случаи предоперативни лекарства не са нужни. Ако потребителят е нервен, може да му се предпише седатив (например 5mg диазепам орално 30 минути преди операцията).

2.8. Анестезия и хирургическа процедура

Местна упойка

Използвайте възможно най-малко количество упойка, за да осигурите максималното удобство на пациента. Рядко има нужда от обща упойка.

- Lidocaine (lignocaine) 1%, препоръчва се без епинефрин (адреналин). Ако разполагате само с 2% Lidocaine, разредете го до 1%, като използвате физиологичен разтвор.
- Максималната единична доза Lidocaine не трябва да надвишава 4.5mg/kg (2mg/lb) телесно тегло. По принцип се препоръчва максималната обща

доза да не надвишава 300 mg (това се равнява на максимално общо количество от 30ml 1% или 15ml 2% Lidocaine).

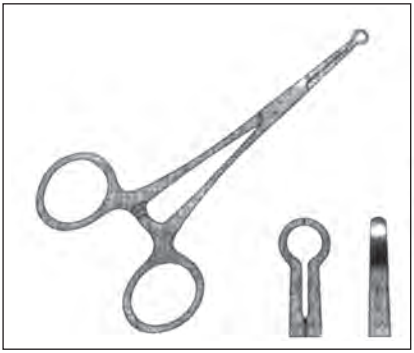
Хирургическа процедура

Въпреки че има много начини да се направи оклузия на семепровода (чрез лигиране, обгаряне, прерязване), прилагат се два основни метода за вазектомия:

- Конвенционална или инцизионна.
- Безскалпелна вазектомия (БСВ).

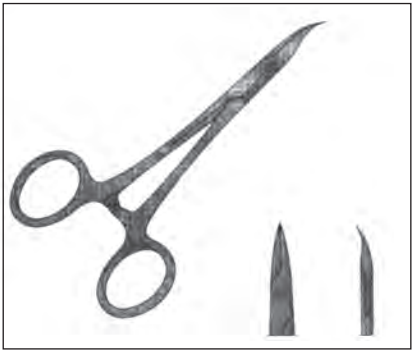
БСВ използва техника за блокиране на дуктуса и инервацията на тръбите и два специални инструмента – пръстеновидна клампа и дисектор (фиг. 8.1 и 8.2), за изолиране и достигане на vas deferens. Тъй като пробивът на кожата на скротума, направен с дисектора, е малък, няма нужда от шевове. БСВ дава няколко предимства пред традиционната вазектомия, включително по-малко хематоми и инфекции и намалени болки по време на процедурата. Ако обаче хирургът не е добре обучен, няма опит с тази процедура и не разполага с нужните инструменти, БСВ не бива да се използва.

Фиг. 8.1



Клампа за залавяне на дуктуса през кожата

Фиг. 8.2



Дисектор

Вазектомията разделя всеки vas deferens или премахва малък сегмент от всеки семепровод. Ако за оклузия се използва лигиране и отрязване, е нужно фасциално препречване. Термалното или електрическото обгаряне постигат по-ефективна оклузия на семепровода, отколкото лигирането и отрязването с фасциално препречване, дори когато обгарянето се прави без фасциално препречване.

Към изброеното в раздел 1.8 следва да се добавят и други основни процедурни принципи:

- Правилен асептик – хирургическо измиване и употреба на стерилни ръкавици. Желателно е, но не е задължително, да се използват хирургическа шапка, маска и операционна престилка.
- Изисква се ефективен антисептик (например йод на водна основа или 4% chlorhexidine) за подготовка на скротума, бедрата и перинеума. Оперативната област трябва да е покрита.
- Нужни са внимателна хемостаза и нежна манипулация с тъканта за удобство и безопасност на пациента.

2.9. Следоперативни грижи

- Мъж, на когото е правена вазектомия без упойка, може да напусне клиниката след 30 минутна почивка, но ако в областта на операцията няма кръвотечение. При използване на упойка пациентът трябва да е под наблюдение, докато действието ѝ премине и преди да напусне клиниката.
- Ако пациентът усеща неразположение, може да му се предпишат орални болкоуспокояващи.

2.10. Инструкции към мъжете след процедурата

Преди пациентът да бъде изписан, дайте му писмено и устно следните указания:

- Да си почива вкъщи през останалата част от деня. Да се въздържа от сексуален акт, от тежка работа или физически усилия в продължение на 48 часа. Почивката е важна, за да се намали рискът от усложнения.
- Раната трябва да се поддържа чиста и суха. Къпане е разрешено в деня след операцията, но раната не бива да се мокри. Вода и сапун за измиване могат да се ползват след 3 дни, като след това раната се избърше добре.
- Пациентът трябва да се свърже с извършилия вазектомията, ако има треска, кървене или гной при разреза, чувства силна болка или се е явило подуване.
- Стерилността не настъпва веднага. Препоръчайте на мъжа да използва презервативи или друг временен метод поне 12 седмици след вазектомията или докато в семенната му течност няма сперматозоиди (когато е направен анализ на семенната течност).

- Ако е извършена традиционна вазектомия, той трябва да се яви на следоперативен преглед около една седмица след операцията.

Дайте възможност на потребителите да задават въпроси и да споделят опасенията си.

2.11. Следоперативни грижи

Следоперативен преглед

Предложете час за следоперативен преглед около една седмица след операцията. Прегледът може да бъде направен от обучен, квалифициран здравен професионалист, който не е лекар, освен в случаите на усложнения. По време на следоперативния преглед:

- Ако на пациента е правена традиционна или инцизионна вазектомия, огледайте дали зарастват добре областта на скротума.
- Включете в плановете анализ на семенна течност, ако има такава възможност.
- Назначете още един следоперативен преглед, ако са нужни допълнителни грижи.

Анализ на семенна течност

- Когато има условия, предложете да се направи анализ на семенната течност 12 седмици след процедурата.
- Ако пациентът настоява за такъв анализ, а клиниката няма нужното оборудване, препратете го в здравно заведение, където могат да направят анализ.
- Ако след 12-та седмица са установени движещи се сперматозоиди, извършилият операцията трябва да преразгледа случая и да вземе мерки. Нужен е втори анализ на семенна течност и може да се наложи повторна вазектомия, ако първата се окаже неуспешна.

2.12. Усложнения

Усложненията при вазектомия включват интраоперативно кървене, реакция срещу местната упойка, следоперативно подуване, посиняване и болка в скротума, формиране на хематоми, инфекции, а на по-късен етап – конгестивен епидермит или образуване на гранулом. Ранното разпознаване и бързото лечение на усложненията са от изключителна важност. Обучението за предоста-

вяне на услуги в областта на вазектомията трябва да включва разпознаване и справяне с усложненията.

Ако при извършване на процедурата възникнат каквито и да било затруднения, те трябва да бъдат записани, тъй като могат да обяснят следоперативните усложнения. Всеки инцидент се документира, дори да е успешно разрешен по време на операцията.

3. Женска доброволна хирургическа стерилизация

3.1. Определение

Женската доброволна хирургическа стерилизация прекъсва репродуктивните способности на жената, за да се прекрати фертилитетът. Това се постига чрез билатерална оклузия или блокиране на фалопиевите тръби.

Оклузията на тръбите е безопасна и добре приета процедура, която може да се извърши чрез лигатура, лигатура с разрез или механично с клипс или пръстен.

3.2. Показатели

Показателите за стерилизация на жената са разгледани в раздел 1.2.

3.3. Медицински критерии за избор

Както бе отбелязано в раздел 2.3, критериите за приемливост на СЗО създават специфична класификация за хирургическата стерилизация, която се различава от другите методи на контрацепция, защото няма условие, което завинаги да ограничава годността на клиента за доброволно подлагане на този метод. Медицинските съображения се състоят в съизмерване на рисковете при стерилизация с рисковете от една честа бременност. При някои случаи обаче е наложително да се вземат определени предпазни мерки или процедурата да се отложи.

Състояния, които изискват допълнителна предпазливост (категория С от класификацията на СЗО). Процедурата обикновено се извършва в стандартна обстановка, но с допълнителна подготовка и внимание в случай на:

- Млада възраст.
- Затлъстяване (повече от 30kg/m2 индекс на телесната маса).
- Хипертония:

- Състояние на хипертония, при която кръвното налягане не може да бъде измерено (включително хипертония по време на бременност).
- Адекватно контролирана хипертония, при която кръвното налягане може да бъде измерено.
- Повишено кръвно налягане (систолично 140– 59 или диастолично 90–99 mmHg).

- Исхемично сърдечно заболяване.
- Цереброналосъдови нарушения.
- Неусложнено заболяване на сърдечните клапи.
- Епилепсия.
- Настоящо заболяване от рак на гърдата.
- Маточен фиброзен тумор (с или без деформация на маточната кухина).
- Предишни тазово-възпалителни болести (ТВБ) без последвала бременност.
- Шистозомиаза с фиброза на черния дроб.
- Diabetes mellitus без съдови заболявания (зависими или независими от инсулин).
- Увеличена щитовидна жлеза.
- Лека цироза.
- Доброкачествени или злокачествени тумори на черния дроб.
- Таласемия.
- Сърповидноклетъчна анемия.
- Желязо-дефицитна анемия (Hb 7-10 g/dl).
- Херния на диафрагмата.
- Заболяване на бъбреците.
- Тежка хранителна недостатъчност.
- Избираема стерилизация едновременно с операция на корема.
- Депресивни разстройства.
- Предишни операции на корема или таза.

Състояния, които изискват отлагане на стерилизацията (категория D от класификацията на СЗО). Процедурата се отлага, докато състоянието се оцени и/или излекува, като се предоставят алтернативни временни методи за контрацепция в случай на:

- Бременност.
- След раждане (от 7 до 42 дни).
- Тежка предеклампсия/еклампсия.
- Продължителна руптура на мембрани (24 часа или повече).
- Следродилен сепсис или следродилна треска.
- Тежък предродилен или следродилен кръвоизлив.
- Тежка травма на гениталния тракт по време на раждането (разкъсване на шийката или на вагината).
- Постабортен сепсис.
- Тежък постабортен кръвоизлив.
- Тежка травма на гениталния тракт по време на аборта (разкъсване на шийката или на вагината).
- Остра хематометра.
- Настояща тромбоза на дълбоките вени (ТДВ)/белодробна емболия (БЕ).
- Значителна операция с продължително обездвижване.
- Настоящи исхемични заболявания на сърцето.
- Необяснимо вагинално кървене преди да му се направи оценка.
- Злокачествено трофобластно заболяване, свързано с бременността.
- Рак на шийката на матката, който ще бъде лекуван, или рак на яйчниците.
- Тазово-възпалителна болест през последните 3 месеца.
- Инфекции, предавани по полов път (ППИ), включително гноен цервицит.
- Настоящо заболяване на жлъчния мехур.
- Активен вирусен хепатит.
- Желязо-дефицитна анемия (Hb < 7g/dl).

- Местна инфекция на кожата на корема.
- Остър бронхит или пневмония.
- Системна инфекция или гастроентерит.
- Стерилизация едновременно с операция на корема (по спешност, без предварителна консултация) или състояние на инфекция.

Условия, които изискват специални предпазни мерки (категория S от класификацията на СЗО). Процедурата трябва да се извърши от опитен хирург и персонал, в здравно заведение, което е оборудвано за обща анестезия и допълнителна медицинска подкрепа. Операцията се предприема след обмислено решение за най-подходяща процедура и анестезия, като се имат предвид и алтернативни временни методи за контрацепция – при положение, че пациентката ще бъде препратена или в случай на друго забавяне. Тези условия са следните:

- Следродилна руптура или перфорация на матката.
- Перфорация на матката след аборт.
- Множество рискови фактори за артериално сърдечносъдово заболяване (например напреднала възраст, пушене, захарен диабет и хипертония).
- Повишено кръвно налягане (систолично ≥160 или диастолично ≥100 mmHg).
- Хипертония със съдово заболяване.
- Усложнено сърдечно заболяване на клапите.
- Ендометриоза.
- СПИН.
- Известна тазова туберкулоза.
- Захарен диабет или невропатия/ретинопатия/нефропатия.
- Захарен диабет с други съдови заболявания или продължаващ повече от 20 години.
- Хипертиреоидизъм.
- Тежка декомпенсираща цироза.
- Коагулационни разстройства.
- Хронична астма, бронхит, емфизема или инфекция на белите дробове.
- Фиксирана матка, дължаща се на предишна операция или инфекция.

- Херния на коремната стена или херния на пъпа.

3.4. Консултиране, информация и информирано съгласие

Следвайте основните насоки в гл.II („Консултиране") и в раздели 1.4. и 1.5 от тази глава. Обяснете на пациентката, че:

- Женските хормони остават незасегнати и няма да последва загуба на женствеността, нито промяна в сексуалното функциониране или удовлетворяване.
- Менструалните цикли ще продължат, както обикновено (ако жената прекратява хормонален метод или използване на спирала, може да се премине през временна промяна на менструалния цикъл).
- Съществува малък риск за провал и нежеланата бременност може да е извънматочна.

Решението за стерилизация не бива да се взема в период на стрес, например непосредствено преди, по време или след раждане или аборт.

- Някои потребителки обаче може да са стигнали до решение за стерилизация преди раждането, без да са направили официално запитване. Ето защо операцията не бива да се отказва на жена, която отправя молба след раждане или аборт, но е била консултирана и вече е взела добре обмислено решение.
- Понякога жената може да научи за пръв път за стерилизацията в следродилния или постабортивния период, но след внимателно консултиране да вземе доброволно и информирано решение.

Важно е да се даде възможност на потребителите да споделят своите опасения и да бъде отговорено на всичките им въпроси преди процедурата.

3.5. Кой може да извършва стерилизация на жени

- Специализирали и неспециализирали лекари, които извършват минилапаротомия, при условие че са добре обучени както в оперативната техника, така и в поставянето на местна упойка.
- При определени условия, например когато интересът към операцията надвишава броя на квалифицираните лекари, допустимо е процедурата да бъде извършвана от обучени медицински сестри и акушерки с хирургически опит, при условие че законите и наредбите на страната го позволяват.

- Когато процедурата не се извършва от лекар, трябва да присъства такъв за консултации и в случай на оперативни затруднения или усложнения. Необходими са ясно дефинирани протоколи за случаите на изключения.

- Всички опериращи трябва да притежават удостоверение за компетентност, дадено им от акредитирани органи, и да са извършили поне 10 самостоятелни стерилизации по време на своето обучение.

- Минималният медицински екип, нужен за извършване на стерилизация, се състои от трима души: лекар или обучена сестра, асистент на хирурга и помощна сестра, която да помага на опериращия и асистента му и да наблюдава състоянието на пациента.

- Разрешение да извършват лапароскопична стерилизация се дава само на лекари, които имат опит в областта на коремната и тазовата хирургия.

3.6. Медицинска преценка

- Анамнеза. Виж раздел 1.6 в настоящата глава. Освен това към анамнезата на жени трябва да се включи:
  - Настоящ контрацептивен статус.
  - Последен менструален цикъл.
  - Случаи на тазови заболявания.
  - Акушерска анамнеза.
  - Предишни коремни или тазови операции.

- Физическият преглед включва:
  - Тегло.
  - Температура.
  - Кръвно налягане.
  - Пулс.
  - Преслушване на сърцето и белите дробове.
  - Преглед на корема.
  - Оценка на хранителния статус.
  - Оценка на кожата при оперативната област.
  - Други прегледи в зависимост от анамнезата.

Преди самата операция хирургът извършва внимателен преглед на таза с двете си ръце, като отбелязва размера, позицията и подвижността на матката. Едновременно трябва да се търсят признаци за инфекция на таза и бучки, които биха могли да отложат стандартния хирургически подход.

Когато процедурата е следродилна или следабортна, хирургът внимателно проверява за усложнения при раждането или аборта, за да установи наличието на антипоказатели. Ако изискваните анамнеза и физически преглед не са документирани в медицинския картон, те трябва да бъдат направени.

- Лабораторните изследвания включват:
  - Хемоглобин и/или хематокрит.
  - Други изследвания в зависимост от анамнезата и физическия преглед.
  - Намазка на шийката, ако е възможно и нужно. Ако не е направена такава намазка или резултатът от нея не е пристигнал, не отлагайте операцията.

Всички открития, направени от медицинския преглед, трябва да бъдат документирани в здравния картон на пациентката.

ЗАБЕЛЕЖКА: Ако ѝ е поставена спирала или имплантат, те могат да се махнат веднага след операцията.

3.7. Подбор на подходящ момент за извършване на стерилизационни процедури

Стерилизацията на жени може да бъде направена надеждно в следните случаи:

- Интервална стерилизация: не е свързана с бременност.
- Следродилна стерилизация: една седмица след раждането или едновременно с цезаровото сечение. Оптималното време за следродилна процедура е 48 часа след раждане. Ако операцията се извърши между 3-ия и 7-ия ден след раждане, трудно се достига до тръбите чрез разрез под пъпа поради инволюция на матката. Необходима е внимателна палпация на фундуса, за да се прецени неговата позиция.
- Стерилизация след аборт: в рамките на една седмица след аборта.

Не извършвайте следродилни процедури или процедури след аборт (предприет през второто тримесечие) по-късно от края на 7-ия ден след раждането или аборта.

След 7-ия ден процедурата трябва да бъде отложена с 28 дни, за да се избегнат допълнителни хирургически затруднения или рискове.

3.8. Предоперативна подготовка

- Уверете се, че анамнезата, физическият преглед и лабораторните изследвания са завършени и документирани в медицинския картон.
- Прегледайте формуляра за информирано съгласие и проверете дали подписаният екземпляр е приложен към картона.
- Предпишете предоперативни лекарства.

3.9. Анестезия и хирургическа процедура

Анестезия

Използвайте местна упойка с лека седация. След съответно обучение местната упойка може да се използва за минилапаротомия и лапароскопия. Целта на леката седация е да се осигури спокоен, отпуснат клиент, който е буден.

- Употребете аналгетични дози (например 20-25 mg меперидин) и седативи (например 5-10 mg диазепам), които ще оставят пациентката будна. Дози, които задържат в полубудно състояние или в състояние на несвяст, излагат на риск вентилирането и могат да доведат до респираторно отслабване.

Техника за поставяне на местна упойка

- Инфилтрирайте кожата, фасцията и перитонеума с 1% lidocaine (lignocaine), без епинефрин (адреналин) само през една дупчица на мястото на операцията. Ако има само 2% lidocaine, разтворете го във физиологичен серум до 1%.
- Изчакайте 1-3 минути, за да подействва, преди да направите разреза.
- Максималната безопасна доза е 1% lidocaine на 4,5 mg/kg телесно тегло. За пациентка, тежаща около 50 кг, това се равнява на 25 ml 1% lidocaine.

Целият персонал трябва да бъде обучен и да знае правилните дозировки на всички лекарства в анестезионния протокол. При пациентки с тегло под нормата дозите следва да се намаляват. Ако бъде въведено ново лекарство, то трябва да бъде съпътствано от ясни инструкции за употребата му.

ЗАБЕЛЕЖКА: В случаи на изключително затлъстяване, очаквани коремни сраствания или умствено разстройство може да се наложи обща анестезия. Гръбначна или епидурална анестезия се използват рядко поради естеството на кратката стерилизационна процедура.

Хирургическа процедура

Към основните процедурни принципи, посочени в раздел 1.8, ще добавим:

- Правилен асептик – хирургическо измиване, използването на шапка, маска, операционна престилка и стерилни ръкавици.
- Ефективен антисептик (например йод на водна основа или 4% chlorhexidine) за подготовка на оперативната област.
- Правилно използване на маточния елеватор за интервална стерилизация.
- Внимателна хемостаза и нежна манипулация с тъканта за удобство и безопасност на пациента. Разрезите да са възможно най-малки, като същевременно предоставят лесен достъп до фалопиевите тръби.

Вид хирургически подход

- *Минилапаротомия.* Тя е улеснена лапаротомия, при която се извършва разрез от 5 см или по-малко. Прави се напречен или надлъжен субумбиликален разрез за следродилните случаи (обикновено разрезът е не повече от 2 см) и напречен супрапубичен разрез, който се използва за интервална стерилизация или за стерилизация след аборт.
  - Минилапаротомията може да бъде затруднена, ако жената е затлъстяла, матката е обездвижена или ако в тръбите има слепвания поради инфекции или предишни операции. В такива случаи е подходящо препращане в друго заведение.
- *Лапароскопия.* Хирургът използва ендоскопично оборудване, поставено през разрез с големина 1,0-1,5 см под пъпа.
  - Лапароскопията не трябва да се извършва веднага след раждане или след аборт, направен през второто тримесечие от бременността.

- Други хирургически методи. Лапаротомията използва разрез с големина повече от 5 см. Тя не бива да се прилага при рутинни процедури за стерилизация. Извършва се, когато стерилизацията се прави едновременно с цезарово сечение или друга гинекологична операция. При лапаротомия е нужна регионална или обща анестезия.

Вагиналните подходи (например колпотомия, кулдоскопия) не се препоръчват за рутинно провеждана стерилизация поради високите нива на инфекции, свързани със самите подходи.

Препоръка. Минилапаротомията е предпочитан метод в клиниките, разполагащи с основни уреди и ресурси, и трябва да се предлага широко в повечето заведения. Лапароскопията обикновено се предоставя на центровете за препращане на пациенти, в които има обучени хирурзи, поддържан инструментариум и апаратура за бързо реагиране в случай на усложнения.

Метод на оклузията

- Съществуват няколко метода за оклузия. Обичайно е да се използват процедури, които най-малко увреждат тръбите. Към тези методи спадат модифицираното лигиране на Померой (Pomeroy) и оклузивните пръстени и клипсове. Подходяща е също техниката на Паркланд (Parkland) – двойно лигиране на тръбите с двойно прерязване на средната част.
- При рутинна оклузия на тръбите не се препоръчват електрокоагулацията, фимбриектомията и салпингектомията.
- Хистеректомията не трябва да се използва единствено за стерилизация. Тя е приложима при жени, чието гинекологично състояние изисква отстраняване на матката.

Препоръка. Лигирането и механичната оклузия с пръстен и клипс са предпочитаните методи за оклузия на тръбите.

Наблюдения над пациента по време на процедурата

- Преди операцията премерете и запишете резултатите от жизнените показатели (пулс, дишане, кръвно налягане). Чрез неусложнени процедури ги следете по време на операцията и преди пациентът да бъде преместен от операционната маса.
- Ако процедурата отнеме повече време от обичайното, а също в случай на усложнения или удължена обща упойка, се изисква по-внимателно следене на жизнените показатели.

- Членовете на медицинския екип трябва да разговарят с пациентката по време на процедурата, за да ѝ осигурят подкрепа и спокойствие, както и да следят силата на упойката и седацията.

3.10. Следоперативни грижи

- Следете пулса, дишането, кръвното налягане и общото състояние на всеки 15 минути в продължение поне на един час, докато показателите достигнат същите стойности, както преди операцията, след което правете същото на всеки час до възстановяването и изписването.
- Предложете течности, като например плодов сок.
- Пациентката може да бъде изписана в деня, през който е проведена операцията, след като се е възстановила от процедурата, анестезията и седацията.
  - Позата на Ромберг (Romberg) (пациентът стои стабилно със затворени очи) е признак за възстановяване.
  - По принцип жената може да се прибере вкъщи веднага, щом е напълно подвижна, облича се сама и разговаря свързано.
- Общо правило е да не се използват антибиотици профилактично.
- Използвайте обикновени орални аналгетици срещу болка. Предоставете на жената двудневен запас при изписването.

3.11. Инструкции към жените след процедурата

Преди пациентката да бъде изписана, повторете всички напътствия, свързани със следоперативните грижи, и ги дайте в писмени вид.

Обяснете на жената, че:

- Трябва да почива в дома си един-два дни. Това намалява риска от усложнения.
- Може да извършва сравнително леки дейности след два-три дни, а нормалните дейности, включително полово сношение, след една седмица.
- Раната да се поддържа суха и чиста. Жената може да се изкъпе след 24 часа, като внимава да запази раната суха.
- Начин за използване на дадените ѝ лекарства.
- За какви предупредителни признаци да внимава и какво да направи при появата на всеки от тях (например треска, болка, кървене).

- Къде да отиде и кого да потърси в спешен случай или ако има друг проблем или въпрос.
- Кога и къде да се яви за следоперативен преглед.

Допълнително информирайте пациентката, че:

- Тя е стерилна от момента на завършване на операцията.
- Нейният месечен цикъл ще продължи до менопаузата.
- Ако пропусне менструален цикъл, появят се каквито и да е други признаци, предполагащи бременност, или има болки в корема или таза, трябва да се свърже с клиниката.

Дайте възможност на пациентката да задава въпроси и да изразява опасенията си.

3.12. Последващи грижи

Следоперативното посещение трябва да се насрочи в рамките на 7-10 дни.

Желателно е оперириалият хирург да извърши следоперативния преглед. Възможно е и друг квалифициран здравен професионалист да проведе прегледа и да се справи с дребни усложнения. По време на следоперативния преглед:

- Обсъдете с пациентката всички нейни опасения и въпроси.
- Прегледайте мястото на операцията и махнете шевовете, ако това е нужно. Проведете и други преглед, ако са потребни.
- Насрочете последващ преглед, когато се налагат продължителни грижи.

Необходимо е да се полагат специални усилия, за да се поддържа връзка с пациентката. Ако тя не се яви в здравното заведение, трябва да бъде потърсена, включително да ѝ се направи следоперативен преглед по местоживеене.

Добре е новаторските идеи за следоперативния преглед да бъдат окуражавани. Някои програми например предлагат на пациентките пощенски картички, които те да изпращат, ако имат въпроси или се получат усложнения.

3.13. Усложнения

Усложненията при оклузия на тръбите включват интраоперативно кървене (най-често срещано при лапароскопия), инфекция на таза или перитонит,

образуване на хематоми и кървене, инфекция на мястото на разреза. Рядко възникват хирургически спешни случаи като нараняване на матката, червата, пикочния мехур, емболия или хирургическа емфизема (при лапароскопия).

Ранното разпознаване и бързото лекуване са от изключителна важност. В случай на неуспех възможността за извънматочна бременност трябва да бъде изключена.

Разпознаването на усложненията и професионалното справяне с тях е важен момент от обучението за извършване на оклузия.

Всички хирургически затруднения по време на процедурата трябва да се документират, тъй като те могат да обяснят евентуални усложнения в следоперативния период. Хирургическият инцидент се документира в медицинския картон на пациента, дори ако е успешно преодолян по време на операцията.



9 ЕСТЕСТВЕНИ МЕТОДИ (МЕТОДИ, ОСНОВАВАЩИ СЕ НА ПРЕЦЕНКА ЗА ФЕРТИЛНИЯ ПЕРИОД ОТ МЕНСТРУАЛНИЯ ЦИКЪЛ)

1. Въведение

Така наречените естествени методи за контрацепция се основават на усета за началото и края на фертилния период от менструалния цикъл. Един от често практикуваните е периодичното въздържание, което поставя времева бариера между сперматозоида и яйцеклетката чрез отбягване на сексуални сношения по време на фертилната фаза от менструалния цикъл. Следователно методът зависи от способността да се разпознае фертилната фаза, а също от мотивацията и дисциплината на сексуалната двойка да практикува въздържание, когато е нужно.

Много двойки се затрудняват да прогнозират или да разпознаят точно началото и края на фертилната фаза. Дори да спазват периодично въздържание, те също поемат съответните рискове. Следователно, за да бъдат ефективни като средство за контрацепция, методите за изчисляване на фертилитета изискват:

- Подходящо консултиране.
- Правилно показване/обучение на техниката.
- Последваща подкрепа.

Резултатите от някои проучвания показват много висок процент на провал, който варира между 10 и 30 бременности при 100 ползватели на метода за година. Потребители, на които методът се струва труден за прилагане, могат да обмислят възможността за друга контрацепция.

Техниките за разпознаване на фертилната фаза от менструалния цикъл, а едновременно и за въздържане от сексуални сношения, включват:

- Метод на базалната телесна температура (БТТ).
- Данни от изследване на цервикалната слуз (овулационен метод на Billings).
- Календарен метод (метод на Ogino-Klaus).
- Симптомо-термален метод.
- Метод за броене на дните.

Методите за изчисляване на фертилитета, основани на усет, могат да се прилагат заедно с други методи за контрацепция, така че двойката да използва бари-

ерни методи само по време на фертилната фаза. Методите за предсказване на овулацията също така са ценни като цяло, защото двойките, желаещи да постигнат зачеване, ще подобрят шансовете си, ако разпознават фертилната фаза на цикъла.

Методите за изчисляване на фертилитета (естествените методи) имат следните недостатъци (резюмирани в табл. 9.1):

- Зависят изключително много от сътрудничеството на двамата партньори, което понякога се постига трудно.
- Ефективността при използването им е по-ниска в сравнение с повечето научно обосновани методи за контрацепция.
- Нужно е относително дълго първоначално обучение, което често заема значителна част от времето на екипа. Ето защо някои жени могат да забременеят, докато изучават техниката.
- Всекидневното наблюдение и записване на показатели е досадно за някои жени.
- Дългите периоди на полово въздържание могат да причинят затруднения в интимната връзка и психологически стрес.
- Жените с нередовен менструален цикъл намират, че методът е труден за използване.

Показателите и симптомите за предсказване на фертилитета се променят извънредно много в период на кърмене.

Табл. 9.1. Предимства и недостатъци на методите за изчисляване на фертилитета

Предимства	*Недостатъци*
Няма странични ефекти.	Нужни са съдействие и повече време.
По-добро разбиране на цикъла за възпроизводство.	Ниска ефективност.
Споделена отговорност.	Може да се провали при по-дълъг период на обучение.
След съответно обучение няма нужда от допълнителна помощ.	Всекидневното наблюдение/записване за някои хора е досадно.
След съответно обучение разходите са нищожни.	Трудно прилагане, ако менструалният цикъл е нередовен.
След съответно обучение не е необходим квалифициран медицински персонал.	Непредсказуемост по време на кърмене.

1.1 Общи положения и индикации

Методите за изчисляване на фертилитета предлагат алтернатива на двойки, които не желаят да използват друг, по-ефективен метод за контрацепция поради:

- Страх от странични ефекти.
- Религиозни или други културни ограничения.
- Труден достъп до други методи.

1.2. Противопоказания

Няма такива.

1.3. Състояния, изискващи внимателна преценка

Някои обстоятелства изискват преценка, преди да насочваме потребителя към методите за изчисляване на фертилитета като средство за контрацепция. Тези обстоятелства са:

- Специфична нужда от високоефективна защита против забременяване (например ако бременността носи сериозен риск за здравето на майката).
- Неспособност на двойката да спазва сексуално въздържание, както се изисква от метода.

1.4. Специални ситуации

Някои групи клиенти изпитват особено затруднение за ефективно използване на тези методи.

Подрастващи

Подрастващите момичета и млади жени често пъти имат ановуларен цикъл, който усложнява обучението и практикуването на съответните техники. Освен това на някои от тях им се струва особено трудно да се въздържат, когато е нужно.

Жени пред менопауза

През последните няколко години от репродуктивния цикъл овулацията става непостоянна. Ановуларните и нередовни цикли затрудняват потребителки-

те да преценят точно показателите и симптомите на фертилитета. Но е вероятно такива жени да са натрупали опит в периодичното въздържание и по-лесно да се справят с неговите ограничения през по-дълги периоди.

Жени след раждане

След раждане периодът на овулация се възстановява в зависимост от факта дали жената кърми или не. Когато овулацията се възстанови, признаците на фертилитета понякога се установяват трудно и това може да доведе до по-продължително въздържание. Ако е имало проблеми при сексуалните сношения през повечето етапи на бременността, новите периоди на въздържание могат да се сторят твърде дълги.

1.5. Консултиране и информация

Методите за изчисляване на фертилитета създават отговорност, която трябва да се поделя между партньорите. Най-добре е консултиране да се проведе и на двамата, когато те избират метода, учат се да го прилагат и го практикуват. Необходимо е консултиращият да прецени вероятността партньорите да си сътрудничат, особено ако мъжът не присъства на разговорите. Обсъдете с потребителите:

- Преимущества и недостатъци на този метод за контрацепция в сравнение с други.
- Различните начини да се увеличи ефективността от периодично въздържание и нуждата да се водят всекидневни записки за показателите.
- Цялостното завършване на началното обучение и редовните следващи посещения, докато потребителите се научат да разпознават със сигурност показателите за фертилитет.
- Дисциплината и стриктното спазване на периодите за сексуално въздържание като средство да се увеличи ефективността на метода.
- Високия процент на провали, особено по време на обучението, при положение, че не използват и други методи за контрацепция.
- Необходимостта да се върнат за повторна консултация, ако изпитват несигурност при разчитане на показателите и симптомите или ако потребителката пропусне един менструален цикъл.

1.6. Кой може да дава инструкции за метода

Здравни професионалисти, доброволци или двойки с опит, ако самите те са били добре обучени.

1.7. Здравна оценка

Методите за изчисляване на фертилитета не изискват предварителна здравна оценка. Но когато някоя жена посети клиника за сексуално и репродуктивно здраве/ семейно планиране, за да реши какъв метод за контрацепция да използва, това предоставя възможност за редовен здравен преглед.

1.8. Преподаване на метода

Успехът на методите за изчисляване на фертилитета зависи от качеството на обучението, както и от решимостта на потребителите да изпълняват препоръките. Началното обучение продължава около 3 месеца и повече, докато двамата партньори се справят уверено с изискванията. През този период те трябва да се срещат с консултанта поне веднъж месечно и винаги, когато възникнат проблеми.

Инструкциите включват:

- Елементарни факти за репродуктивната физиология, като се набляга на промените, настъпващи през менструалния цикъл, тяхното времетраене и връзката помежду им. Това спомага за разпознаване на фертилната фаза.
- Препоръки за използване на избраната техника.
- Обсъждане на подходящите моменти за сексуален контакт.

1.9. Последващи грижи

След като потребителите изучат необходимата техника, няма стандартна процедура за следващи посещения. Въпреки това им напомнете да потърсят консултация, ако възникнат проблеми, а също да си запазват час за редовни прегледи.

2. Метод на базалната телесна температура (БТТ)

2.1. Определение

Методът на базалната телесна температура (БТТ) отчита увеличената телесна температура, която се наблюдава веднага след овулацията и е свързана с продукцията на прогестерон в жълтото тяло (corpus luteum).

След овулация телесната температура се увеличава с 0,2 – 0,4°C (0,4 – 0,8°F) и остава висока до следващата менструация. Двойката не бива да допуска сексуални контакти от началото на менструацията до нощта на третия пореден ден с увеличена телесна температура (самата овулация). Този период не може да е по-кратък от 9 дни след края на менструацията.

2.2. Противопоказания

Двойки, които са решили да използват периодичното въздържание, могат да намерят, че БТТ е подходящ да тях, ако:

- Жената не желае да докосва гениталиите си, както се изисква при метода за изследване на цервикалната слуз.
- Двойката може да се въздържа от сексуални контакти през нужния период.
- Жената има нередовна менструация, което пречи за правилно използване на календарния метод.

2.3. Консултиране и информация

Освен напътствията в раздел 1.5, потребителите трябва да знаят, че им предстоят дълги периоди на въздържание, защото сексуалните контакти са ограничени до фазата след овулация.

2.4 Инструкции към потребителите

Мерене на температурата

Необходимо е да се използва овулационен термометър, който има удължена ограничена скала от 35-39°C (96-100°F), за да разчитате температурата по-лесно. Ако липсва такъв термометър, използвайте обикновен клиничен термометър, чиято скала обхваща повече стойности. Препоръчва се също:

- Да държите термометъра близо до леглото, на една ръка разстояние.
- Да го тръснете преди лягане, докато живакът спадне под 35°C (96°F). Избягвайте да докосвате измерващия край на термометъра. Преди да измерите температурата сутрин, проверете го дали показва под 35°C (96°F). Ако е нужно, тръснете го отново. За предпочитане е това да бъде вършено от мъжа или някой друг, тъй като движението може да повиши температурата на жената и да се направи погрешно измерване.

- Премерете температурата веднага след събуждане, преди да станете от леглото или да направите нещо друго, например да изпиете нещо топло или студено. Ако жената работи нощни смени, премерете температурата през деня или вечерта след поне 3-часова почивка.
- Доколкото е възможно, мерете температурата по едно и също време всеки ден през менструалния цикъл.
- Мерете температурата орално, ректално или вагинално. Ректалните и вагиналните начини са по-надеждни, но и оралният е достатъчен, ако се извършва правилно.
  - *Орално:* поставете измерващия край на термометъра под езика и затворете устни за около 5 минути преди да отчетете стойността.
  - *Ректално:* използвайте ректален термометър. Намажете измерващия край с вазелин и нежно поставете термометъра в ректума на около 2,5 см, докато лежите на една страна с присвити колене. Дръжте термометъра в ректума 3 минути преди да отчетете стойността.
  - *Вагинално:* поставете термометъра нежно във вагината на около 4,5 см и го дръжте 3 минути преди да отчетете стойността.
- През определен менструален цикъл винаги използвайте един и същ начин на измерване и един и същ термометър. Снабдете се и със запасен термометър. Ако първият се счупи, използвайте другия, но отбележете това в таблицата си.
- След изваждане на термометъра отчетете стойността и я запишете в таблицата. Ако живакът спре между две стойности (например между 36,6°C и 36,7°C), запишете по-ниската (в случая 36,6°C).
- Изплакнете термометъра, като използвате хладка вода и го поставете на обичайното му място. Никога не го мийте с гореща вода.

Записване на температурата в таблица

Предоставете на потребителката специална графична таблица (фиг. 9.1, 9.2, 9.3). Календарната дата е записана най-отгоре. Дните на менструалния цикъл са отбелязани по хоризонталната ос най-отдолу на таблицата. Температурата е отбелязана отляво по вертикалната ос. Таблицата трябва да има квадратчета с размер поне 5 мм. Първият ден от менструацията е ден 1 от менструалния цикъл.

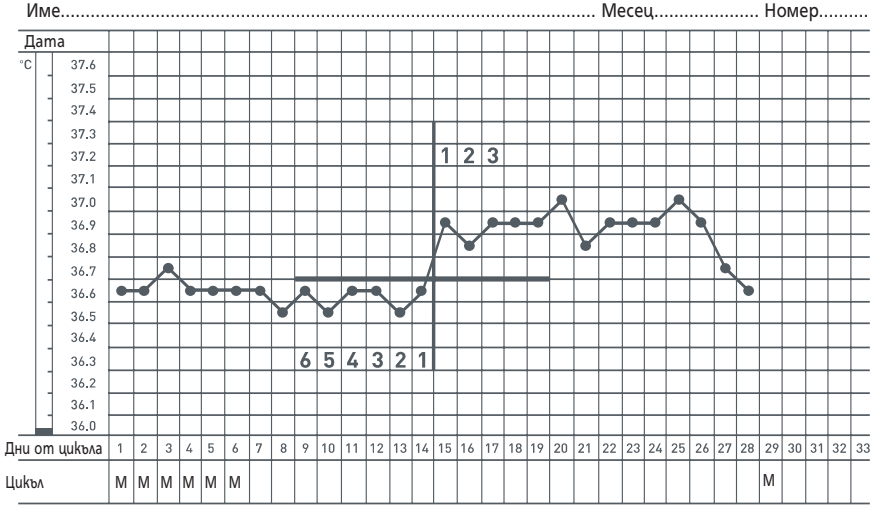
Обяснете на жената:

- Да поставя точка в средата на съответното квадратче, което се отнася за температурата и деня на менструалния цикъл.
- Да свързва точките с линия, като започне от първия и стигне до последния ден на цикъла.
- Да започва нова таблица в първия ден на новия менструален цикъл.
- Да отбелязва всичко, което би могло да повлияе на БТТ – в деня, когато се е случило. (Виж по-надолу факторите, влияещи на БТТ.)

Тълкуване на таблицата

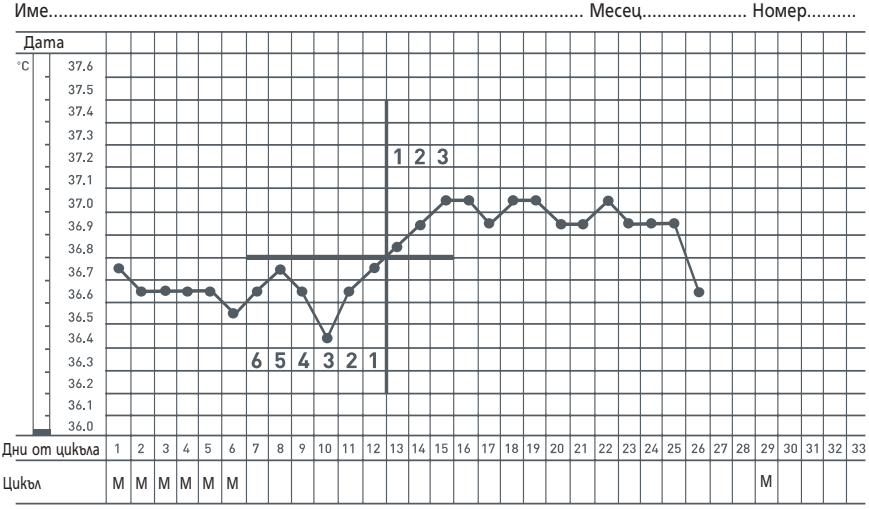
Цикълът на овулация обикновено се характеризира с двуфазна температурна таблица. Температурата остава с по-ниски стойности преди момента на овулация. Тя се покачва веднага след овулацията, като се променя с около 0,2 – 0,4°C (0,4 – 0,8°F) или повече и остава висока точно до началото на следващия менструален цикъл. Изисква се голямо внимание при тълкуване на данните. Случва се температурните нива да варират от цикъл до цикъл при една и съща жена. Още повече, че БТТ може да се повишава по различни начини: рязко, постепенно, стъпаловидно, да е предшестван от рязък спад или, по-рядко, в назъбена диаграма. Фигури 9.1, 9.2 и 9.3 показват примери за различните видове.

Фиг. 9.1. Таблицата показва рязко покачване на БТТ, свързано с овулацията, и демонстрира правилото „3 върху 6".



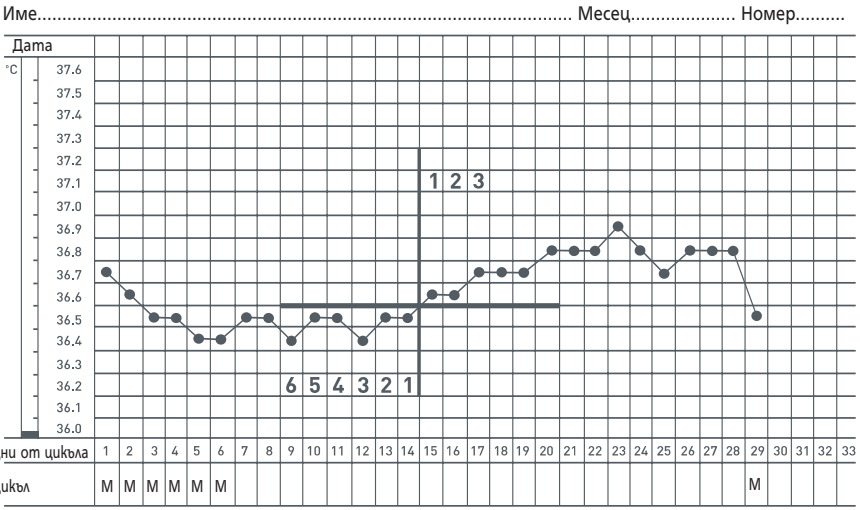
M=Менструация (кървене)

Фиг 9.2. Таблицата показва постепенно покачване на БТТ, свързано с овулацията, и демонстрира правилото „3 върху 6".



M=Менструация (кървене)

Фиг. 9.3. Таблицата показва стъпаловидно покачване на БТТ, свързано с овулацията, и демонстрира правилото „3 върху 6".



M=Менструация (кървене)

За да разпознават началото на нефертилната фаза, обяснете на потребителите:

- Да игнорират температурата през първите 4 дни от цикъла и всички по-нататъшни стойности, които явно са повишени от инцидентно смущение.
- Инфертилната фаза започва, когато са отчетени 3 последователни температурни стойности, по-високи от тези през предишните 6 последователни дни: това се нарича правилото „3 върху 6".

Подбор на подходящ момент за полов контакт

След първия ден на менструалния цикъл сексуалните контакти могат да се подновят не по-рано от нощта на 3-ия ден на еднаквите температурни стойности, които са по-високи от тези през предишните 6 последователни дни („3 върху 6"). Тогава вече е безопасно да се извършва полов контакт до началото на следващия менструален цикъл.

Фактори, които влияят на БТТ

Телесната температура се повишава в следните случаи:

- Измерена е в различно от обичайното време.
- Измерена е, когато не са спазени базалните условия (веднага след събуждане или след тричасова почивка, без да се пие нещо топло).
- Болест.
- Неспокоен сън през нощта.
- Промяна в температурата на въздуха.
- Емоционален стрес.
- Приемане на алкохол.

Методът на БТТ рядко се употребява самостоятелно. Най-често той е част от симптомо-термалния метод.

2. Метод на цервикалната слуз (овулационен метод на Billings)

2.1. Определение

Методът е основан върху разпознаването и тълкуването на цикличните промени в цервикалната слуз, причинени от променящите се нива на естрогена.

През менструалния си цикъл жената изпитва различни усещания при отвора на вагината и установява промени в характера на цервикалната слуз. Двойките, практикуващи този метод, могат да имат полов контакт в някои дни както преди овулацията, така и след нея, защото нефертилната фаза и в двете части на цикъла се разпознава чрез наблюдение върху промяната на цервикалната слуз.

Преовулаторна фаза

- Периодът на менструация е последван от „сухи" дни. Цервикалната слуз е гъста, лепкава и образува запушалка, която блокира цервикалния канал, така че във влагалището се усеща сухота. На този етап не се вижда слуз.
- След като серумното ниво на естрогените се повиши, във влагалището се появява слуз. Отначало тя е в ограничено количество и създава усещане за влажност и лепкавост. Слузта е гъста, лепкава, мътна или непрозрачна и не е еластична.
- С наближаване на овулацията нивото на естрогена продължава да нараства, слузта става по-обилна, усеща се като хлъзгава и мазна, повишава се и усещането за влага във влагалището. Слузта е рядка, светла и прозрачна, изключително еластична. Може да наподобява суров белтък. Такава слуз е показателна за фертилност.
- Последният ден на воднистата слуз се нарича слузен пик.

Постовулаторна фаза

- През нея се загубва чувството за хлъзгавина във влагалището и относително бързо се възстановява лепкавостта, последвана от сухота.

2.2. Противопоказания

Методът на цервикалната слуз е подходящ за двойки, които са решили да използват изчисляване на фертилитета, но им е трудно да се въздържат от

полов акт през дългите периоди, изисквани от метода на БТТ. Нужно е съгласието на жената да докосва гениталиите си, за да преценява състоянието на своята цервикална слуз.

3.3. Условия, изискващи внимателно обмисляне

Към условията, посочени в раздел 1.3, трябва да се вземе под внимание следното:

- Наличие на каквато да била вагинална или цервикална инфекция, която не позволява правилно да се разпознае характерът на слузта.
- Кърмене, което намалява количеството и променя качеството на слузта.

3.4. Консултиране и информация

Заедно с изискванията, отбелязани в раздел 1.5, потребителите трябва да знаят:

- Нужно е жената да докосва гениталиите си, за да разпознае промените в слузта. Възможно е някои да определят характеристиките на слузта, като разчитат на усещанията си, без да докосват гениталиите. Тази способност се развива с опита.
- Наложително е въздържание през целия първи месец на обучението, за да се избегне смесване на цервикална слуз със семенна течност или с вагинален секрет в резултат на полова възбуда.

3.5. Инструкции към потребителите

Проверка и записване характеристиките на слузта

Предоставете на жената таблица, в която да записва промените в характеристиките на цервикалната слуз. Удобно е да се използва таблица, в която едновременно се записват и БТТ, и промените в слузта (вж. фиг. 9.4). Инструктирайте я:

- Да записва усещането за сухота, влажност или мокрота при отвора на вагината. Да наблюдава промените в слузта в удобно за нея време (например когато отивате до тоалетната), но поне два пъти дневно, като първата проверка е сутрин, а последната – вечер.
- Да проверява наличието на слуз, като забърсва вагината с хартиена салфетка или като използва пръста си.

- Когато има слуз, да я събира с хартиена салфетка или на върха на пръста си.
- Да отбелязвай дали цветът на слузта е бял, мътен или прозрачен и какви са нейните характеристики – рядка и мазна или плътна и лепкава (вискозна).
- Да проверява еластичността, като разтвори салфетката или пръстите, на които е събрана слуз. Ако нишките се задържат между страните на салфетката или между пръстите без да се късат, слузта е изключително еластична (виж фиг. 9.5).
- Всяка вечер да записва всекидневните промени на слузта и усещанията във вагината си. Може да се използват кодирани букви, например С за сухо и Сл. за слуз, а също цветни моливи или лепенки. Нужна е и кратка характеристика на слузта (например плътна, лепкава, бистра, рядка, хлъзгава и т.н.).
- Да отбелязва с кръстче последния ден с хлъзгава слуз, който е пиковият слузен симптом, а също следващите три дни като 1, 2 и 3. Върховият ден на слузта може да се разпознае само ретроспективно – когато слузта вече не е хлъзгава и еластична в сравнение с предишния ден.
- Ако хлъзгава слуз се появи и след като е бил отбелязан пиковият ден, да пренебрегне предишното отбелязване на пиков ден в таблицата. Вместо него запишете втория пик, който ще бъде правилният.

Фиг. 9.4. Таблица, показваща как да се отбелязват промените в цервикалната слуз.

Име..... Месец..... Номер.....

Дата																															
°C	37.6																														
	37.5																														
	37.4																														
	37.3																														
	37.2																														
	37.1																														
	37.0																														
	36.9																														
	36.8																														
	36.7																														
	36.6																														
	36.5																														
	36.4																														
	36.3																														
	36.2																														
	36.1																														
	36.0																														
Дни от цикъла		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
Цикъл		М	М	М	М	М	С	С	Ц	Ц	Ц	Ц	Ц	Ц	Ц	1	2	3												М				

ВРЪХ

М=Менструация (кървене), С=сухи дни, Ц=цервикална слуз

Фиг. 9.5. Еластична слуз в средата на цикъла.



Подбор на правилния момент за сексуален контакт

Сексуалните контакти са позволени:

- Веднага след края на менструацията, докато се появят първите признаци за цервикална слуз.
- Вечерта на четвъртия ден след пиковия слузен симптом до началото на менструацията.

Препоръчайте на потребителите да ограничат сексуалните си контакти в дните на предовулаторната инфертилна фаза (преди поява на цервикална слуз), тъй като семенната течност и увеличеното влагалищно овлажняване, появяващо се поради полова възбуда, могат да затруднят разпознаването на цервикалната слуз.

Сексуални контакти трябва да се избягват:

- От първия ден на поява на слуз след менструацията до края на четвъртия ден след слузния пик.
- Винаги, когато потребителите имат и най-малко съмнение за характера на цервикалната слуз.

Фактори, влияещи върху характера на цервикалната слуз

- Вагинална или цервикална инфекция.
- Вагинални секрети в резултат на полова възбуда.
- Лекарства , използвани при настинка или синузит, които също могат да повлияят на цервикалната слуз.

- Физически или емоционален стрес.
- Кърмене.

3.6. Модифициран слузен метод

Някои програми използват модифициран слузен метод (МСМ), чиито правила са по-малко ограничаващи от оригиналния слузен метод и го отличават в следните отношения:

- МСМ разрешава сексуални контакти в подходящи дни през първия месец на приложение, докато оригиналният метод не разрешава.
- При жени с редовен цикъл МСМ позволява полов контакт в предовулаторните дни, когато слузта е гъста, обратно на оригиналния метод.
- С МСМ сексуалният контакт е позволен на третия ден след слузния пик, а при оригиналния метод се разрешава на четвъртия ден.

4. Календарен или ритмичен метод (метод на Ogino-Klaus)

4.1. Определение

Календарният, или ритмичен, метод се смята за най-широко употребяван в сравнение с други подобни методи. Той използва изчисления, основаващи се на предишни менструални цикли, за да се определи фертилният период. При този метод степента на неуспех е висока, защото разчита на предишна информация, за да се изчисли продължителността на бъдещите цикли, а такова пресмятане е с ограничена точност.

4.2. Противопоказания

Жените с относително редовен цикъл намират този метод за по-удобен в сравнение с други подобни методи, тъй като той не изисква всекидневно наблюдение на фертилните признаци.

4.3. Условия, изискващи внимателно обмисляне

Освен обстоятелствата, посочени в раздел 1.3, използването на този метод изисква особено внимание при:

- Нередовен цикъл.
- Кърмене.

4.4. Консултиране и информация

Заедно с напътствията в раздел 1.5 потребителите трябва да знаят, че за да предсказват правилно продължителността на бъдещите цикли, са им нужни данни за поне шест последователни цикъла. Докато събират тази информация, могат да използват нехормонални методи за контрацепция (хормоналните променят цикъла на жената).

4.5. Инструкции към потребителката

- Да записва броя на дните през 6 последователни менструални цикъла, отбелязвайки първия ден от менструацията като първи ден на всеки цикъл.
- Да изчислява първия фертилен ден, като извади 18 от най-краткия цикъл, т.е.

  Първият фертилен ден = най-краткия цикъл – 18.

- Да изчислява последния фертилен ден, като извади 11 от най-дългия цикъл, т.е.

  Последният фертилен ден = най-дългия цикъл – 11.

- По време на фертилната фаза не трябва да има полови контакти. Например, ако последните 6 цикъла са били съответно с продължителност 28, 26, 29, 27, 29 и 27 дни:

  Първият ден на фертилната фаза = 26 – 18 = 8.

  Последният ден на фертилната фаза = 29 – 11 = 18.

- Следователно, избягвайте половите контакти между 8-ия и 18-ия ден от менструалния цикъл (включително и в тези два дни).

5. Симптомо-термален метод

5.1. Определение

Симптомо-термалният метод (СТМ) е комбинация от различни техники на периодично въздържание, които се основават на промените в цервикалната слуз, на календарния метод и БТТ. Използването на няколко техники, за да се определи фертилната фаза на менструалния цикъл, е по-точно, отколкото само един метод, така че дните на въздържание могат да бъдат сведени до минимум.

5.2. Противопоказания

Този метод е подходящ за потребители, които са решили да практикуват периодичното въздържание като метод за контрацепция и едновременно желаят да постигнат възможно най-добра защита при най-къси периоди на въздържане.

5.3. Консултиране и информация

Освен напътствията, отбелязани в раздел 1.5, потребителите трябва да знаят, че изучаването на този метод може да е по-продължително, отколкото само на една техника.

5.4. Инструкции към потребителите

Инструкции за индивидуалните техники са предложени в раздели 2.4, 3.5 и 4.5. Когато се използват комбинирано, допълнете ги със следните разяснения:

- Чрез метода на цервикалната слуз и/или календарни изчисления установете началото на фертилния период, когато половите контакти трябва да се преустановят. Жени, които трудно определят първия ден на слуз, могат да използват календарния метод, позволяващ полови контакти всеки ден преди изчисленото начало на фертилния период. Този ден се намира, като извадите 18 от броя на дните на най-късия цикъл през последните 6 менструални цикъла. Например, ако най-късият цикъл е бил 27 дни, трябва да се спазва въздържание от 9-ия ден (27 – 18 = 9) на менструалния цикъл. Ако преди 9-ия ден на цикъла се появи слуз, половите контакти трябва да се преустановят тогава.
- Използвайте метода на БТТ и/или на цервикалната слуз, за да определите края на фертилния период, когато вече е безопасно да се възобновят половите контакти. Те могат да започнат веднага, след като температурата през три последователни дни е била по-висока от тази през последните шест. Когато използвате метода на цервикалната слуз, половите контакти могат се възобновят на четвъртия ден след слузения пик. Ако използвате и двете техники, половите контакти могат да се възобновят, когато и двете техники показват, че е безопасно.

6. Метод за броене на дните (МБД)

6.1. Определение

МБД се основава на факта, че всяка жена може да забременее само в определени дни на менструалния си цикъл (яйцеклетката може да бъде оплодена около 1 ден след овулацията, а сперматозоидите изгубват своят фертилитет за 4-5 дни след еякулацията). В случай на редовен менструален цикъл с продължителност между 26 и 32 дни овулацията обикновено настъпва между 13 и 17 ден от цикъла. Избягването на необезопасени полови контакти между 8-я и 18-я ден (включително тези два дни) на менструалния цикъл би трябвало да даде достатъчно време на гаметите, за да загубят способността да оплождат или да бъдат оплождани.

Тъй като стандартната формула за определяне на фертилния период е теоретически установена, не е нужно при използване на МБД да се водят записки за продължителността на цикъла или да се правят други изчисления.

6.2. Противопоказания

МБД е подходящ, когато:

- Двойката не желае или не може да извършва или записва наблюденията, нужни за прилагане на другите техники (например жената не е съгласна да докосва гениталиите си, както се изисква от метода на цервикалната слуз).
- Двойката не желае да се въздържа от полови контакти или да използва друг метод за контрацепция (например презервативи) през 12-те дни в средата на менструалния цикъл.

6.3. Инструкции към потребителите

На потребителката се дава наниз мъниста, приличащи на огърлица („Циклични мъниста"). Всяко мънисто бележи един ден от менструалния цикъл и жената може да следи в кой момент на цикъла се намира, като мести тесен черен гумен пръстен по мънистата. Мънистата са с различен цвят: червеното показва деня, в който започва менструацията, кафявите отбелязват дните, през които фертилността е малко вероятна, а белите обозначават дните, в които жената вероятно е фертилна (вж. фиг. 9.6). Обяснете на потребителката:

- Да сложи черния пръстен върху червеното мънисто в първия ден от менструацията ѝ.

- Да премества черния пръстен напред с по едно мънисто всеки ден.
- Да се въздържа от полови контакти или да използва други метод за контрацепция (например презервативи), когато черният пръстен се намира върху белите мънисти.

Фиг. 9.6 Циклични мънисти.



Цикличните мънисти позволяват да се следи продължителността на цикъла. Ако менструацията започне преди жената да премести пръстена на тъмнокафяво мънисто, нейният цикъл е по-къс от 26 дни. Ако тя премести пръстена до последното мънисто преди червеното и менструацията ѝ започне на следващия ден, то нейният цикъл е по-дълъг от 32 дни. Ако едно от двете се случи повече от един път за 12 месеца, трябва да се използва друг метод, защото МБД няма да е ефективен, както при жени с цикъл в рамките на 26-32 дни.



10 СПЕШНА КОНТРАЦЕПЦИЯ

1. Въведение

Спешна контрацепция наричаме извънредна процедура за предотвратяване на нежелана бременност след полов акт без предпазни средства.

Понякога назовават спешната контрацепция "хапчето на следващата сутрин" или "контрацепция след акта". Тази терминология е донякъде обърквaща, тъй като не е задължително контрацептивът да бъде таблетка и може да се използва до 5 дни след необезопасен полов акт, а не само на следващата сутрин. Терминът "спешна контрацепция" е за предпочитане, понеже подчертава спешността на ситуацията.

В средата на 60-те години на миналия век се установи, че приети орално след акта, определени стероидни хормони предпазват ефективно от забременяване. Особено подходящи за спешна контрацепция са и вътрематочните спирали, съдържащи мед.

1.1. Общи показания

Спешна контрацепция се прилага:

- Когато не е използвано контрацептивно средство.
- Когато се е случил инцидент или неправилна употреба на контрацептивно средство:
  - Три или повече последователни дни са пропуснати таблетки, съдържащи комбинирани орални контрацептиви.
  - Една таблетка прогестогенов орален контрацептив е взета три или повече часа по-късно.
  - Скъсал се е или изхлузил презерватив.
  - Разместила се е или рано е извадена диафрагма.
  - Неуспешен опит за прекъснат полов акт (т.е. еякулация във вагината или върху външните полови органи).
  - Погрешно изчисление на безопасния период при календарния метод.
  - Изхвърляне на спирала.
- Когато жената е станала жертва на сексуално насилие.

1.2. Видове спешна контрацепция

За спешна контрацепция се използват:

- *Таблетки за спешна контрацепция* – прогестогенови или комбинирани орални контрацептиви с естроген/ прогестоген.
- *Спирала с медна нишка*.

2. Таблетки за спешна контрацепция

2.1. Схема на прием

Прогестогенови таблетки

Най-удобният прием е единична доза, съдържаща 1.5 mg левоноргестрел, взета възможно най-скоро след полов акт без предпазни средства. Алтернативен вариант е еднократна доза от 0.75 mg левоноргестрел, взета възможно най-скоро след необезопасен полов акт, последвана от същата доза 12 часа по-късно.

Както е подчертано, и при двата варианта ефективността е толкова по-голяма, колкото по-рано са взети таблетките. Най-резултатни са те, ако бъдат взети до 3 дни (72 часа). Но съществуват и нови наблюдения, според които ефектът им частично се задържа до 5 дни след полов акт без предпазни средства.

Когато липсват таблетки, съдържащи 0.75 mg левоноргестрел, могат да се използват таблетки за нормална контрацепция, всяка от които съдържа по 0.03 mg левоноргестрел (мини-таблетки). Първоначално трябва да се вземат 25 такива мини-таблетки и приемът да се повтори 12 часа по-късно. (Има вероятност абсорбцията на хормона да е по-малка, когато дозата е приета с голям брой хапчета.)

Комбинирани таблетки

Комбинираните таблетки с естроген/ прогестоген, съдържащи естрадиол и левоноргестрел, се приемат по схема, наречена "Метод на Юзпе". Когато разполагате с таблетки, съдържащи 50 μg етинил естрадиол и 0.25 mg левоноргестрел:

- Първата доза от 2 таблетки се приеме възможно най-скоро след половия акт без предпазни средства, но не по-късно от 72 часа. Приемът трябва да бъде последван от още 2 таблетки 12 часа по-късно.

Когато разполагате с таблетки, съдържащи 30 μg етинил естрадиол и 0.15 mg левоноргестрел:

- Първата доза от 4 таблетки се приема възможно най-скоро след полов акт без предпазни средства, но не по-късно от 72 часа. Приемът трябва да бъде последван от още 4 таблетки 12 часа по-късно.

Повече информация за марките таблетки с посочения състав, разпространени в различните държави, може да намерите в Списъка на хормоналните контрацептиви на МФСП, намиращ се на Интернет, адрес: www.ippf.org.

Начин на действие

Спешната хормонална контрацепция постига своя ефект чрез няколко механизма, в зависимост от фазата на цикъла, през която е взета таблетката. Тя може да попречи или да отложи овулацията, а също да взаимодейства с яйчника, да повлияе върху придвижването на сперматозоидите и оплождането. Показателите се различават според това, дали спешната хормонална контрацепция причинява промени в ендометриума, които са достатъчни, за да попречат на имплантирането. Няма доказателства, че тя откъсва ембриона след имплантирането му. Спешната хормонална контрацепция не причинява аборт.

2.2. Ефикасност

Прилагането на прогестогенови таблетки намалява риска от забременяване след единичен полов акт с около 60%-93%, а използването на комбинирани препарати с около 59%-89%, ако са приети до 72 часа. Това означава, че ако за потребителката е имало 8% вероятност да забременее след полов акт без предпазни средства, спешната контрацепция ще намали вероятността до 1%-2%. Ефикасността е толкова по-голяма, колкото по-рано е използван методът.

2.3. Странични ефекти

- *Гадене.* Наблюдава се при близо 50% от потребителките, но обикновено не продължава повече от 24 часа. Гадене се появява при близо 20% от жените, използвали прогестогенови таблетки за спешна контрацепция.
- *Повръщане.* Появява се при около 20% от използвалите таблетки за спешна контрацепция и при 5% от жените, употребили прогестогенови таблетки. Когато се прилагат комбинирани препарати, желателно е

предварително да се приемат лекарства против повръщане. Ако се използват таблетки, съдържащи само левоноргестрел, такива лекарства не са необходими.

Ако настъпи повръщане до един час след приемане на таблетките, честа практика е дозата да се повтори, въпреки че няма доказателства това да подобрява ефикасността. Всъщност повръщането вероятно показва, че хормонът е абсорбиран.

Когато потребителката повръща, може допълнително да се приложат таблетки вагинално. Макар да няма клинични данни, които да потвърждават ефикасността на тази практика, известно е, че стероидните хормони се абсорбират лесно през вагината.

- Нередовно маточно кървене. Възможно е някои жени да получат зацапване след вземане на таблетки за спешна контрацепция. В повечето случаи менструалният цикъл се появява навреме или по-рано. Ако закъснението е от повече от една седмица, трябва да се изключи евентуална бременност.
- Други странични ефекти: напрежение в гърдите, главоболие, умора, коремна болка и виене на свят.

2.4. Показания

Виж раздел 1.1 на настоящата глава.

2.5. Медицински критерии за приложимост

Няма известни противопоказания за използването на спешна хормонална контрацепция. Въпреки че методът не се препоръчва за жени с установена или подозирана бременност, спешната хормонална контрацепция не влияе на бременността и не вреди на плода. Няма нужда от физически преглед преди прилагането ѝ.

Съмнения за бременност

Ако жената желае да използва метода за спешна контрацепция, но не може да определите с абсолютна сигурност дали е бременна, дайте ѝ съответните таблетки, като ѝ обясните, че е възможно вече да е бременна и в такъв случай приемът няма да е ефективен.

Тъй като дозата хормони, които се използват за спешна контрацепция, е малка и таблетките се дават за кратък период от време, медицинските кри-

терии за приложимост при продължителна употреба на комбинираните орални контрацептиви и прогестогеновите таблетки не се прилагат.

Лекарствени взаимодействия

На потребителките трябва да се обясни, че ефективността на таблетките за спешна контрацепция намалява, ако се приемат лекарства, които потискат действието на обикновените орални контрацептиви (включващи рифампицин, гризеофулвин, барбитурати и др.) Понастоящем няма достатъчна информация за възможните взаимодействия на спешната хормонална контрацепция с други медикаменти, за да се дадат специфични препоръки, увеличаващи дозировката на таблетките.

2.6. Кой може да предоставя таблетки за спешна контрацепция

Лекари, медицински сестри, акушерки, друг медицински персонал, фармацевти и здравни работници в общността, които са подходящо обучени и спазват местните закони и разпоредби.

Когато таблетките за спешна контрацепция се предоставят чрез неклинични заведения, отговорните лица трябва да пренасочват при необходимост потребителите към специализирани заведения (например ако са изминали повече от 72 часа след половия акт и спешната хормонална контрацепция вече не е най-ефективна).

Когато таблетките се предоставят чрез аптеки, потребителят следва да получи и адекватна информация.

2.7. Консултиране и информация

Консултирайте потребителите в спокойна и приятелска обстановка. Уверете ги, че се спазва абсолютна конфиденциалност. Това важи особено за младежите. Окажете им колкото е възможно повече подкрепа и се въздържайте от осъдителни коментари. Не показвайте неодобрение чрез жестове или изражение на лицето си. Там, където е трудно да се постигне уединение и спокойна беседа (например в аптеките), дайте таблетките на жената заедно с необходимите указания за употребата им и я посъветвайте да се срещне със специалист по СП или здравен работник, за да я консултира по въпросите на обикновена контрацепция.

Консултиране при спешна контрацепция

То трябва да съответства на тревогите на клиента и на създалите се обстоятелства. Някои хора не желаят да обсъждат решението си за използване на спешна контрацепция. В такива случаи им предоставете метода с необходимите указания и ги окуражете да се върнат в удобно време, за да бъдат консултирани за обикновената контрацепция. Подгответе се за следните въпросите, които потребителите най-често желаят да изяснят:

- Начин на действие (някои изискват уверение, че спешната контрацепция не е аборт).
- Възможностите на спешната контрацепция.
- Възможността за провал на спешната контрацепция.

Информирайте жената, че употребата на таблетки за спешна контрацепция не я предпазва от бременност, ако по-късно осъществи нов полов акт без предпазни средства. Обяснете ѝ, че спешната контрацепция не предпазва от половопреносими инфекции (ППИ), включително ХИВ, и че сексът без предпазни средства я излага на такъв риск. След оценка на риска от заразяване с ППИ, жената трябва да бъде консултирана и да ѝ се предложат необходимите здравни услуги.

Разяснете ѝ, че ако осъществи полов акт по време на същия цикъл, след като е приела таблетки за спешна контрацепция, все още съществува риск от бременност, понеже методът понякога променя времето на овулацията. След предприета спешна контрацепция до края на цикъла трябва да се използва метод за предпазване (например презервативи).

Консултиране относно обикновена контрацепция

Когато е възможно, на потребители, търсещи спешна контрацепция, трябва да се предлага консултиране и по въпросите на обикновената контрацепция, без това да е предпоставка за предоставяне на спешната контрацепция, а да се върши единствено по желание на посетителя.

- Разберете какъв метод на контрацепция използва жената, ако въобще използва такъв.
- Ако причината за търсене на спешна контрацепция е инцидент или неправилна употреба на обикновена контрацепция, обмислете с потребителката как да се избегне подобна ситуация в бъдеще.
- Обсъдете бъдещата контрацепция, като проявите добронамереност (виж раздел 2.11).

2.8. Оценка на здравословното състояние

Изключете възможността жената да е бременна:

- Проверете датата на последната ѝ менструация и дали тя е била нормална.
- Проверете датата на последния ѝ полов акт без предпазни средства.
- Установете дали по време на същия менструален цикъл е имала друг полов акт без предпазни средства.

Друга оценка на здравословното състояние (например тазов преглед, лабораторни тестове) не е необходима.

2.9. Инструкции към потребителя

Предоставете метода с необходимите устни и писмени указания за употребата му.

- Обяснете неговото правилно използване (виж раздел 2.1). Уверете се, че жената е разбрала кога да изпие всяка доза.
- Посъветвайте я да пийне мляко или да хапне леко с таблетките, за да намали гаденето.
- Обяснете, че таблетките за спешна контрацепция няма да я предпазят от бременност, ако осъществи полов акт без предпазни средства през следващите няколко дни или седмици. Посъветвайте я, ако прави секс, да използва бариерен метод до следващата менструация.
- Подчертайте, че таблетките за спешна контрацепция не са подходящи за обикновена контрацепция. Повторната им употреба обикновено води до повишен риск от бременност и странични ефекти.
- Обяснете, че след употреба на таблетки за спешна контрацепция следващият менструален цикъл в повечето случаи настъпва по-рано или навреме. Ако менструацията закъснее с повече от една седмица, трябва да се провери вероятна бременност.
- Посъветвайте жената да се върне или да посети препоръчана клиника, когато това се налага – ако менструацията ѝ закъснее повече от една седмица или има друга причина за безпокойство (например болка ниско в корема, тежко кървене). Желателно е потребителката да се яви за контрацептивна консултация възможно най-скоро след началото на менструалния ѝ цикъл.

2.10. Повторно посещение

Ако потребителката вече редовно използва обикновен метод на контрацепция, не се налага повторно посещение във връзка с приложената спешна контрацепция, освен ако менструацията ѝ не е закъсняла, има съмнения, че е бременна или други причини за безпокойство.

По време на контролната визита

- Запишете данни за менструацията, за да потвърдите, че не е бременна. Ако има съмнения, направете тест за бременност (виж гл. XI – „Диагностика на бременността").
- Обсъдете подходящи възможности за контрацепция (виж раздел 2.11).
- Ако жената желае, предоставете ѝ контрацептивен метод според нейния избор.

Неуспех на таблетките за спешна контрацепция

- Обяснете на жената наличните възможности и я оставете да реши какво е най-подходящо в нейния случай. Решението ѝ трябва да бъде уважено и подкрепено. Ако се налага, пренасочете я към други здравни служители.
- Ако тя не иска да прекъсва бременността, уверете я, че няма никакви доказателства за тератогенен ефект (причиняващ малформации) след употреба на таблетки за спешна контрацепция.
- Смята се, че таблетките за спешна контрацепция не увеличават общия риск от ектопична бременност, но при неуспешна тяхна употреба процентът ектопични бременности изглежда по-голям в сравнение с общата популация бременни жени. Проверете възможността за ектопична бременност във всички случаи, когато се е стигнало до неуспех на таблетките за спешна контрацепция.

2.11. Насърчете употребата на обикновена контрацепция след прилагане на таблетки за спешна контрацепция

Презервативи: могат да се използват незабавно.

Диафрагми: могат да се използват незабавно.

Орални контрацептиви: няма нужда да се отлага прилагането им до началото на следващия менструален период – употребата може да започне на след-

вящия ден, след като бъде приета единствената или втората доза за спешна контрацепция.

Инжекционни контрацептиви: първата инжекция може да се постави до 7 дни от началото на следващия менструален цикъл.

Подкожни импланти: те се поставят до 7 дни от началото на следващия менструален цикъл.

Спирала: поставя се през следващия менструален цикъл. Ако жената възнамерява да използва спиралата като дългосрочен метод и отговаря на критериите, спешното поставяне на мед-съдържаща спирала може да е подходяща алтернатива на таблетките за спешна контрацепция (виж раздел 3).

Календарен метод: ако няма промени в менструалното кървене, той може да започне през следващия цикъл. Ако методът е нов за жената, тя трябва да използва други средства за контрацепция (нехормонални), докато се научи да го използва.

Стерилизация: операцията се извършва, само когато жената е направила информиран, свободен избор. Не се препоръчва това решение да бъде взето в условията на стрес, който често съпътства употребата на таблетки за спешна контрацепция.

3. Спирала, съдържаща мед

Спирала с медна нишка се използва като средство за спешна контрацепция до 5 дни след необезопасен полов контакт. Когато се знае времето на овулацията, спиралата може да се постави и повече от 5 дни след половия акт, но не повече от 5 дни след овулацията.

3.1. Ефикасност

Наблюденията сочат, че методът е много ефикасен. След полов акт без предпазни средства по-малко от 1% жени забременяват, след като са използвали за спешна контрацепция мед-съдържаща спирала.

3.2. Показания

В допълнение към показанията, посочени в раздел 1.1 на настоящата глава, използването на спирала се препоръчва, когато:

- Хормоналните методи са по-малко ефективни, защото са изминали повече от 72 часа.
- Потребителката е решила да използва спирала като дългосрочен метод.

3.3. Медицински критерии за приложимост

Общите критерии за приложимост при обикновеното използване на спирала важат и за спешната контрацепция.

Категория 4

Противопоказания

Не съветвайте да се използва и не поставяйте спирала при жени с:

- Установена или подозирана бременност.
- Сепсис след раждане или след аборт – в момента или през последните три месеца.
- Тазово-възпалителна болест (ТВБ) в момента (ако се развие по време на употреба на спирала, става категория 2).
- Инфекция, предавана по полов път (ППИ) в момента (отнася се за ППИ, която може да доведе до инфекция на шийката на матката – хламидия или гонорея). Ако такава се развие по време на употреба на спирала, става категория 2.
- Гноен цервицит.
- Потвърдено или подозирано злокачествено образуване на гениталния тракт.
- Неизяснено вагинално кървене (предполагащо сериозно състояние). Ако се развие по време на употреба на спирала, става категория 2.
- Рак на ендометриума (ако се развие по време на употреба на спирала, става категория 2).
- Вродени абнормалности на матката или доброкачествени тумори на матката (фиброиди), които изкривяват кухината по начин, правещ невъзможно правилното поставяне на спиралата.
- Злокачествено гестационно трофобластно заболяване.

- Известна тазова туберкулоза (ако се развие по време на употреба на спирала, става категория 3).

При левоногестрел-освобождаваща спирала важи и следното противопоказание:

- Рак на гърдата в момента

Информирайте всяка жена с противопоказание (различно от бременност) за алтернативните методи на контрацепция (виж също гл. II – „Консултиране").

3.4. Специални случаи

Риск от ППИ

За жена без клинично очевидна гинекологична инфекция, но с висок риск от ППИ (например няколко сексуални партньора), таблетките за спешна контрацепция са по-добър вариант от спиралата. Въпреки че може да използва спирала за спешна контрацепция, посъветвайте я да премине към друг метод на контрацепция при следващия си менструален цикъл.

Изнасилване

Поставянето на спирала може да бъде емоционално травмиращо за жена, която е била жертва на сексуално насилие. Също така съществува риск от заразяване с ХИВ/ СПИН. Ето защо таблетките за спешна контрацепция трябва да бъдат предпочетени. Въпреки това спирала може да бъде поставена, при условие че жената е подходящо консултирана и рискът от ХИВ/ СПИН е правилно оценен.

3.5. Кой може да поставя спирала

Лекари, акушерки, медицински сестри и други здравни специалисти, които са подходящо обучени да поставят спирала и се съобразяват с местните закони и разпоредби.

3.6. Консултиране и информация

Общите принципи на консултиране, изложени в раздел 2.7 на тази глава, се прилагат и при използване на спирала за спешна контрацепция.

Обсъдете възможността жената да запази спиралата за продължителна контрацепция. Ако тя желае да я използва по-дълго време, вижте следващите въпроси за обсъждане в гл. VI. Ако не желае, кажете ѝ да се яви за изваждане на спиралата по време или веднага след следващото менструално кървене.

3.7. Оценка на здравословното състояние

Изключете възможността жената да е бременна чрез:

- Проверете датата на последното ѝ менструално кървене и дали то е било нормално.
- Проверете датата и времето на последния полов акт без предпазни средства.
- Установете дали по време на същия менструален цикъл жената е имала друг полов акт преди този без предпазни средства.
- Направете бимануален тазов преглед.

Ако след извършване на горното, все още имате съмнения, направете тест за бременност с урина (виж гл. XI – „Диагностика на бременността").

Запишете:

- Гинекологичната история.
- Настоящи заболявания, включително история на ППИ и рискови фактори за ППИ като няколко сексуални партньора.

Извършете физически преглед:

- Визуализация на цервикса със спекулум и бимануален тазов преглед.
- Всички други прегледи, налагащи се от медицинската история.

3.8. Поставяне на спиралата

Поставянето е същото, както при спиралите за продължителна употреба (виж гл. VI – „Вътрематочни средства (ВМС, спирали)", раздел 10).

3.9. Инструкции за потребителите

- Обяснете, че през първите 24–48 часа след поставяне на спиралата могат да се появят болезнени спазми. Ако болката е силна, да се вземат болкоуспокояващи таблетки като аспирин, ибупрофен или парацетамол.
- Ако жената не възнамерява да задържи спиралата за продължителна контрацепция, кажете ѝ да се върне за изваждането по време или непосредствено след следващата ѝ менструация.
- Ако тя смята да задържи спиралата за продължителна контрацепция, дайте ѝ напътствия съобразно гл. VI, раздел 11.

3.10. Повторно посещение

Изискайте от жената да се върне по време или скоро след следващата ѝ менструация.

- Ако тя не желае да задържи спиралата, извадете я и посочете алтернативни контрацептивни възможности и свързаните с тях услуги.
- Ако пожелае да задържи спиралата за продължителна контрацепция, проверете дали е поставена правилно и дайте информация за продължителната употреба и контролните прегледи (виж гл. VI, раздели 11 и 12).

Ако менструацията на потребителката закъснява след поставяне на спирала като средство за спешна контрацепция, проверете дали не е бременна (виж гл. XI – „Диагностика на бременността"). Ако е бременна, постъпете според инструкциите в гл. VI, раздел 15.

3.11. Странични ефекти

Страничните ефекти са същите, както при продължителната употреба (виж гл. VI, раздел 14). Ако жената не запази спиралата за продължителна употреба, страничните ефекти обикновено изчезват след изваждането.

4. Мениджмънт на услугите

4.1. Застъпничество

Работещите в сферата на СРЗ/ семейно планиране трябва да се застъпват за предлагането на спешна контрацепция. Необходимо е да се положат разностранни усилия, за да нараснат знанията за метода сред обществеността и политиците и да се получи подкрепата им. Важно да се работи съвместно по този въпрос с организации, които отстояват правата на жените, и групи, защитаващи сексуалните и репродуктивни права.

4.2. Осигуряване на информация

Нужно е хората да знаят за съществуването на спешна контрацепция и как да я получат, за да разчитат на нея в случай на полов акт без предпазни средства.

Тя обаче е непозната не само на потенциалните потребители. Понякога и предлагащите услуги в областта на семейното планиране не са достатъчно информирани. Ето защо е важно програмите по сексуално и репродуктивно здраве да разработят стратегии, които:

- Да променят нагласите и да преодоляват съмненията на предоставящите услуги.
- Да увеличават знанията им за наличните методи и тяхната употреба.
- Да разпространяват познание за метода сред потенциалните потребители, включително подрастващите, като се рекламират наличните средства за спешна контрацепция и местата, където могат да се получат. Информация за спешната контрацепция трябва да се включва в обучението по сексуално и репродуктивно здраве, провеждано както в съответните заведения, така и в общността.

4.3. Увеличаване на достъпността

За да бъде спешната контрацепция по-достъпна, от програмите по сексуално и репродуктивно здраве се изисква:

- Да осигуряват услугата на достъпна цена.
- Да я предлагат на всички потенциални потребители, които се нуждаят от нея.
- Да осигуряват таблетки за спешна контрацепция чрез клинични и неклинични заведения, за да стигнат до лица, които живеят в отдалечени области (например села) или са твърде неуверени, за да посетят клиника (например самотни жени, девойки или жертви на сексуално насилие).
- Да увеличат максимално използването на спешната контрацепция чрез внимателно изучаване на съществуващите ограничения и чрез премахване на ненужните пречки.

4.4. Места, където се предоставят услугите

Клинични заведения

- Клиники по сексуално и репродуктивно здраве/семейно планиране.
- Други здравни заведения.
- Общопрактикуващи/семейни лекари.

Неклинични места

- *Услуги, осъществявани в общността.* Те са много практични, за да се осигури спешна хормонална контрацепция на лица, с които клиниката не е свързана. Здравният работник в общността трябва да разчита на система за пренасочване, тъй като е възможно да се наложи поставяне

на мед-съдържаща спирала или друга услуга, свързана със сексуалното и репродуктивно здраве, включително диагностика на бременност. Специалистите в клиничните заведения да са готови да осъществят здравни услуги и на потребители, които се изпратени от неклиничната система, базирана в общността. Виж гл. V, раздел 4.1.

- *Търговски канали.* Търговски канали като аптеките са много полезни при осигуряването на спешна хормонална контрацепция. Те са лесно достъпни и обслужването е бързо. Аптеките трябва да са снабдени с печатни брошури, предоставящи подробна информация за спешната хормонална контрацепция. Персоналът също следва да е добре обучен, а при необходимост да пренасочва потребителите към клинично заведение – ако са дошли 72 часа или повече след необезопасения полов акт или имат нужда от други клинични грижи. Социалният маркетинг на таблетки, специално опаковани за спешна контрацепция, е друг ефективен начин за увеличаване на достъпността.

Младежки информационни центрове

Спешната контрацепция е особено важна за юношите, които все още осъзнават собствената си сексуалност. Бременността в ранна възраст носи рискове за здравето, а използването на спешна контрацепция намалява броя на забременяванията. Младите жени и девойките често се затрудняват да намерят необходимата им информация и/ или услуги за спешната контрацепция, защото те:

- Не знаят за нейното съществуването.
- Липсва им смелост или чувстват неудобство да посетят клиника по СРЗ/ СП.
- Не знаят къде се намира заведението, което предоставя услугите.
- Работното време на клиниката не им е удобно.
- Страхуват се от тазов преглед, който не се изисква при таблетките за спешна контрацепция.
- Опасяват се, че ще бъдат укорени от специалистите, предоставящи услугата.

Младежките центрове трябва да предоставят информация за този метод по време на консултативните си сесии, а някои от тях, ако е необходимо, могат и сами да предлагат спешна хормонална контрацепция.

Най-добра помощ за подрастващите е консултирането с разбиране и съчувствие, спазването на конфиденциалност и улеснения достъп до мерки, които намаляват рисковете.



11 ДИАГНОСТИКА НА БРЕМЕННОСТТА

1. Въведение

Диагностицирането на бременността е важен компонент от сексуалното и репродуктивно здраве (СРЗ)/семейното планиране и от други здравни услуги, свързани с репродуктирането. В тази насока клиниките по СРЗ/семейно планиране предлагат услуги на жени, които:

- Планирали са бременност и са очаквали да забременеят.
- Имали са незащитен полов контакт и подозират бременност.
- Искат да използват определени методи за контрацепция (например вътрематочно средство) и трябва да изключат възможността за налична бременност.
- Претърпели са неуспех при контрацепция.

Съществуват много начини за диагностициране на бременност. В зависимост от условията се използват различни методи – съобразно тяхната наличност и достъпност. На много места например липсват биохимични тестове. Въпреки че диагнозата за бременност може да се постави и само клинично (без лабораторни тестове), тази техника е надеждна едва след 8-10 седмична аменорея.

В случай на бременност е важно да се определи гестационната възраст, за да се знае вероятната дата (термин) на раждане. Определянето е важно и за диагностициране на определени усложнения (например ектопична бременност или застрашаващ аборт). Когато жената обмисля аборт и той е законно разрешен, информацията за гестационната възраст й помага да вземе решение, а на лекарите – да изберат подходяща техника.

2. Клинична диагностика (без лабораторни тестове)

Клиничната диагноза за бременност (без лабораторни тестове) се постига чрез внимателно снемане на анамнеза и извършване на физически преглед, като се разчита на признаците и симптомите, свързани с бременността. Най-важен симптом е аменореята, която, съпроводена и от други симптоми, предполага голяма вероятност за бременност. Гинекологичният преглед е полезен при поставяне на диагноза след шестата гестационна седмица.

3. Симптоми и признаци на бременност

3.1. Симптоми

Симптомите на бременност включват:

- Липса на менструация (аменорея).
- Гадене (с или без повръщане) и промени в апетита.
- Постоянна умора.
- Болезненост или набъбване на гърдите.
- По-често уриниране.
- Усещане за движение на плода (късен симптом, след 16-20 гестационна седмица).

3.2. Признаци

Признаците на бременност включват:

- Омекване, заобляне и увеличаване на матката (забелязва се след 6-та гестационна седмица).
- Симптом на Hegar – истмусът, разположен между шийката и тялото на матката, е омекнал и това се усеща при бимануална палпация (забелязва се приблизително след 6-та гестационна седмица).
- Пулсации на матката (полезни са за разпознаване на бременност преди 6-та гестационна седмица).
- Увеличената матка е осезаема над симфизата след 12-та гестационна седмица.
- Долавяне на сърдечни тонове на плода със стетоскоп след 18-20 гестационна седмица.
- Движения на плода могат да се усетят от лекаря след 18-20 гестационна седмица.

4. Лабораторна диагностика

Всички съвременни биохимични тестове включват антитела, които определят наличието на човешки хориален гонадотропин (ЧХГ) в урината или

кръвта на жената. ЧХГ е протеин, произвеждан от плацентата или нейния прекурсор, и е тясно свързан лутеинизиращ хормон (LH), фоликуло-стимулиращ хормон (FSH) и тиреотропен хормон. Всеки от тези хормони има две подединици, алфа-верига и бета-верига. Алфа-подединиците са почти идентични, така че само тест, който избираемо идентифицира бета подединицата на ЧХГ, е специфичен за ЧХГ. ЧХГ може да се определи 7-9 дни след овулация. Тестовете за бременност се разделят на 2 групи:

- Тестове за инхибиране на аглутинацията.
- Имунометрични тестове и радиоимунология.

Имунометричните тестове и радиоимунологията са по-чувствителни и точни от тестовете за инхибиране на аглутинацията, но са по-скъпи.

4.1. Тестове за инхибиране на аглутинацията

Тези тестове са евтини, лесни за употреба и разпознават бременността с висока степен на сигурност около 6 седмици след последната менструация или 2 седмици след пропусната такава. Тъй като жените обикновено искат да бъдат тествани за бременност, едва след като са пропуснали един цикъл, аглутинационните тестове са подходящи за повечето случаи. Антителата срещу ЧХГ се свързват с ЧХГ в урината на жената и дават положителен резултат в теста. Тъй като тези тела не са специфични за бета-подединиците на ЧХГ, има вероятност от кръстосани реакции с LH, FSH или тиреотропин. За да се предотвратят фалшиви положителни резултати, чувствителността на тези тестове (около 2 000 mIU/ml ЧХГ) е така подбрана, че за положителен резултат се изисква висока концентрация на ЧХГ и следователно, възможността за кръстосани реакции намалява. Тестовете са подходящи за потвърждаване на бременност между 6 и 16 седмици на аменорея. При ниска концентрация на ЧХГ могат да се получат фалшиви отрицателни резултати, каквито се откриват при ранна бременност, бременност след 16-20 гестационни седмици, ектопична бременност или застрашаващ аборт.

4.2. Имунометрични тестове и радиоимунология

Тези тестове със сигурност определят ниски концентрации на ЧХГ и са подходящи за диагностициране на ранна бременност, включително на ектопична бременност. Те са специфични за бета-подединицата на ЧХГ и следователно, не реагират кръстосано с други хормони.

Имунометричните тестове могат да определят концентрация на ЧХГ от порядъка на 5-50 mIU/ml в проба от урина. Такива тестове вече се предлагат

и под формата на комплект, за домашна или клинична употреба. Резултатите им са положителни при 98% от жените до 3-4 дни след закъснение на менструацията.

Радиоимунологията използва радиоизотопи за откриване на ЧХГ в серума и обикновено се провежда в болнични лаборатории. Резултатите са точни, с чувствителност 5 mIU/ml ЧХГ до 7 дни от оплождането.

5. Как да бъдем сравнително сигурни, че жената не е бременна

Предоставящите услуги трябва да изключат възможна бременност преди да назначат метод за контрацепция, особено при хормонални контрацептиви или вътрематочни средства.

За да бъдем относително сигурни, че потребителката не е бременна, тя не трябва да проявява никакви признаци или симптоми за бременност. Освен това:

- Да не е имала полов контакт от последната редовна менструация.
- Правилно и последователно е използвала сигурни методи за контрацепция.
- Намира се в първите 7 дни от началото на последната редовна менструация.
- Минали са 4 седмици след раждане (за жените, които не кърмят).
- Храни изцяло или почти изцяло детето си със собствена кърма, има аменорея и са изминали по-малко от 6 месеца след раждането.
- Намира се в първите 7 дни след аборт.

Винаги съществува възможност за фалшива отрицателна диагноза на бременността, въпреки че тя се среща по-рядко при биохимичните тестове, отколкото ако се задоволим само с анамнеза и клиничен преглед.

6. Консултиране след установена бременност

Предложете консултация на всяка потребителка с положително установена бременност. Ако тя изпитва колебания, осигурете ѝ възможната подкрепа и информация, за да вземе информирано решение. При необходимост я препратете към други звена и специалисти. Когато жената смята да запази бременността си, обяснете ѝ важността на предродилните грижи, а също как и къде да ги получи.



12 БЕЗОПАСЕН АБОРТ

1. Въведение

Предизвиканият аборт е стандартна процедура по целия свят. Изчислено е, че всяка година се правят 46 милиона аборта и от тях почти 20 милиона са рискови. Годишно около 67 000 от смъртните случаи, свързани с раждане, се приписват на рисковите аборти. Законодателства, които ограничават абортите, не намаляват съществено техния общ брой, но значително увеличават броя на рисковите аборти.

Тъй като решението да се направи аборт обикновено е резултат от нежелана бременност, разширените и подобрени услуги за семейно планиране играят важна роля, като предотвратяват такива бременности и ограничават прибягването до аборт.

В случаите, когато абортът не е незаконен, съответните здравни специалисти трябва да бъдат обучени и оборудвани така, че да предлагат безопасна и достъпна услуга. Предоставянето или препращането към услуги, свързани с аборт, е основна част от сексуалната и репродуктивна грижа за здравето на жените. Действителното право на жената за избор е от изключителна важност за такива програми. Както и при всички останали сексуални и репродуктивни здравни услуги, правото на потребителя на поверителност и тайна трябва да бъде спазвано.

1.1. Определение

Абортът е прекъсването на бременност. Той бива спонтанен (помятане) или предизвикан. Абортът може да бъде предизвикан по хирургически път (например чрез вакуум-аспирация или чрез дилатация и кюретаж) или по медикаментозен път (като се използват антипрогестоген и/или простагландини). Едновременно абортът може да бъде извършен по безопасен или по рисков начин. Световната здравна организация (СЗО) определя „рисковия аборт" като „процедура за прекъсване на нежелана бременност или от хора, които нямат нужните умения, или в обстановка, при която липсват минималните медицински стандарти, или и при двата неблагоприятни фактора".

Когато обучен медицински персонал разполага с подходящо оборудване, използва правилна техника, спазва санитарните стандарти и извършва аборта в началните стадии на бременността, това е една от най-безопасните медицински процедури. След 10-та седмица от спиране на менструалния цикъл здрав-

ните рискове, макар и редки, леко нарастват с всяка следваща седмица от бременността. Тези рискове включват непълен или несполучлив аборт, кръвоизлив, инфекции, перфорация на матката, усложнения, свързани с анестезията, и дългосрочни последствия, които понякога се появяват след ранните усложнения.

Следователно, нужно е да се положат усилия обществото да бъде информирано, че абортът е най-безопасен, когато се извърши рано, и че жени, желаещи аборт, трябва да бъдат окуражавани да го направят колкото е възможно по-рано, за предпочитане преди 12-та седмица и дори преди 7 или 9 седмица (в зависимост от местното законодателство), при условие че ще бъде предприет медикаментозен аборт. Поради факта, че уменията на извършващия аборта са изключително важни за безопасността, здравният екип, който предлага услугата, трябва да бъде достатъчно обучен. Работещите в здравни заведения, където се правят аборти само в ранен стадий на бременност, трябва да са информирани за заведенията, към които могат да препратят пациентки в по-напреднал стадий. Техниките за прекъсване на бременност след 12-та седмица трябва да бъдат изпълнявани от специално обучени специалисти, които могат да използват дилатация и евакуация или Mifepristone с неколкократни дози простагландин, като например Misoprostol или Gemeprost, или интраамниални инжекции, или хипертонични разтвори, или интра/екстраамниален простагландин.

1.2. Общи показатели

В почти всички държави абортът е позволен от закона, когато трябва да бъде спасен животът на жената. Други причини, които правят аборта законен в голям брой страни, са:

- Да се запази физическото или психическо здраве на жената.
- Бременност след изнасилване или кръвосмешение.
- Увреждане на плода.
- Икономически и социални причини.
- По желание.

Там, където законът позволява, държавата е длъжна да осигури безопасни и достъпни услуги за желаещите да направят аборт. Здравните специалисти трябва да направят всичко необходимо, за да използват на практика и напълно законовите възможности.

1.3. Консултиране и информация

Още преди да посетят здравно заведение, много жени са решили твърдо, че бременността им ще бъде прекъсната. Някои обаче са несигурни дали да

направят аборт, изпитват притеснение или вина. Особено често това се случва при подрастващите, на които липсва и родителска подкрепа. Всяка жена, обмисляща аборт, трябва да получи подкрепяща и съпричастна консултация, която да отговаря на нейните нужди и културна среда. Когато професионалисти провеждат консултация, трябва да имат предвид:

- *Причината за аборта.* Ако има подозрение за принуда, това трябва да се обсъди насаме с жената.
- *Различните възможности, които съществуват за нея, и настроенията в обществената среда.* Жертвите на сексуално малтретиране имат нужда от допълнителни грижи.

Дори и след консултация, някои жени се нуждаят от допълнително време за своето решение. След като то е взето, пациентката трябва да бъде информирана за подробностите при процедурата и за избора на контрацептивни средства:

- Какво ще се случва по време и след процедурата и колко е нейната продължителност.
- Ако абортът е медикаментозен – какви лекарства ще бъдат използвани и очакваното кървене и болка.
- Ако абортът се извършва по оперативен път – какво представлява процедурата, включително лекарствата против болка и видът анестезия.
- Безопасността на процедурите.
- Моментните и по-късните странични ефекти и възможните усложнения.
- Кога ще може да възобнови нормалните си занимания, включително половите контакти.
- Последващата грижа.
- Консултиране за избор на контрацептивен метод както преди аборта, така и при всяко следващо посещение. Обяснете на жената, че овулацията ѝ може да се възобнови 2 седмици след аборта и че ако не използва ефективен метод за контрацепция, има риск да забременее отново. Когато тя смята, че бременността ѝ е резултат на неуспешно контрацептивно средство, извършващият услугата трябва да обсъди с нея тази възможност и ако установи, че причината е в неправилна употреба на контрацептивното средство, да ѝ даде нужното напътствие.
- Обмисляне на стерилизация. Периодът, в който се прави аборт, не е най-подходящ за вземане на такова важно решение. Въпреки това, ко-

гато пациентката няма възможност да се върне за процедурата в по-късен момент, стерилизация чрез минилапаротомия или лапароскопия може да бъде съчетана с аборта без какъвто и да е риск.

- Окуражавайте потребителите да задават въпроси и да споделят страховете си.

2. Информирано съгласие, конфиденциалност и поверителност

Към жените, дошли да направят аборт, трябва да се отнасяме с уважение и разбиране. Персоналът да ги подкрепя и напътства по разбираем за тях начин, така че да вземат своето решение за аборта без принуда или дискриминиране.

Задължение на медицинския състав е да не допуска информацията, получена от пациентите, да бъде разкрита без тяхно съгласие, а ако има такова, то да бъде дадено без какъвто и да е натиск и напълно осъзнато. В някои държави извършващият услугата няма право да дава медицинска информация дори с разрешение на пациента.

Нужно е медицинското заведение да осигури уединено място за разговори между пациенти и здравни професионалисти, както и за извършване на самата услуга.

3. Грижи преди аборта

Всеки пациент трябва да има медицински картон, в който да са събрани и записани важни елементи от анамнезата, физическия преглед и лабораторните изследвания.

3.1. Анамнеза

Освен личните данни на пациентката, включително броя деца, е необходимо да се получи следната информация:

- Последна нормална менструация (ПНМ), за да се установи продължителността на бременността (броят пълни дни или седмици от първия ден на последната нормална менструация). Рискът от предизвикан аборт нараства с всяка следваща седмица на бременността и изборът на метод зависи от изминалото време.

- Симптоми за ранна бременност (например напрегнатост и уголемяване на гърдите, гадене, промени в апетита и по-често уриниране) при пациентки, за които ПНМ не е била изчислена точно и диагнозата за бременност не е била поставена.
- Минали и настоящи болести и други състояния, които могат да повлияят при извършването на аборта (например кървене).
- Алергии.
- Приемане на медикаменти, които могат да взаимодействат с използваните по време на процедурата лекарства или да направят процедурата рискова (например антикоагулант).

3.2. Физически преглед

- Цялостна преценка за здравето на пациентката. Важно е да се установи, че липсва медицинско състояние, което може да увеличи риска от аборт. Ако такова състояние съществува, посетителката трябва да бъде препратена в специализирано заведение, където рискът ще е по-малък и усложненията могат да бъдат лекувани правилно.
- Бимануален гинекологичен преглед с цел:
  - Да потвърди бременността. Симптомите за ранна бременност (6-8 седмици) включват омекване на истмуса на маточната тръба и омекване и увеличаване на матката.
  - Да потвърди, че размерът на матката съответства на продължителността на бременността. По-малка от очакваното матка може да означава, че бременността не е толкова напреднала, колкото е била пресметната от деня на ПНМ, че има ектопична бременност или пропуснат аборт. По-голяма от очакваното матка може да означава, че бременността е по-напреднала от изчисленото, че е многоплодна бременност, че има наличие на фиброиди или че е моларна бременност.
  - Да определи позицията на матката – дали не е изместена напред, обърната обратно или разположена по начин, който би повлиял върху преценката за продължителността на бременността или би усложнил аборта.
  - Да се установят каквито и да било признаци за инфекции на репродуктивния тракт (ИРТ) и инфекции, предавани по полов път (ППИ). Наличието на ИРТ или ППИ увеличава риска от инфекция на таза след аборта. Когато дадена инфекция бъде открита клинично или чрез скрининг, трябва да бъдат предписани антибиотици преди абортът да бъде извършен.

3.3. Лабораторни изследвания

- Тест за бременност не е нужен, освен ако типичните симптоми не са добре проявени и лекарят не е сигурен дали има бременност.
- Наличие на хемоглобин/хематокрит, ако физическият преглед покаже анемия, или в области, където това състояние е често срещано. Целта е лекарят да се подготви за бързо реагиране в случай на кръвоизлив.
- Тестове за съвместимост на кръвната група и определяне на резус-фактора (когато е възможно) в случай на усложнения, изискващи преливане на кръв.
- Ултразвук за откриване на ектопична бременност под 6 седмици. Ако има опасения за ектопична бременност, изключително важно е бързо потвърждаване на диагнозата и започване на лечение, или пък жената да бъде отведена в заведение, където диагнозата може да бъде потвърдена и лечението започнато.
- В лечебни заведения, където Rh immunoglobin се предоставя редовно на жени с отрицателен резус-фактор, той трябва да бъде даден по време на аборта. Когато се използват медикаментозен методи, Rh immunoglobin се предоставя заедно с прилагането на простагландин.
- Може да бъде предложена цервикална цитология, особено на места, където са чести цервикалният рак и ППИ. Прилагането на тази услуга обаче не трябва да е предварително условие за извършване на аборт.
- Може да бъде предложено тестване за ХИВ, както и други тестове, свързани с ППИ или специфични заболявания.

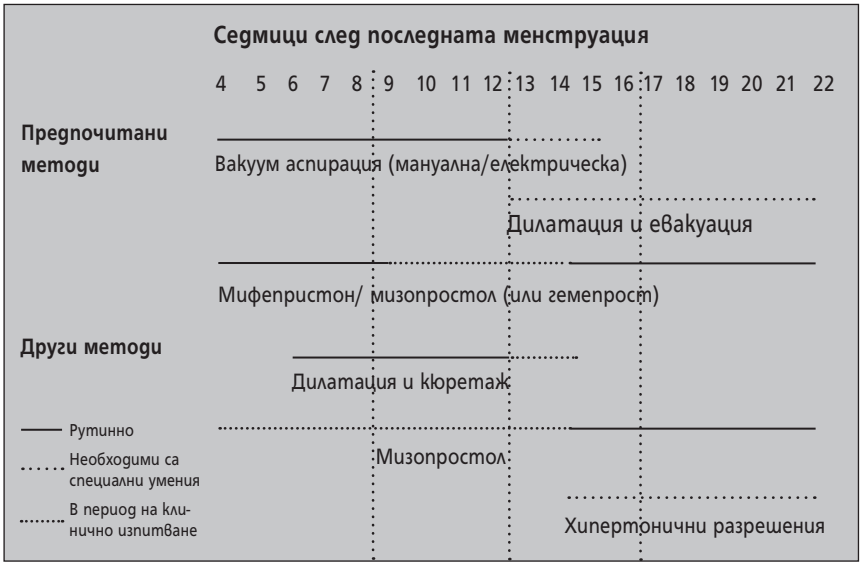
4. Методи за аборт

Методът за извършване на аборт зависи от продължителността на бременността, опита и уменията на лекаря, наличните възможности и предпочитанието на пациентката. В повечето случаи гестацията може да бъде надеждно определена от датата на ПНМ и от резултатите на гинекологичния преглед. Преглед с ултразвук е нужен, само когато има клинични подозрения за периода на гестация или подозрения за ектопична бременност. Както абортът с оперативна намеса, така и медикаментозният аборт се извършват без хоспитализиране, освен ако жената има сериозен здравен проблем или избраният метод изисква хоспитализиране. На фиг. 12.1 са показани подходящите методи в зависимост от гестационната продължителност.

4.1. Медикаментозни методи

Най-често употребяваните медикаментозни методи за прекъсване на бременност комбинират лечението с антипрогестоген Mifeprostone и с простагландин, например Misoprostol. Медикаментозните методи, прилагани до 9-та седмица, са безопасни и ефективни. От 9-та до 14-та седмица се препоръчват методи с оперативна намеса, тъй като ефикасността на медикаментозния аборт е по-ниска, загубата на кръв – по-голяма и е по-вероятно абортът да е непълен. След 14-та седмица, когато има възможност плацентата да се изхвърли напълно, медикаментозните методи предлагат безопасна и ефективна алтернатива на методите с оперативна намеса. По-малко от 5% жени, подложили се на медикаментозен аборт, имат нужда от хирургическа интервенция при продължаваща бременност или непълен аборт. Заведения, които предлагат медикаментозен аборт, трябва да имат достъп до клиники за хирургическа интервенция.

Фиг. 12.1 Методи на аборт по седмици от бременността.



И ранните, и късните медикаментозни аборти включват Mifepristone, последван, след вариращ интервал (до 48 часа), от простагландин. Обикновено след 14-та седмица от бременността простагландинът трябва да бъде даван повече от веднъж.

Алтернатива на комбинацията простагландин/антипрогестоген след 14-та седмица е аналогът на простагландин Misoprostol, въпреки че изглежда по-малко ефективен, действа по-бавно и е по-вероятно да се появят странични ефекти в гастроинтестиналния тракт. Режимът с Misoprostol до 14-та седмица в момента се проучва, тъй като е лесно достъпен и цената на съставката е ниска. Тъй като съществуват опасения от малформации при жени, които избират Misoprostol като средство за предизвикване на аборт, те трябва да бъдат предупредени, че ако се случи медикаментозен неуспех, абортът трябва да бъде довършен по оперативен начин.

Комбинацията от Metothrexate с простагландин не се препоръчва, тъй като е по-малко ефективна от комбинацията Mifepristone/простагландин, процедурата е бавна и също има опасения от малформации.

Някои от често използваните режими Mifepristone плюс простагландин, препоръчвани от СЗО, са показани в табл. 12.1.

Медикаментозните методи предизвикват следните страничните ефекти:

- Крампи и продължително течение, подобно на менструално. Кървенето обикновено трае 9 дни, но в някои редки случаи може да продължи до 45 дни.
- Гадене.
- Повръщане.
- Диария.

Табл. 12.1. Често използвани режими mifepristone плюс простагландин.

Табл. 12.1. Често използвани режими mifepristone плюс простагландин.	
До 9 завършени седмици от ПНМ 200 mg mifepristone, последван след 36-48 часа от: 1 mg gemeprost вагинално; *или* 800 µg misoprostol вагинално; *или* 400 µg misoprostol орално до 7 завършени седмици.	**След 12 завършени седмици от ПНМ** 200 mg mifepristone, последван след 36-48 часа от: 1 mg gemeprost вагинално (повтаря се всеки 6 часа до максимум 4 дози и ако е нужно – всеки 3 часа до 4 допълнителни дози); или 400 µg misoprostol орално на всеки 3 часа до 5 дози; или 800 µg misoprostol вагинално, последван от 400 µg misoprostol орално на всеки 3 часа до максимум 4 дози.

1.1. Методи с оперативна намеса

Кой може да извършва хирургическите процедури

- Гинеколог.
- Обучен лекар.
- Обучен медицински персонал на средно ниво (само за вакуум-аспирациите) – там, където законът разрешава. Медицинският персонал на средно ниво са медицински работници, но не са лекари (например акушерки, медицински сестри, помощник лекари и т.н.).

Цервикална подготовка

Цервикалната подготовка, или прайминг, понякога се прави преди извършване на оперативни аборти в първото тримесечие, за да се улесни процедурата и да се ограничат непосредствените усложнения. Прилагат се осмотични дилататори или фармакологични вещества. Препоръчва се за жени:

- Нераждали, бременни по-дълго от 9 завършени седмици.
- По-млади от 18 години.
- Бременни по-дълго от 12 завършени седмици.

Цервикалната подготовка е уместна и за жени:

- С цервикални аномалии.
- Които са имали предишни цервикални операции.
- При които има висок риск от цервикално нараняване или перфорация на матката, причиняващи прекомерно кървене.

Лекарства при болка

Прагът на болка е различен и зависи от възрастта, напредналостта на бременността, предишни вагинални раждания и страха на жената. Консултирането и съчувственото отношение намаляват тревогите на пациентката и усещането ѝ за болка. Присъствието на член от семейството също ограничава страховете. Винаги обаче трябва да бъдат предлагани самостоятелно или комбинирано следните лекарства за намаляване на болката:

- Аналгетици, намаляващи усещането на болка.
- Успокоителни за овладяване на нервността.
- Анестезия за притъпяване на физическото възприятие.

Анестезия

Препоръчва се парацервикален блок с местна упойка, например lidocaine (lignocaine), когато е нужна механична цервикална дилатация за извършването на аборт с оперативна намеса.

- Убедете се, че пациентката няма алергии към lidocaine или подобни лекарства.
- Пригответе 20 ml 0,5% разтвор lidocaine без epinephrine.
- Инжектирайте го под цервикалната лигавица около шийката на матката, като внимавате да не попаднете в кръвоносен съд.

Използването на обща анестезия не се препоръчва при аборт, тъй като тя увеличава клиничните рискове. Някои жени обаче може да поискат обща анестезия и нейната употреба да е за предпочитане при трудни процедури. Всяко заведение, предлагащо обща анестезия, трябва да има обучен персонал, който да я предписва и да се справя с усложнения.

Хирургически принципи за осигуряване на безопасност

Персоналът трябва да е добре обучен за нужните хирургически техники, както и да разпознава в ранен стадии и да реагира бързо при усложнения. Необходимо е също:

- Заведенията да са одобрени според критериите за разрешително на съответната държава.
- Мерките за превенция на инфекции да бъдат спазвани стриктни (виж гл. XV – „Превенция и контрол на инфекциите").
- Всички инструменти и оборудване да са в добро работно състояние преди началото на хирургическата операция.
- Заведението да е добре заредено с лекарства и апаратура, за да се справя с животозастрашаващи ситуации и други спешни случаи.
- Стриктно да се спазват одобрените медицински насоки и процедури.

Видове оперативни техники

- Вакуум-аспирация.
- Дилатация и кюретаж.
- Дилатация и евакуация.
- Други методи.

Вакуум-аспирация

Вакуум-аспирацията е безопасна процедура, която евакуира съдържанието на матката чрез пластмасова или метална канюла, прикрепена към вакуум-помпа. Вакуумът може да бъде генериран или от електрическа помпа, или от 60 ml пластмасова спринцовка, държана с ръка. Наличните аспиратори използват пластични канюли с различна големина, с диаметър вариращ от 4 до поне 12 mm.

Това е предпочитаният метод до 12-та седмица от ПНМ, а някои обучени лекари могат да го прилагат до 15-та седмица. Препоръчва се парацервикален блок или лека седация, или и двете.

Канюлата може да бъде поставена:

- Без цервикална дилатация, ако се извърши в ранен стадий на бременността (преди 6-та седмица).
- Цервикална дилатация обикновено се изисква от 6-та до преди 9-та седмица.

Цервикалната дилатация може да се извърши с механични дилататори или с осмотични хидрофилни дилататори, например Laminaria. За да се подготви шийката на матката, се използва простагландин (например misoprostol) и/или mifepristone.

Вакуум-аспирацията може да се извършва като амбулаторна процедура. Пациентки, които правят аборт през първото тримесечие с местна анестезия, са в състояние да напуснат здравното заведение, след като останат за наблюдение около 30 минути в стаята за възстановяване. По-дълги периоди на наблюдение са нужни, когато абортът се извършва при по-напреднала бременност или когато са използвани седация или обща анестезия.

Дилатация и кюретаж (ДиК)

Методът на дилатация и кюретаж (ДиК) включва дилатация на шийката на матката с механични дилататори или фармакологични вещества и използване на остри метални кюрети за остъргване на стените на матката. Този метод е по-малко безопасен от вакуум-аспирацията и е по-болезнен. Той се прилага за аборт до 12-та седмица от бременността, въпреки че опитни лекари го използват до 14-та седмица. ДиК трябва да се прилага само там, където не са достъпни вакуум-аспирацията или медикаментозният метод, тъй като острите кюрети носят по-голям риск. Управителите на здравни заведения трябва да направят всичко възможно, за да бъдат заменени острите кюрети с вакуум-аспирация.

Дилатация и евакуация

Методът на дилатация и евакуация (ДиЕ) се използва приблизително до 12 завършени седмици от бременността. Той изисква шийката на матката да се подготви с mifepristone или простагландин, например misoprostol, или Laminaria, или с подобен хидрофилен дилататор, който дилатира шийката и евакуира матката чрез електрическа вакуум-аспирация с канюла с диаметър 14-16 mm и форцепс. В зависимост от това, доколко е напреднала бременността, правилната дилатация може да отнеме от два часа до цял ден. ДиЕ не изисква специални умения, но трябва да бъде прилаган само в заведения, където персоналът е обучен и има опит.

Други методи

Интраамниална или екстрамниална инстилация на различни разтвори е по-малко безопасна, но не е толкова ефективна като ДиЕ и трябва да се избягва. Извършването на абдоминална или вагинална хистеректомия се налага много рядко при късен аборт. Хистеректомия трябва да се прилага само при жени, които имат някакво заболяване, оправдаващо операцията.

Изследване на тъканите след аборт с оперативна намеса

След аборт е важно да се изследват извлечените продукти/съдържимо. Целта е:

- Да се гарантира пълна евакуация на вътрематочната бременност.
- Визуално идентифициране на продукта, особено на хориални въси. Липсата на такива би означавало наличие на ектопична бременност.
- Да се гарантира, че съдържанието от аспирата потвърждава пресметнатата продължителност на бременността и изключва вероятност от непълен аборт.
- Да се подирят следи, предполагащи моларна бременност.

Рутинно лабораторно изследване не е необходимо.

Инструменти и материали за мануална вакуум-аспирация

Основни материали:

- Набор за интравенозна инфузия и течности (sodium lactate, glucose, saline).

- Спринцовки (5, 10, 20 ml).
- Игли (дебелина 22 за парацервикален блок; дебелина 21 за поставяне на лекарства).
- Стерилни хирургически ръкавици (малки, средни, големи).
- Памучни тампони или гъби.
- Антисептичен разтвор на видна основа (на неалкохолна основа).
- Препарат за измиване или сапун.
- Чиста вода.
- Chlorine или glutaraldehyde за дезинфекция/обеззаразяване.
- Вещество за силна дезинфекция или стерилизация.

Инструменти и оборудване:

- Вагинален спекулум.
- Тенакулум.
- Дилататори Pratt или Dennison: размери 13 до 27 френски.
- Цедилка (метална, стъклена или марля).
- Съд от прозрачно стъкло за инспекция на тъканите.

Лекарства:

- Болкоуспокояващи – например paracetamol (acetaminophen), ibuprofen или pethidine.
- Успокоителни (например diazepam).
- Обезболяващи – chloroprocaine (1-2%) или lidocaine (0,5-2%) без epinephrine.
- Oxytocin 10 единици или ergometrine 0, 2 mg.

Инструменти за вакуум-аспирация:

- Вакуум-аспиратор.
- Адаптери (ако има нужда).
- Силикон за лубрикация на спринцовките (ако има нужда).

2. Последващи прегледи

2.1. Наблюдение през периода на възстановяване

- Измервайте жизнените показатели, докато пациентката е все още на хирургическата маса.
- Дайте ѝ възможност да си почине удобно, като междувременно следите възстановяването ѝ.

След хирургическата процедура

- Проследете случаите с болка, тъй като те могат да се дължат на перфорация на матката или остра хематометрия (кръв, изпълваща матката).
- Установете размера на матката, особено при късните аборти. Потвърдете го чрез абдоминалната стена, бимануално.

Щом жизнените им показатели се нормализират, повечето жени са готови да напуснат лечебното заведение. Лекарствата, използвани за намаляване на болката и нервността, могат да причинят световъртеж, поради което пациентката трябва да бъде придружена и да бъде внимателна (има описани случаи на падане по стълби и пътни произшествия).

След медицинската процедура

- Дръжте жената под клинично наблюдение 4-6 часа, след като е взела простагландин.
- Прегледайте всички подложки и подлоги, използвани през периода на наблюдение, за да потвърдите аборта.
- Когато абортът се извършва след 12 гестационни седмици, наблюдавайте жената, докато и зародишът, и плацентата бъдат изхвърлени.

2.2. Инструкции за грижи след аборта

Преди пациентката да бъде изписана ѝ дайте прости и ясни устни и писмени инструкции. Информирайте я:

- Че нормалната ѝ менструация би трябвало да започне в рамките на 4-8 седмици.
- Че не трябва да има полови контакти или да поставя каквото и да било във вагината си няколко дни след спиране не кръвотечението (никакъв секс, промиване или тампони).

- Че през следващите няколко дни могат да се появят крампи в областта на матката, но болката се облекчава с аналгетици.
- Че ако е направен аборт по оперативен път, може да се появи леко менструално кървене или зацапване, което ще продължи няколко седмици.
- Че гаденето, съпроводено понякога от повръщане, изчезва до 24 часа след прилагането на оперативен метод.
- Как да използва предписаните й лекарства.
- Какви прояви да наблюдава и какво да направи в случай на всяка една (например болка, кървене).
- Къде да отиде и с кого да се свърже в случай на спешност или при какъвто и да е друг проблем.
- Кога и къде да се върне за следващ преглед.
- Че нейният фертилитет ще се възстанови скоро след процедурата. Консултирайте я за контрацептивните методи, които може да използва, и й помогнете да избере някой, ако желае.

2.3. Признаци и симптоми, изискващи спешно внимание

- Продължително кървене (повече от 2 седмици).
- Кървене, по-обилно от нормалното менструално кървене.
- Силна или нарастваща болка; болка в областта на таза.
- Настинка, продължаваща повече от 1 ден; втрисане.

2.4. Действия в случай на усложнения след аборта

Всички здравни заведения, в които се извършват аборти, трябва да са добре оборудвани и да имат обучен персонал, който да разпознава усложненията след аборт и да реагира бързо с подходящо лечение. Ако нещо липсва, трябва да има ефикасна система за препращане в друго заведение.

Непълен аборт

Непълният аборт се среща по-често при медикаментозните методи. Подозрения за непълен аборт възникват, ако визуалният преглед на тъканта, евакуирана по време на хирургическата процедура, не потвърди предположената продължителност на бременността. Признаците и симптомите включват:

- Вагинално кръвотечение.

- Абдоминална болка.
- Признаци на инфекция.

Персоналът трябва да бъде обучен да извършва реевакуация на матката.

Провален аборт

Бременността може да продължи в резултат на неуспешен аборт както при хирургическите, така и при медикаментозните методи. В такъв случай ще има нужда от вакуум-аспирация или ДиЕ за бременности във второто тримесечие.

Кръвотечение

Кръвотечението може да е предизвикано от:

- Остатъчни продукти от плода.
- Травма на шийката на матката.
- Перфорация на матката.

Приложете съответното лечение след установяване на причината.

Инфекция

Ако абортът е извършен правилно с асепсис, инфекциите са редки. Симптомите включват:

- Настинка или втрисане.
- Лош мирис на вагиналния или цервикален секрет.
- Абдоминални болки или болки в таза.
- Продължително вагинално кървене или зацапване.
- Чувствителна матка.
- Повишено ниво на белите кръвни телца.

Предпишете антибиотици. Ако има вероятност да са останали продукти от зачатието, матката трябва да се реевакуира. Жени с остра инфекция обикновено се нуждаят от хоспитализиране.

Перфорация на матката

Перфорацията на матката обикновено остава незабелязана и зараства без нужда от интервенция. Ако обаче има подозрение за перфорация, на пациентката трябва да бъдат предписани антибиотици и да се постави под наблюдение.

Усложнения, свързани с анестезията

Когато се използва обща анестезия, персоналът трябва да има опит за справяне с усложнения. Винаги е нужно да разполагате със средства, които да прекратят действието на анестетика.

Дългосрочни последствия

Няма сведения абортът без усложнения да оказва някакво влияние върху бъдещия фертилитет или да причинява неблагоприятни резултати при бъдещи бременности. Преобладаващите доказателства не предполагат увеличен риск от рак на гърдата след предизвикан аборт. Различни психологически последствия могат да се появят при много малък процент жени и е вероятно те да са резултат от вече съществуващо заболяване. Тези последствия са по-чести, когато жената не може или не желае да обсъжда своето преживяване с друг човек.

3. Контрацептиви и консултиране относно ППИ

Жените трябва да бъдат информирани и консултирани за контрацепцията след аборта преди да напуснат здравното заведение и в случай, че желаят да започнат определен метод на контрацепция.

- Всички методи на контрацепция могат да бъдат използвани, включително вътрематочен песар (спирала) и хормонални методи, ако състоянието на жената отговаря на критериите за този метод.
- След аборт, извършен през второто тримесечие, не бива да бъдат използвани диафрагма и цервикална шапчица приблизително докъм 6-та седмица. Поради висок риск от отхвърляне спирали не трябва да се поставят веднага след аборт през второто тримесечие.
- Методи за изчисляване на фертилитета, основани на усет, трябва да бъдат започнати 3 цикъла след аборта. Междувременно, ако жената желае, може използва друг метод.

- Когато пациентката иска стерилизация, проверете дали изборът ѝ не е повлиян от преживяната криза, за да не съжалява по-късно.

Предоставящите услуги трябва да разяснят превенцията на ППИ, включително ХИВ, и колко важно е да се използва презерватив, независимо от избрания контрацептивен метод. Нужно е да се обсъди доброволното тестване за ХИВ и консултацията за ХИВ/СПИН, особено с жени, които са изложени на риск или живеят в зони с висок риск.

Различните методи за контрацепция трябва да са достъпни в здравното заведение. Ако някой от тях е избран от потребителка, но не разполагате с него, обяснете ѝ къде може да го получи, като дотогава ѝ осигурите временен метод. Информирайте всички за контрацепцията при спешни случаи и преценете дали да не я предоставите веднага на жени, които още не са решили да използват редовен метод на контрацепция.



13 ИНФЕКЦИИ НА РЕПРОДУКТИВНИЯ ИНФЕКЦИИ, ПРЕДАВАНИ ПО ПОЛОВ ПЪТ

1. Въведение

Инфекциите на репродуктивния тракт (ИРТ) и инфекциите, предавани по полов път (ППИ), са важен проблем на общественото здраве в международен мащаб. Средно над 1 милион човека се заразяват всеки ден с ППИ. Големият брой откривани случаи на инфекции на репродуктивния тракт и ППИ при жени, посещаващи антенатални клиники, клиники по сексуално и репродуктивно здраве или гинекологични кабинети, показва степента на този проблем.

Лица, които имат ИРТ/ППИ, са изложени на по-голям риск от заразяване с ХИВ или предаване на ХИВ на партньора (партньорите) си. При хора, инфектирани с ХИВ, всяка друга ИРТ/ППИ е по-трудно лечима, което означава, че съпътстващата ППИ може да трае по-дълго и по този начин да увеличава възможността за предаване на ХИВ.

1.1. Определение

Термините ИРТ/ ППИ включват четири вида инфекции:

- Инфекции, които засягат репродуктивната система.
- Инфекции на женската репродуктивна система, които не се разпространяват по полов път, а са резултат от прекомерен растеж на организмите, които присъстват нормално във вагината (например бактериална вагиноза).
- Инфекции, които се предават по полов път и обхващат области извън репродуктивния тракт като сифилиса и ХИВ-инфекцията.
- Инфекции на женската репродуктивна система, породени от усложнения, които са свързани със събития или процедури, прилагани на репродуктивния тракт (например раждане, помятане, аборт, поставяне на спирала или акушеро-гинекологична операция).

В тази глава акцентът е поставен върху превенцията на първите 3 вида ИРТ/ППИ и лечението на първите 2 вида ИРТ/ППИ.

Предпазването и лечението на четвъртия вид инфекции са или извън дейността на клиниките, предлагащи услуги в областта на сексуалното и репродуктивно здраве (СРЗ)/ семейното планиране, или са включени в други глави на този наръчник (напр. гл. VI за спиралите и гл. XV за предпазването и контрола на инфекциите).

Инфекцията с човешкия имунодефицитен вирус (ХИВ) и синдромът на придобитата имунна недостатъчност (СПИН) са разгледани в гл. XIV.

1.2. Ролята на услугите, свързани със сексуалното и репродуктивно здраве/ семейното планиране

Много хора, особено жени, които имат ИРТ/ППИ, не получават необходимите грижи и лечение по следните причини:

- И при мъжете, и при жените липсват симптоми. Изследванията показват, че най-малко 70% от инфектираните жени и 30% от заразените мъже нямат симптоми.
- Лицата имат симптоми, но не ги разпознават като инфекция. Много жени не знаят какво е нормалното вагинално течение. Някои може да са заразени толкова дълго, че да приемат симптомите на инфекцията за нещо нормално.
- Много хора подозират, че имат ИРТ/ППИ, но не търсят помощ, защото:
  - Не смятат ИРТ/ППИ за сериозен проблем.
  - Притесняват се твърде много, за да посетят клиника.
  - ППИ носят социално порицание.
  - Нямат достъп до лечение.
  - Не могат да заплатят лечението си.

Последиците от нелекувани ИРТ/ППИ могат да бъдат пагубни за здравето на мъже, жени и децата им. Те водят до безплодие, хронично увреждане на здравето, сексуална дисфункция, разсейки на болестта и смърт. При жените предизвикват също хронични болки в таза и усложнения по време на бременността, например извънматочна бременност.

Всяка неизлекувана ППИ при бременна жена застрашава да увреди неродено-то или новородено дете. Пораженията включват ниско телесно тегло при раждането, ранно раждане или неонатална инфекция. Гонококовата и хламидиалната инфекции могат да попаднат пряко в очите на новороденото и да причинят слепота.

Клиниките по СРЗ/ семейно планиране заемат ключова позиция в борбата с ИРТ/ППИ, защото:

- Често са единственото място, където жените получават здравни грижи.

- Посетителите, особено жените, често им имат доверие и там обсъждат проблеми, свързани със сексуалното и репродуктивното си здраве.
- Предлагат скринингови услуги на жени, интересуващи си от СРЗ/ семейно планиране, които може да са заразени с ИРТ/ ППИ.
- Чакалните в клиниките предоставят възможност за информация относно предпазването от ППИ.
- По-икономично е към съществуваща клиника да се добавят услуги, свързани с ИРТ/ППИ, отколкото да се създава нова специализирана клиника за ППИ.

Предлаганите услуги в тази област зависят от наличните ресурси и включват всички или някои от следните дейности:

- Здравно обучение за предпазване от ППИ и разпознаване на признаците и симптомите на ИРТ/ППИ.
- Консултиране за ИРТ/ППИ.
- Скрининг за ИРТ/ППИ, включително вагинални прегледи (рутинни или специално за лица, които са изложени на по-висок риск).
- Контрол на ИРТ/ППИ, включително лечение.
- Препращане към здравно заведение, по-добре оборудвано за лечение на ИРТ/ППИ.

2. Превенция

Превенцията е най-важната стратегия за борба с ППИ, включително ХИВ-инфекцията (виж гл. XIV). Това се прави основно чрез информация и образование. Разпространението на ППИ се влияе от няколко фактора, включващи сексуалното поведение и нагласи, наличието на центрове за ранна диагностика и лечение. Важно е тези фактори да се имат предвид, за да се създават и прилагат ефективни програми за предотвратяване на ППИ. Програмите по СРЗ/ семейно планиране разполагат със съществени възможности, за да разпространяват информация за рисковете и усложненията от ППИ, както и да пропагандират ниско рисково поведение. Те могат също да насърчават използването на презервативи не само за предпазване от бременност, а и като средство за защита от ППИ.

Хората се нуждаят от здравно образование, за да разпознават симптомите и признаците на ППИ. Потребна им е и сигурна помощ, за да потърсят

бързо лечение, когато се налага. Обучението за предпазване от ППИ може да бъде включено в образователната дейност на програмите по СРЗ/ семейно планиране вътре и извън клиниките. В тази връзка специалистите, работещи в общността, играят важна роля.

Каре 13.1. Контрацептивни методи и предпазване от ППИ	
Латексов презерватив	Най-сигурният метод за предпазване от ППИ, включително ХИВ-инфекция, когато се използва правилно и постоянно. Презервативите не предотвратяват инфекция от лезии в слабините, които не са покрити.
Женски презерватив	Въпреки ограничените клинични данни, лабораторните изследвания сочат, че женският презерватив е ефективна бариера не само за сперматозоидите, но и за бактериите и вирусите, включително ХИВ. Женският презерватив е алтернатива за жените, които се нуждаят от защита при невъзможност да се използва мъжки презерватив. Употребата на женския презерватив е ограничена от цената му.
Спермициди	Не предпазват от ППИ, включително ХИВ, следователно самостоятелната им употреба (т.е без допълнителна бариерна защита) не трябва да се препоръчва. Нещо повече, спермицидите, съдържащи ноноксинол-9, дори могат да увеличат риска от заразяване с ХИВ при жени, които употребяват често такива продукти.
Диафрагма	Използвана заедно със спермициди, намалява заразяването с някои ППИ. Няма доказана защита от ХИВ. Диафрагмата може да бъде алтернатива, ако употребата на презерватив е невъзможна.
Други методи	Всички други методи не предпазват от ППИ, включително ХИВ. Жените, изложени на риск от ППИ, трябва да използват презерватив като допълнение към тези методи.

Няма доказателства, че презервативите сами по себе си увеличават случаите на ППИ. По-скоро нарасналото разпространение на инфекции се дължи на промени в сексуалното поведение. Както се вижда, презервативите осигуряват защита от ППИ (виж каре 13.1). Потребители, които са избрали методи на семейно планиране, не предпазващи от ППИ, трябва да използват и презервативи при риск от заразяване.

3. Лечение на ИРТ/ППИ

Съществуват 4 нива за лечение на инфекции на репродуктивния тракт/ППИ:

- Синдромно лечение.
- Синдромно плюс клинично лечение.
- Синдромно плюс клинично лечение с лабораторни тестове.
- Клинично лечение плюс лабораторни тестове (етиологична диагноза).

Нивото на лечение, използвано в определено заведение, зависи от познанията и способностите на лекуващите и от наличието на лабораторно оборудване.

3.1.Синдромно лечение

Синдромният подход се основава на група симптоми (оплаквания на пациента) и признаци (наблюдения на пациента и на специалиста), които могат да бъдат обяснени с повече от една възможни инфекции. Тези групи се наричат синдроми. Подходът изисква от лекуващите да познават организмите, причиняващи най-често даден синдром, и подходящото антимикробно лечение.

Един от примерите за синдромно лечение е при безболезнените генитални язви, които се причиняват или от шанкър, или от сифилис. Здравните работници, използващи синдромно лечение в области, където преобладават и шанкърът, и сифилисът, лекуват пациентите и от двата причинителя.

Синдромният подход позволява на здравните работници да предлагат лечение в случаи, когато липсват лабораторно оборудване или обучени специалисти, способни да идентифицират определен причинител. Предоставящите първична здравна грижа следва да започнат лечението незабавно, вместо да препращат пациента към заведение, предлагащо по-комплексни услуги, но понякога трудно достъпно.

Процесните диаграми, придружени с упътване (включени в тази глава), предлагат на здравните работници подробни инструкции за синдромно лечение.

Определящи ИРТ/ППИ синдроми са:

- Течение от уретрата.
- Раничка по гениталиите.
- Вагинално течение.
- Болка в долната част на корема.

Оценка на риска при ППИ

Оценката на риска е особено важна при синдромно лечение на вагинално течение. За да оцените риска от ППИ, разберете:

- Дали в настоящия момент сексуалният партньор на жената има симптоми или е имал през последните 3 месеца (например течение от уретрата, болки при уриниране или открити рани в областта на гениталиите).
- Има ли вероятност партньорът ѝ да е извършвал наскоро полов акт с друго лице.
- Имала ли пациентката полов акт с повече от един партньор през последните 4 седмици.
- Започнала ли е скоро нова сексуална връзка.

Ако отговорът на някой от тези въпроси е "да" или очевидно жената не е сигурна, трябва да се приеме, че съществува риск да е заразена с ППИ.

Вместо да задавате въпросите направо, алтернативен подход е те да се изброят устно по време на груповото обучение или при консултация на отделната посетителка и/ или да се покажат на разпечатка. След това разпитайте всяка поотделно, дали въз основа на тази информация смята, че има опасност да е заразена. Ако получите сигурен отговор, независимо дали е положителен или отрицателен, не ѝ задавайте повече въпроси. Ако жената заяви, че има риск или че се колебае, смятайте, че съществува риск от зараза.

Избор на антимикробни медикаменти

Изборът на антимикробни медикаменти за лечение на всеки синдром трябва да е съобразен със следните параметри:

- За предпочитане са медикаменти, които лекуват повече от един патоген.
- За предпочитане са терапиите с еднократна доза.
- Не пренебрегвайте стойността на различните медикаменти.
- Използвайте лекарства с дълъг срок на годност и изисквания за съхранение, съобразени с програмата.
- Прилагайте лекарства, препоръчани от националната програма за борба с ИРТ/ППИ.

- Избягвайте лекарства, към които има развита резистентност.

Избраните лекарства трябва да отразяват баланс на горните критерии. В някои случаи например най-добрият избор може да не са най-евтините препарати. Важно е да се помни:

- Винаги провеждайте пълен курс на лечение. Частичният курс може да не излекува инфекцията и да предизвика резистентност спрямо лекарството.
- Ако клиниката не може да осигури медикаментите, дайте на пациента рецепта, за да се снабди с тях.

По-нататък са предложени процесни диаграми и придружаващите ги инструкции за синдромно лечение на най-често срещаните ИРТ/ППИ.

Каре 13.2. Синдромно лечение на уретрално течение

Прегледайте мъжете, които се оплакват от течение и/ или болка при уриниране, за да потърсите доказателство за течение. Ако такова не се забелязва, разтрийте леко уретрата от основата на пениса към отвора и вижте дали се появява някакво течение. След това следвайте инструкциите, дадени по-долу на диаграмата (виж фиг. 13.1).

Предполагаема диагноза: гонорея или хламидия

Предложено лечение: Използвайте някоя от предложените терапии, препоръчани за гонорея, като направите избора си според познатата местна ефективност и цена (виж табл. 13.1).

Плюс: доксициклин – 100 mg през устата 2 пъти дневно в продължение на 7 дни;

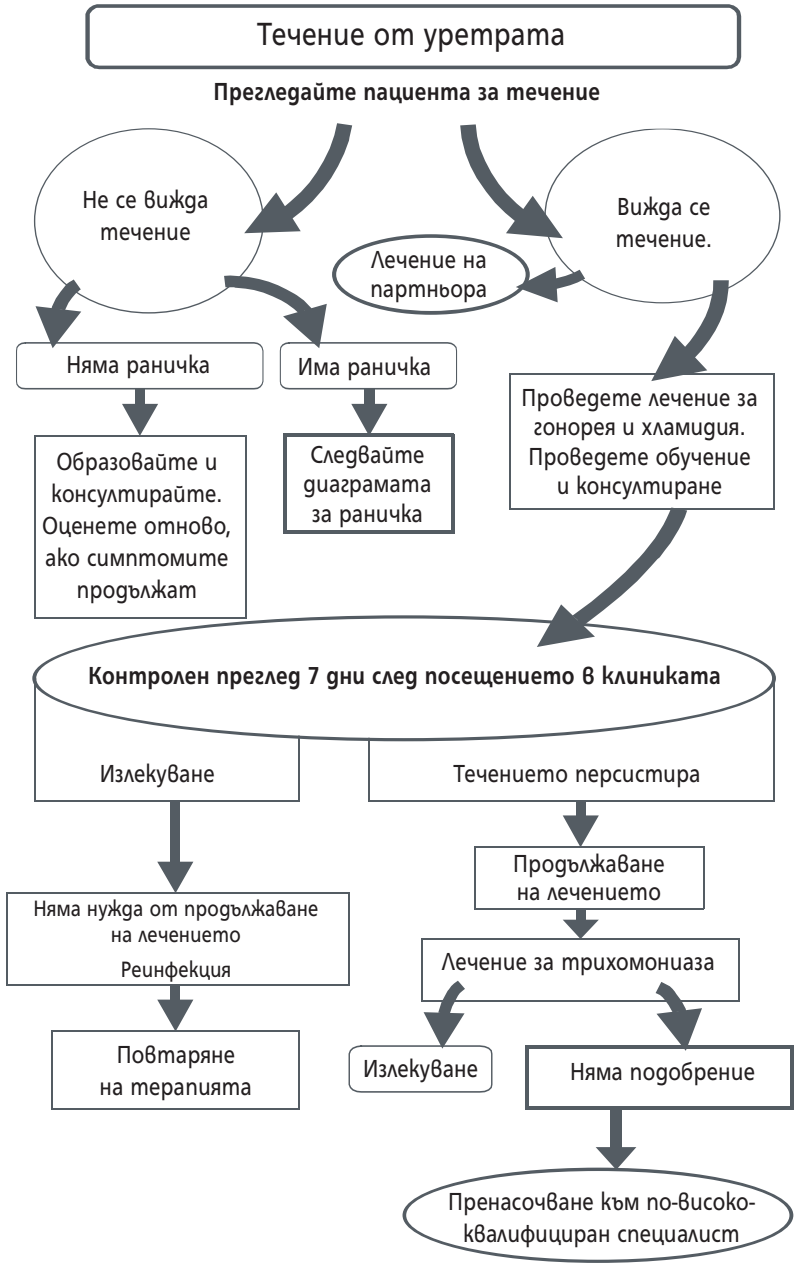
Или азитромицин, 1 g еднократна доза през устата;

Или тетрациклин, 500 mg през устата 4 пъти дневно в продължение на 7 дни за хламидия.

Забележка: Доксициклинът и другите тетрациклини са противопоказани при бременност и кърмене. Еднократната доза азитромицин е по-евтина от тетрациклина.

Подчертайте, че е важно да се завърши целият курс на лечение, да се уведоми партньорът (партньорите) и да не се извършва полов акт, докато партньорът (партньорите) не са приключили курса на лечение и всички синдроми не са изчезнали.

Фиг. 13.1. Течение от уретрата.



Каре 13.3. Синдромно лечение на раничка на гениталиите

Запишете всички симптоми и прегледайте пациента, за да потвърдите наличието на раничка на гениталиите.

Предполагаема диагноза: шанкър или сифилис.

Предложено лечение: Бензатин пеницилин G за сифилис, 2.4 милиона ИЕ в 2 интрамускулни инжекции по време на едно посещение в клиниката. Поставете по една инжекция във всяка половина на задника.

Плюс: ципрофлоксацин, 500 mg през устата 2 пъти дневно в продължение на 3 дни;

Или азитромицин, 1 g еднократна доза през устата;

Или еритромицин, 500 mg през устата 4 пъти дневно в продължение на 7 дни за шанкър.

Забележка: Ципрофлоксацинът е противопоказан при бременност и кърмене.

Ако пациентът е алергичен към пеницилин, дайте **за сифилис:**

или тетрациклин, 500 mg през устата 4 пъти дневно в продължение на 15 дни;

или доксициклин, 100 mg през устата 4 пъти дневно в продължение на 15 дни.

Ако жената е алергична към пеницилин и е бременна, дайте ѝ за сифилис и шанкър еритромицин, 500 mg през устата 4 пъти дневно в продължение на 15 дни.

Забележка: Тези предложени варианти за лечение на сифилис се прилагат само при ранен ранен стадий на заболяването. По-късните стадии изискват специална оценка и друго лечение.

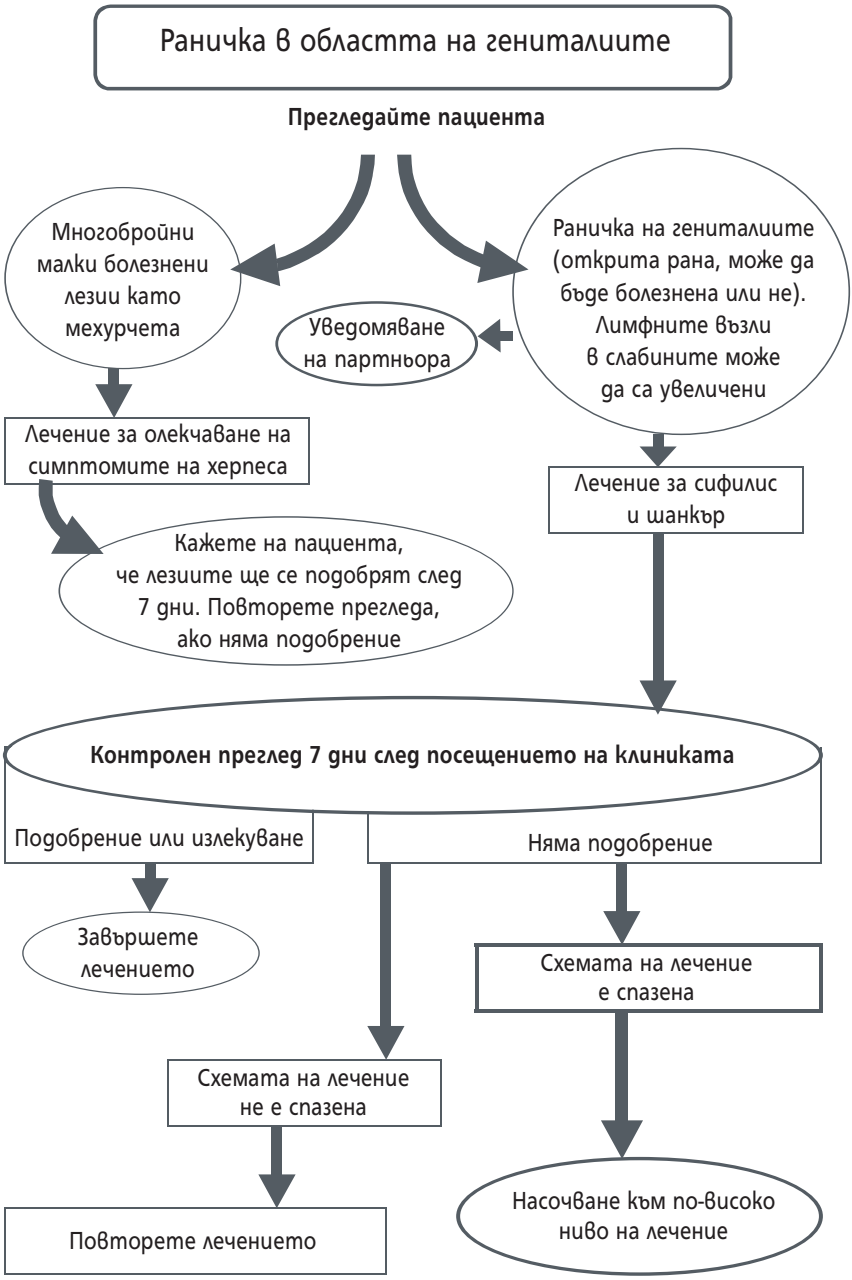
Подчертайте, че е важно да се завърши целият курс на лечение, да се уведоми партньорът (партньорите) и да не се извършва полов акт, докато партньорът (партньорите) не са приключили курса на лечение и всички синдроми не са изчезнали.

Предполагаема диагноза: генитален херпес.

Предложено лечение: Не съществува лечение на гениталния херпес, но симптомите трябва да се третират по следния начин: Посъветвайте пациентите да измиват редовно гениталната си област със сапун и вода. Предпишете парацетамол (ацетаминофен), аспирин или подобно болкоуспокояващо лекарство.

Ако разполагате с ацикловир, може да го приложите за лечение, както е показано в табл. 13.5.

Фиг. 13.2. Раничка в областта на гениталиите.



Каре 13.4. Синдромно лечение на вагинално течение

Направете оценка на риска от ППИ и действайте, както е показано на фиг.13.3. Инструкциите по-долу предполагат, че се прави преглед със спекулум. Извършването на преглед със спекулум трябва да бъде част от обучението на здравните работници, когато се предлага преглед и лечение на ИРТ/ППИ на жени.

1. Предложено лечение за кандидоза:

Клотримазол, 500 mg вагинална таблета, поставена еднократно във вагината;

Или клотримазол, 2x100 mg вагинални таблети, поставяни във вагината веднъж дневно в продължение на 3 дни;

Или миконазол, 200 mg вагинална глобула, поставяна във вагината веднъж дневно в продължение на 3 дни.

2. Предложено лечение за трихомониаза и бактериална вагиноза:

Метронидазол, 2 g през устата като еднократна доза за трихомониаза и метронидазол, 400-500 mg през устата два пъти дневно в продължение на 7 дни за бактериална вагиноза.

Забележка: Не ги предписвайте през първите три месеца на бременността; отложете лечението до четвъртия месец. Предупредете пациентката да не употребява алкохол, докато пие метронидазол.

3. Предложено лечение за гонорея и хламидия:

Използвайте някоя от предложените терапии с еднократна доза, препоръчани за гонорея, като направите избора си според познатата ефективност и цена (виж табл. 13.1).

Плюс: доксициклин, 100 mg през устата 2 пъти дневно в продължение на 7 дни;

Или азитромицин, 1 g еднократна доза през устата;

Или тетрациклин, 500 mg през устата 4 пъти дневно в продължение на 7 дни за хламидия.

Забележка: Не използвайте доксициклин и други тетрациклини по време на бременност и кърмене.

1. Предложено лечение за кандидоза, гонорея и хламидия:

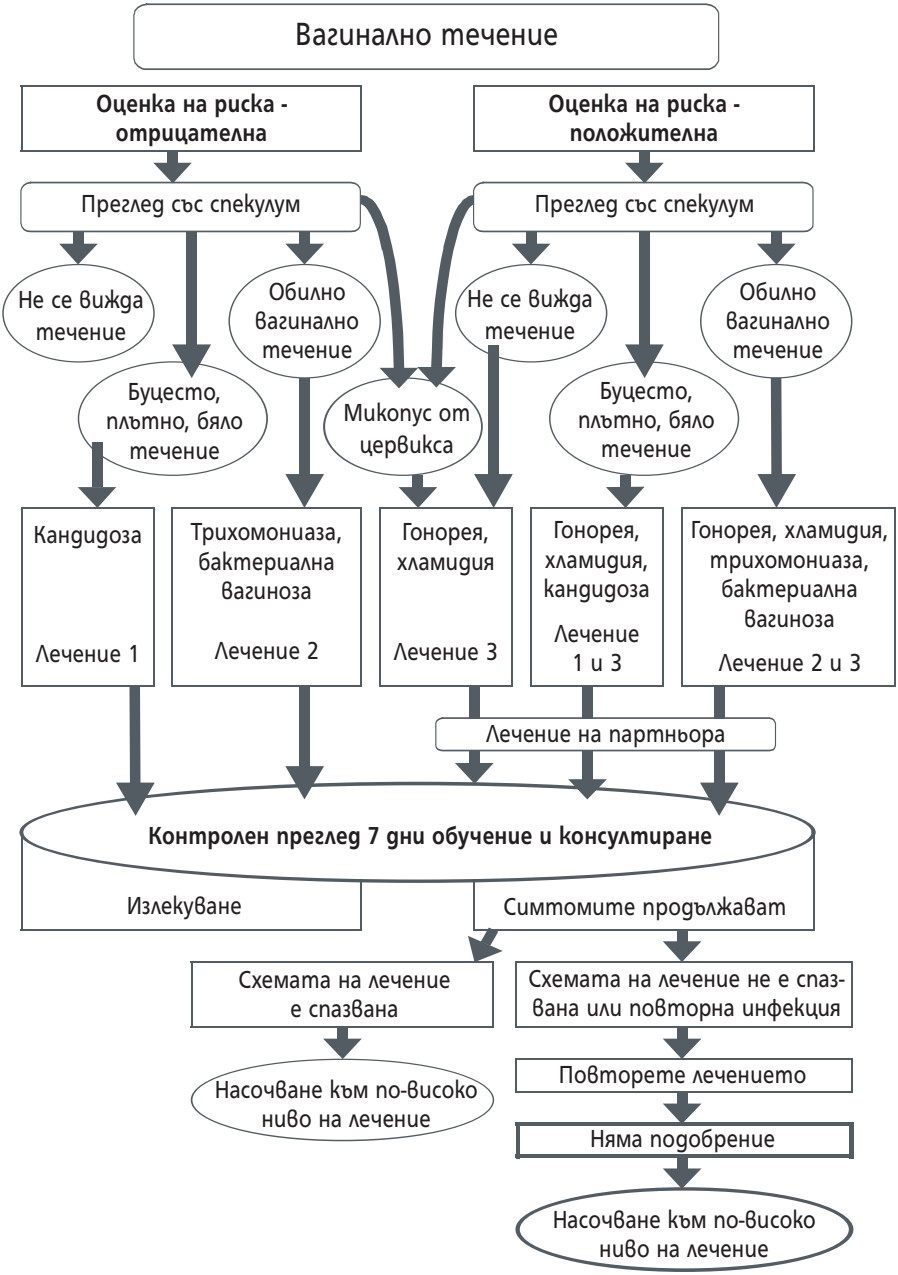
Използвайте лечение 1 плюс лечение 3 по-горе.

2. Предложено лечение за трихомониаза, бактериална вагиноза, гонорея и хламидия:

Използвайте лечение 2 плюс лечение 3 по-горе.

Подчертайте, че е важно да се завърши целият курс на лечение, да се уведоми партньорът (партньорите) и да не се извършва полов акт, докато партньорът (партньорите) не са приключили курса на лечение и всички синдроми не са изчезнали.

Фиг. 13.3. Вагинално течение.



Каре 13.5. Синдромно лечение на болка в долната част на корема

Най-добрият вариант е всички случаи на коремна болка да се лекуват в заведение, където могат да се проведат без отлагане необходимите изследвания. Въпреки това понякога не е лесно или практично всички пациенти с коремна болка да се пренасочват към по-високо ниво на лечение. В такъв случай синдромният подход може да бъде разумна практика (виж фиг. 13.4).

По принцип го използвайте при коремни болки, когато жената е достатъчно добре, за да се храни и пие течности, да върви без чужда помощ, да приема лекарствата си и да се върне за контролен преглед. В противен случай я насочете към по-високо ниво на лечение.

Предполагаема диагноза: тазово-възпалителна болест.

Предложено лечение: Използвайте някоя от терапиите с еднократна доза, препоръчани за гонорея без усложнения (виж табл. 13.1), като направите избора си според познатата местна ефективност и цена;

Или цефтриаксон, 250 mg еднократна доза инжекция интрамускулно.

Ако няма налична терапия на гонорея с еднократна доза, дайте триметоприм, 80mg/ сулфаметоксазол 400 mg (ко-тримоксазол), 10 таблетки перорално веднъж на ден в продължение на 10 дни.

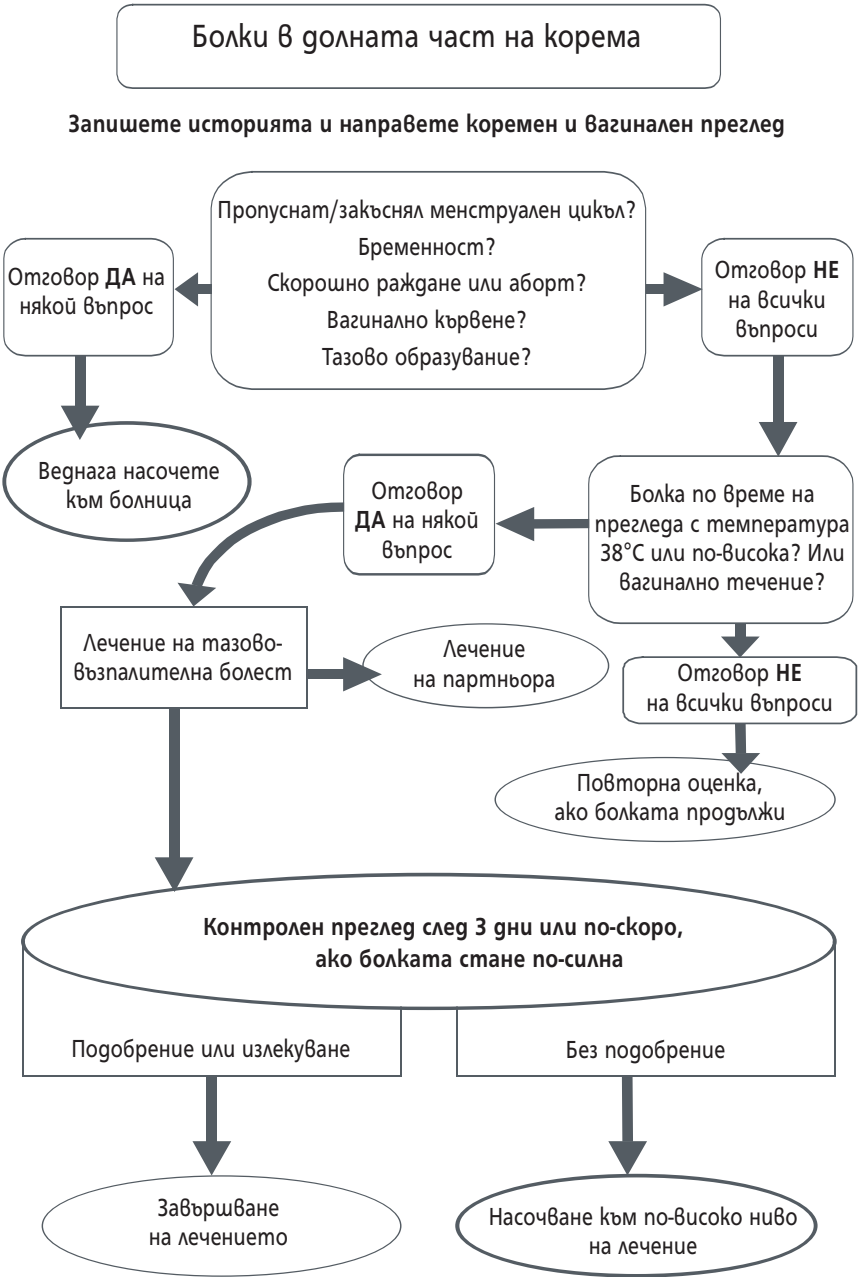
Плюс: Доксициклин, 100 mg през устата 2 пъти дневно в продължение на 14 дни;

Или тетрациклин, 500 mg 4 пъти дневно в продължение на 14 дни.

Плюс: Метронидазол, 400-500 mg през устата 2 пъти дневно в продължение на 14 дни.

Подчертайте, че е важно да завърши целият курс на лечение, да се уведоми партньорът (партньорите) и да не се извършва полов акт, докато партньорът (партньорите) не са приключили курса на лечение и всички синдроми не са изчезнали.

Фиг. 13.4. Болки в долната част на корема.



3.2. Синдромно плюс клинично лечение

В допълнение към прилагането на синдромно лечение здравните специалисти разчитат на клиничната преценка, за да изключат определени организми като причинители на синдрома. Това намаля броя медикаменти, необходими за лечение. Виж таблици 13.1–13.8, които описват клиничните характеристики, диагнозата и лечението на инфекциите, включени в синдромите.

Медицински работници, които имат опит в лечението на ИРТ/ППИ, могат да елиминират определени патогени като възможни причинители. Въпреки това, когато симптомите и признаците не са типични и достатъчни за клинична преценка, по-добре е да приложите лечение, основано само на синдромния подход. Например, когато клиницистът не е сигурен за основната диагноза при раничка в областта на гениталиите, по-добре е пациентът да се лекува и за шанкър, и за сифилис, а не само за едното от двете.

3.3 Синдромно плюс клинично лечение и лабораторни тестове

Когато има оборудване, позволяващо да се провеждат лабораторни тестове, някои от тях могат да се използват като допълнение към синдромния подход и клиничната преценка, за да се отхвърлят определени причинители (виж табл. 13.1–13.8). Това намалява още повече броя на необходимите медикаменти. В някои случаи специфичната диагноза е възможна (например когато се използват серологични тестове за сифилис и микроскопия за гонококи).

За да бъде икономически ефективно, всяко лабораторно заведение, дори с ограничени възможности, трябва да разполага с компетентен персонал. Ако той не е добре обучен, лабораторните тестове може да са подвеждащи и лечението на пациента да бъде по-малко ефективно в сравнение с използването само на синдромния подход или на синдромен подход, подкрепен от клинично заключение.

Когато решават дали да се снабдят с ограничено лабораторно оборудване, програмните мениджъри трябва да обмислят:

- Дали има достатъчно търсене за тази услуга.
- Цената на първоначалното и текущото обучение на персонала.
- Инвестицията във физическо оборудване и техника.

Ако търсенето е недостатъчно, финансовата инвестиция няма да се оправдае, а персоналът ще е лишен от необходимата практика, за да развива и под-

държа уменията си. Когато липсва лабораторно оборудване, клиниката трябва да прецени каква стойност ще има провеждането на серологични тестове за откриване на безсимптомен сифилис при жените. В такъв случай може да се вземат проби и да се изпращат на външни лаборатории. Важно е всички проби да са взети, отбелязани и съхранявани правилно, а после да се транспортират съобразно препоръчаните правила.

3.4. Клинично лечение плюс лабораторни тестове (етиологична диагноза)

Когато разполагате с напълно оборудвана лаборатория, е възможно да се идентифицира определен организъм като причинител и да се осигури специфично лечение на ИРТ/ППИ. Тестове за чувствителност се правят, за да се насочи лечението (виж табл. 13.1–13.8).

Някои лабораторни резултати излизат бързо, така че специфичното лечение може да се започне без отлагане. Определени тестове обаче отнемат няколко дни. В такъв случай:

- Ако симптомите са леки, решете дали да изчакате резултатите преди да започнете лечение.
- Ако симптомите са средни или тежки, може да започнете терапия въз основа на синдромния подход и клиничното лечение. На контролния преглед, когато резултатите са готови, преценете лечението и го изменете, ако е необходимо.

Всяка клиника, която планира да се снабди със значително лабораторно оборудване, трябва да вземе под внимание:

- Себестойността на лабораторната диагноза да бъде сравнена със себестойността на лечението при повече от един възможен причинител, което се прилага често от синдромния подход. Когато здравните ресурси са ограничени, програмните мениджъри трябва да използват съществуващите клиники със значително лабораторно оборудване като центрове за препращане при специални случаи.
- Към фактора себестойност трябва да се прибави удобството на пациента. Броят посещения, необходими за лечението, трябва да бъде минимален. Необходимостта да се върнат отново в клиниката за резултатите от лабораторните тестове може да създаде притеснения и неудобства на някои пациенти, преди да бъдат лекувани. Те няма да се върнат и ще останат без лечение.

4. Консултиране и информация

На пациентите обикновено им е трудно да говорят за инфекциите на репродуктивния тракт/ ППИ и за сексуалното си поведение, особено ако здравният специалист е нерешителен или притеснен. Той трябва да притежава необходимата нагласа и умения за общуване, за да не чувстват пациентите неудобство, когато им задава въпроси за тяхното сексуално поведение. Обърнете внимание на следните специфични изисквания за консултиране при ИРТ/ППИ:

- Дръжте се по начин, който показва, че разбирате чувствата на болния, и избягвайте осъдителните оценки.
- Уверете пациентите, че конфиденциалността ще бъде спазена. Иначе те няма да споделят информация, защото ще се боят, че ще бъде разкрита пред други хора.
- Обяснете им защо задавате "лични" въпроси.
- Предвидете достатъчно време за консултация, особено когато човекът е притеснен.

Обяснете колко е важно бъдещото предпазване (виж раздел 2). Подчертайте, че е наложително лечение и на сексуалния партньор(и) (виж раздел 5). Тъй като материята е деликатна и повечето пациенти се затрудняват да разговарят за проблема с партньора си, темата трябва да се обсъди подробно. Разяснете им, че не всички ИРТ се предават по полов път, но лечението на партньора е задължително, за да се избегне повторна инфекция.

4.1. Инструкции за пациентите

Разговаряйте ясно и по начин, подходящ за разбиранията на пациента. Посъветвайте го:

- Да приеме всички лекарства, както са предписани, дори ако симптомите изчезнат.
- Да не осъществява полов акт, докато лечението не е приключило и симптомите не изчезнат.
- Да не осъществяват полов акт, докато партньорът не е излекуван, или ако това е невъзможно, да използват презервативи.
- Да се върне отново в клиниката за потвърждение, че е напълно излекуван.

Ако е възможно, дайте на пациента необходимата информация и инструкции в писмен вид. Окуражете го да задава въпроси, за да се избегнат всички не-

ясноти, и помолете да повтори основните инструкции, за да проверите дали ги разбира.

5. Лечение на партньора

Сексуалният партньор(и) на пациента трябва да бъде информиран за инфекцията. Целта е да се лекуват лица, за които съществува голяма вероятност да са заразени с ИРТ/ППИ, а също да се предпази пациента от повторно заразяване. Лечението на сексуалните партньори е трудно по няколко причини:

- Идеята партньорът му да бъде уведомен често пъти плаши пациента. Особено важно е да уважаваме неговото желание и да запазим доверието му. Здравните специалисти трябва да са наясно, че много пациенти се страхуват до такава степен от възможността партньорът (партньорите) им да разбере за ППИ, че ще споделят информация, само ако клиниката си е спечелила репутация със своята конфиденциалност.
- Много пациенти, особено жени, намират за извънредно трудно да обсъждат проблема с партньора си.
- Някои партньори не вярват, че са заразени, особено ако нямат симптоми, така че отказват да се лекуват.
- Някои пациенти не знаят имената и адресите на партньорите си или могат да дадат (или са им дадени) фалшиви имена и адреси.
- Някои адреси се откриват трудно.

В зависимост от характеристиките на пациента и обстоятелствата на случая здравните работници могат да изберат един от следните подходи:

- Водена от пациента система за уведомяване и насочване.
  - Някои пациенти притежават смелост да разговарят с партньора (партньорите) си направо и да ги насочат към лечение на ИРТ/ППИ.
  - Помолете ги да доведат или да изпратят партньора (партньорите) си в клиниката. Ако е възможно, дайте им картончета за насочване, които да предадат на партньорите си.
  - Препоръчайте алтернативна клиника, ако това е по-удобно за партньора.
- Водена от пациента система за лечение.

Някои пациенти основателно са убедени, че партньорът им няма да посети клиниката за лечение на ИРТ/ППИ, но желаят да се заемат с неговото излеку-

ване. Дайте информация на пациента и достатъчно лекарства или рецепти за сексуалния му/ й партньор (партньори).

- Водена от здравния работник система за уведомяване.

Някои пациенти предпочитат клиниката да се свърже със сексуалния им партньор(и). Разберете техните имена и адреси. Опитайте се да установите връзка с тях по телефона, по пощата или да ги посетите в дома им.

- Смесен подход.

В много случаи се налага използването на повече от един подход. Например, ако клиентът предложи да уведоми сексуалния си партньор(и), изчакайте разумен период (около седмица) и ако партньорът не се появи за лечение, опитайте друг подход.

Когато партньорът дойде в клиниката, лекувайте го/ я от същите ИРТ/ ППИ, които е имал първият пациент. Ако клиниката разполага с лабораторно оборудване, лекувайте го/ я за първоначалната инфекция, но също така вземете проби и за други ИРТ/ППИ.

Водената от здравния работник система за уведомяване осигурява до три пъти повече партньори за лечение в сравнение водената от клиента система за уведомяване и насочване, но е по-скъпа и повечето клиники нямат достатъчно персонал, за да организират посещения. Въпреки това тя е оправдана за сериозни ИРТ/ППИ (например сифилис или ХИВ-инфекция) или спрямо лица, които са посочени като партньори от много заразени с ИРТ/ППИ пациенти (наричани понякога основни разпространители).

6. Контролни прегледи

Когато пациентът се върне за контролен преглед, задайте му следните въпроси:

- Има ли някакви симптоми на ИРТ/ППИ?
- Завършил ли е целия курс на лечение?
- Лекувани ли са партньорите му?

Консултирайте пациентите за предпазването в бъдеще от ИРТ/ППИ.

6.1. Неуспешно лечение

Лечението на ИРТ/ППИ може да е неуспешно по следните причини:

- Пациентът не е изпълнил целия курс на лечение.
- Може да се е заразил отново, понеже партньорът му не е бил лекуван.
- Причинителят на заболяването е резистентен към лечението.
- Лечението може да не е подходящо. Синдромното лечение не обхваща всички причинители – има случаи на необичайни инфекции (например лимфогранулома венереум или донованоза, която причинява разраняване).

Ако пациентът не е спазил курса, предоставете му по-нататъшно лечение и консултиране.

Ако се е заразил отново от партньора си, предоставете му по-нататъшно лечение и подчертайте значението, което има излекуването на партньора. Предложете помощ в тази насока.

7. Мениджмънт на услугите

Програмните мениджъри трябва да решат степента, в която клиниката по СРЗ/ семейно планиране ще участва в превенцията и лечението на ИРТ/ППИ. Това зависи до голяма степен от наличните финансови и човешки ресурси.

Задължителният минимумът е да се осигурява информация за предпазване и пациентите да се насочват към адекватни услуги. Все пак синдромният подход увеличава възможностите на клиниките по СРЗ/ семейно планиране да предоставят услуги за ограничаване на разпространението и за лечение на ИРТ/ППИ.

Успехът на дейностите изисква внимателно планиране и ефективно управление. Съществено значение имат следните направления:

- Администрация.
- Обучение.
- Насоки за предоставяне на услугите.
- Система за пренасочване.
- Мониторинг и контрол.

7.1. Администрация

Мениджърите трябва да осигурят необходимите ресурси за програмата, така че тя да изпълнява предназначението си по отношение превенцията и лечението на ИРТ/ППИ.

Екип

Определете дали наличният екип е достатъчен, за да изпълнява различните задачи, свързани с превенцията и лечението на ИРТ/ППИ. Дейностите включват обучение, консултиране, клинично лечение на случаите, контролен преглед, издирване на контактите и лабораторни изследвания (последното не е необходимо в клиниките, прилагащи синдромен подход).

Физическо пространство

Направете оценка на физическото пространство, за да се уверите, че то е достатъчно да побере допълнителния персонал, оборудването и пациентите. В някои случаи може да е необходима реорганизация на вътрешното пространство. Важно е да се помни, че превенцията и лечението на ИРТ/ППИ изискват достатъчно място за обучение и самостоятелни пространства за консултиране, които са задължителни в правилно организираните клиники по СРЗ/ семейно планиране.

Възможно е дейностите, свързани с ИРТ/ППИ, да се осъществяват едновременно с услуги по семейно планиране или други компоненти на сексуалното и репродуктивно здраве. Лицата, които се консултират за ИРТ/ППИ, трябва да се чувстват спокойно, да не се притесняват, че целта на посещението им ще бъде разбрана от трети лица.

Подходящо е да се предвиди специално работно време, за да се посрещнат нуждите на определени групи като подрастващи и мъже. Подрастващите от двата пола няма да се чувстват удобно да потърсят консултация и/ или услуги за ИРТ/ППИ от клиника, която обичайно обслужва възрастни клиенти. По-вероятно е сексуалните партньори на пациентки с ППИ да посетят клиниката по време, когато няма да се сблъскват с познати им жени.

Оборудване

Освен лабораторната техника, оборудването, необходимо за лечение на ИРТ/ППИ, обикновено присъства в клиниките по СРЗ/ семейно планиране (основно спекулуми, ръкавици, спринцовки и игли). Програмните мениджъри следва

да ги осигурят в достатъчно количество, за да посрещнат нуждите на програмата.

Образователни материали

За нуждите на обучението по СРЗ/ семейно планиране мениджърите трябва да осигурят образователни материали – плакати, схеми, диаграми, листовки и видеофилми, които да служат за предпазване от ИРТ/ППИ. Печатните материали, предназначени за лица, които вече имат ИРТ/ППИ, трябва да подчертават колко важно е лечението да бъде завършено, а партньорът (партньорите) – насочени към клиниката, да обясняват предпазните мерки от повторна инфекция и какво да се прави, ако симптомите продължат. Всички материали следва да са написани на лесноразбираем език и да са възможно близки до разбиранията на пациентите.

Доставки

Програмните мениджъри са длъжни да осигурят антибиотици и други медикаменти, необходими за лечение на ИРТ/ППИ. Това изисква ефикасна система за прогнозиране на нуждите и решение за вида антибиотици, които да се осигурят (виж раздел 3.1, Избор на антимикробни препарати).

Системата за доставки ще бъде по-ефикасна, ако се избере само малка група подходящи антибиотици, а не голямо разнообразие от медикаменти. Така ще се опрости процедурата за прогнозиране на необходимите количества, за дистрибуция и съхраняване на наличностите. Освен това здравните специалисти ще се запознават по-лесно със схемите за предписване на лекарства. Ако определено лечение не е ефикасно за ИРТ/ППИ, специалистите могат да пренасочат пациента към друго заведение, което предоставя по-широк спектър от услуги или може да издаде рецепта за антибиотици, които не се намират в клиниката.

7.2.Обучение

Обучението на здравните специалисти преди и по време на тяхната дейност е изключително важно, за да се осигури ефикасност и качество на услугите.

Целта на обучението е да се развият знанията, уменията и нагласите, които се изискват за предоставяне на информация и помощ в обстановка на разбиране и грижа. То включва следните аспекти:

- Междуличностно общуване.

- Механизъм за предаване на болестите.
- Значение на проблема, създаван от ИРТ/ППИ.
- Различните видове ИРТ/ППИ.
- Как да се провежда лечение.

В зависимост от особеностите на персонала и от ресурсите в клиниката здравните работници трябва да бъдат обучени на нужното ниво за лечение на ИРТ/ППИ (виж раздел 3). Обучението се провежда според изискванията за предоставяне на качествени услуги, така че специалистите да придобият положително отношение към всички индивиди в общността, включително лица, които са изложени на висок риск от ППИ или са заразени с ППИ (виж гл. ⊠ – „Права на клиента и потребности на лицата, предоставящи услуги").

7.3. Ръководни инструкции

Установете писмени правила и процедури за превенция и лечение на ИРТ/ППИ. Те трябва да са изложени по начин, който улеснява разбирането им от всички членове на персонала, свързани с програмата.

- Инструкциите трябва да са достъпни на целия персонал и да се обсъждат периодично.
- В тях трябва да са посочени патогените, които се срещат по-често в определена област. Да се вземе под внимание чувствителността и известната резистентност на патогените към различните варианти на лечение.
- Някои от процедурите, посочени в инструкциите (например диаграмите за синдромно лечение на ИРТ/ППИ), да се представят като плакати и да се закачат там, където се прилагат съответните дейности.
- Инструкциите да се използват или да се споменават по време на обучение и при провеждане на контролни дейности.

Преглеждайте редовно инструкциите, за да се уверите в адекватността на препоръчаните диагностични процедури и схеми на лечение.

7.4. Система за пренасочване

Всяка програма, която работи за превенция и лечение на ИРТ/ППИ, се нуждае от ефективна система за пренасочване. Тъй като на хората, страдащи от ИРТ/ППИ, трябва да осигурим лесен достъп до услугите, не е реалистично да се

очаква, че всички заведения ще могат да предложат пълен набор от дейности. Необходимо е да съществува система, която да препраща лицата от клиники с основно ниво на услуги към медицински заведения, които прилагат клинично лечение с лабораторни изследвания.

Системата за пренасочване трябва да използва връзките между институциите, както и между различните нива в отделната институция. Отговорност на мениджъра е да развие тези връзки.

7.5. Мониторинг и супервизия

Редовният мониторинг и супервизията на образователните дейности и услугите са важни, за да се осигури ефикасност на програмата в количествено и качествено отношение. Правилният мониторинг и супервизията помагат също така при определяне на области, които имат нужда от повече внимание. Те трябва да насърчават целия персонал да пристъпва новаторски и изобретателно към всички задачи, свързани с превенцията и лечението на ИРТ/ППИ.

Таблица 13.1. Клинична картина, диагноза и лечение на гонорея	
Причинител	*Neisseria gonorrhoeae*
Инкубационен период	От 1 до 14 дни. Повечето симптоми се развиват от 2 до 5 дни
Симптоми и признаци при жените	Често няма симптоми. Жената може да се оплаква от вагинално течение, болка при уриниране, кървене след полов акт, болки в долната част на корема или симптоми на тазово-възпалителна болест.При преглед е възможно да се види възпалена уретра и/или преобладаващо вагинално или цервикално течение
Симптоми и признаци при мъжете	Течение от уретрата, болка при уриниране
Предаване	50-90% от жените се инфектират от заразени мъже след един контакт. 20% от мъжете се инфектират след един контакт; 60-80% след 4 контакта.След като уретритът е изчезнал, повечето мъже не са заразни.От 2% до 50% от новородените, изложени по време на раждането, развиват инфекции на очите (офталмия на новороденото)
Диагноза	Наблюдаване на Грам-отрицателни вътреклетъчни диплококи при директно микроскопско изследване на Грам-оцветени проби от уретрално или ендоцервикално течение или на култура от пробата.
Лечение	Препоръчва се комбинирана терапия за гонорея и хламидия в областите, където разпространението на хламидиалната инфекция е голямо. **Еднократна доза:** ципрофлоксацин, 500 mg през устата (противопоказано при бременност); Или цефиксим, 400 mg през устата; Или цефтриаксон, 125 mg интрамускулна инжекция (при доза от 125 mg цефтриаксонът е по-ефективен от 400 mg цефиксим, но цефиксимът има предимството, че се приема през устата, докато цефтриаксонът се поставя мускулно); Или спектиномицин, 2 g интрамускулна инжекция; Или азитромицин, 2 g през устата (предимство

Таблица 13.1. Продължение	
Лечение (продължение)	на азитромицина е, че е ефективен срещу хламидия, но при доза от 2 g перорално причинява стомашно-чревно неразположение и е скъп; 1 g не се препоръчва за гонорея); Или канамицин, 2 g интрамускулна инжекция.[1] **Многократна доза:** триметоприм, 80 mg/ сулфаметоксазол, 400 mg (ко-тримоксазал), 10 таблетки през устата веднъж на ден в продължение на 3 дни. [1]
Усложнения, ако инфекцията не се лекува – при жените	Води до салпингит при 10-20% от жените, което може да доведе до безплодие или да увеличи случаите на извънматочна бременност. Други усложнения включват: ендометрит, цервицит, уретрит и бартолинит. Инфекцията може да се разпространи чрез кръвния ток и да причини висока температура, треска и артрит.
Усложнения, ако инфекцията не се лекува – при мъжете	Уретрит и епидидимит. Без лечение до 20% от инфектираните мъже развиват епидидимит, което може да доведе до безплодие. Също така може да причини стеснение на уретрата. Инфекцията се разпространява чрез кръвния ток и причинява висока температура, треска и артрит.

[1] Използвайте го само ако може да се изключи възможността за резистентност към медикамента.

Таблица 13.2. Клинична картина, диагноза и лечение на хламидия	
Причинител	*Chlamydia trachomatis (серовируси от D до K)*
Инкубационен период	От 7 до 21 дни
Симптоми и признаци при жените	Често няма симптоми. Жената може да се оплаква от вагинално течение, болка при уриниране, кървене след полов акт, болки в долната част на корема или симптоми на тазово-възпалителна болест.При преглед е възможно да се види преобладаващо вагинално или цервикално течение и често зачервена маточна шийка, която лесно се разкървавява.

Таблица 13.2. Продължение	
Симптоми и признаци при мъжете	Течение от уретрата, болка при уриниране. Може да няма симптоми
Предаване	Заразяването между партньорите става независимо дали инфекцията протича със или без симптоми. 60-70% от новородените, изложени на риск от зараза по време на раждането, развиват респираторна инфекция, пневмония или хламидиална офталмия (възпаление на очите)
Диагноза	*Предполагаема:* Клинично наблюдение на цервицит и липса на Грам-отрицателни вътреклетъчни диплококи при директно микроскопско наблюдение (Грам-оцветяване) *Окончателна:* Серологични тестове или култура.
Лечение	Доксициклин, 100 mg през устата 2 пъти дневно в продължение на 7 дни;Или азитромицин, 1 g еднократна доза през устата (въпреки че доксициклинът е по-евтин от азитромицина, предимство на последния е, че се приема еднократно, което е важно съображение, когато спазването на лечението до края е проблем); Или тетрациклин, 500 mg през устата 4 пъти дневно в продължение на 7 дни; Или офлоксацин, 300 mg през устата 2 пъти дневно в продължение на 7 дни; Или амоксицилин, 500 mg през устата 3 пъти дневно в продължение на 7 дни. *Забележка:* Доксициклинът, другите тетрациклини и офлоксацинът са противопоказани по време на бременност и лактация.
Усложнения, ако инфекцията не се лекува – при жените	Може да причини тазово-възпалителна болест, салпингит и ендометрит, което довежда до безплодие или увеличен риск от извънматочна бременност. Освен това може да причини цервицит, уретрит и бартолинит (инфекция на Бартолиновата жлеза). При бременни жени е вероятно да предизвика по-ранно скъсване на мембраните и раждане преди термина.
Усложнения, ако инфекцията не се лекува – при мъжете	Може да причини уретрит и епидидимит, което да доведе до безплодие. Причинява 35-50% от случаите на негонококов уретрит при хетеросексуалните мъже.

Таблица 13.3 . Клинична картина, диагноза и лечение на сифилис	
Причинител	*Treponema pallidum*
Инкубационен период	От 10 до 90 дни, средно 21 дни
Ранни симптоми и признаци при жените	Безболезнена раничка (шанкър) на мястото на заразяването – може да е на вулвата, цервикса, носа, устата или ануса. При жените вътрешните лезии може да се пропуснат и първият очевиден симптом да бъде обривът на вторичния сифилис.
Ранни симптоми и признаци при мъжете	Безболезнена раничка на пениса, носа, устата, тестисите или ануса
Предаване	30-60% от сексуалните партньори се заразяват след един контакт. Инфекцията се предава от майката на плода през плацентата от деветата седмица на бременността нататък при две трети и повече от бременностите. В 40% от случаите предизвиква спонтанен аборт, мъртво раждане или смърт на новороденото, в останалите случаи причинява вроден сифилис.
Диагноза	Микроскопия на тъмен фон на секреция от първична или вторична лезия или серологични тестове (бърз плазмен реагент или тест от венерологична лаборатория).
Лечение	Бензатин пеницилин G, 2.4 милиона ИЕ в 2 интрамускулни инжекции по време на едно посещение в клиниката. Поставете по една инжекция във всеки хълбок. Или воден прокаин бензатин пеницилин G, 1.2 милиона ИЕ дневно интрамускулна инжекция в продължение на 10 дни. За алергични към пеницилин пациентки, които не са бременни: Доксициклин, 100 mg през устата 2 пъти дневно в продължение на 15 дни; или тетрациклин, 500 mg през устата 4 пъти дневно в продължение на 15 дни. За алергични към пеницилин бременни пациентки: Еритромицин, 500 mg през устата 4 пъти дневно в продължение на 15 дни.

Таблица 13.3. Продължение	
Усложнения, ако ранната инфекция не се лекува	Ранният първичен сифилис преминава във вторичен или ранен латентен сифилис. Неболезнените лезии изчезват след няколко седмици; последвани са от несърбящ обрив по тялото, неразположение, треска, общо увеличение на лимфните възли, хепатит, артрит и/или оплешивяване, обикновено започващо дни, седмици или месеци, след като изчезнат безболезнените лезии. Тези симптоми продължават няколко седмици, а понякога месеци. Без лечение късният сифилис (неинфекциозен) се развива при около 25% от случаите. Гуми (големи лезии) в меките тъкани или вътрешностите, невросифилис и сърдечно-съдов сифилис се появяват от 1 до 20 години по-късно (понякога до 40 години по-късно). Нелекуваните симптоматично невросифилис и сърдечно-съдов сифилис често са фатални.

Таблица 13.4. Клинична картина, диагноза и лечение на шанкър	
Причинител	*Haemophilus ducreyi*
Инкубационен период	Обикновено от 3 до 7 дни, максимум 10 дни
Симптоми и признаци при жените	Болезнени рани с неправилна форма по входа на вагината и около ануса. Причиняват болка при уриниране или дефекация, кървене от ануса, болка при полов акт или течение от вагината. Може да няма симптоми.
Симптоми и признаци при мъжете	Болезнени рани с неправилна форма по пениса и/или болки в слабините
Предаване	Болните са заразни, докато имат рани. Няма заразяване на плода от майката или по време на раждане.
Диагноза	*Предполагаема:* Клиничната картина, особено болезнените рани (сифилистичните рани обикновено не са болезнени) и изключване на сифилис чрез лабораторни тестове. *Окончателна:* Наблюдение на вериги от Грам-отрицателни кокобацили при пряко микроскопско изследване (Грам-оцветяване) или култура.

Таблица 13.4. Продължение	
Лечение[1]	Ципрофлоксацин, 500 mg през устата 2 пъти дневно в продължение на 3 дни (противопоказан при бременност и при кърмещи жени);Или цефтриаксон, 250 mg еднократна интрамускулна инжекция; Или азитромицин, 1 g еднократна доза през устата; Или еритромицин, 500 mg през устата 4 пъти дневно в продължение на 7 дни *Забележка:* Азитромицинът е по-ефективен и по-евтин от еритромицина и дозата при лечението е еднократна.
Усложнения, ако инфекцията не се лекува	Раните изчезват без лечение обикновено за един месец, но може да продължат и 12 седмици. Причинява ингвинални бубони (подуване на лимфните възли в слабините) при близо половината от инфектираните.

[1] При пациенти с ХИВ-инфекция схемите на лечение, различни от еритромицин, често са неефективни и може да се наложи по-дълъг курс на лечение.

Таблица 13.5. Клинична картина, диагноза и лечение на херпес	
Причинител	*Herpes simplex вирус (ХСВ), тип 1 и 2*
Инкубационен период	От 1 до 26 дни, средно между 6-7 дни
Симптоми и признаци при жените	Болезнени лезии като мехурчета в и около вагината, около ануса или по бедрата. Болката може да е по-силна, отколкото при мъжете. Причинява болка при уриниране, воднисто течение от вагината, цервицит или проктит. Системните симптоми включват главоболие, болки в гърба, треска и неразположение. Докъм 70% от случаите няма симптоми. Първият епизод изчезва за 2-4 седмици.
Симптоми и признаци при мъжете	Болезнени лезии по пениса. Може да причини течение от уретрата или болка при уриниране. Системните симптоми включват главоболие, болки в гърба, треска и неразположение.
Последващи симптоми при жените и мъжете	Епизоди на повторна поява: При половината от заразените се появяват рецидиви. Сравнени с първоначалната проява, повторните епизоди включват по-малки и по-малобройни лезии, а системните синдроми се наблюдават по-рядко. Болки, вдървеност, изтръпване

Таблица 13.5. Продължение	
	на задника, краката или ханша може да предшестват повторната поява.
Предаване	Предаване между партньорите се наблюдава при симптомните и безсимптомните фази, но по-често през симптомната фаза. Заразяване на плода от майката е много вероятно, ако майката има първична инфекция по време на раждането. В много центрове се прилага цезарово сечение. Смъртността при новородените, инфектирани с херпес симплекс вирус, е много голяма.
Диагноза	*Предполагаема:* При клинично наблюдение и често чрез изключване. *Окончателна:* Тъканна култура.
Лечение	Само на симптомите. Няма излекуване и болните страдат от повтарящи се епизоди. Посъветвайте пациентите да измиват редовно гениталната си област със сапун и вода. Предпишете парацетамол (ацетаминофен), аспирин или подобно болкоуспокояващо лекарство. Когато е налице ацикловир, предпишете го, както следва: *Първи епизод:* ацикловир, 200 mg през устата 5 пъти дневно в продължение на 7 дни. *Повторни епизоди:* ацикловир, 200 mg през устата 5 пъти дневно в продължение на 5 дни.

Таблица 13.6. Клинична картина, диагноза и лечение на трихомониаза	
Причинител	*Trichomonas vaginalis*
Инкубационен период	От 3 до 28 дни
Симптоми и признаци при жените	Зелено или жълто, изобилно, пенесто вагинално течение с неприятна миризма; сърбеж, болка при уриниране, болка при полов акт
Симптоми и признаци при мъжете	Обикновено без симптоми, но може да се появи течение от уретрата, болка при уриниране или сърбеж
Предаване	До 85% от жените, сексуални партньори на заразените мъже, се инфектират. Между 30-40% от мъжете,

Таблица 13.6. Продължение

	сексуални партньори на заразени жени, се инфектират. Около 5% от момичетата, родени от инфектирани жени, се заразяват по време на раждането
Диагноза	Наблюдение на камшиченото движение на паразита (потрепвания) при пряко микроскопско изследване на натривка с вагинална течност или утайка от урина във физиологичен разтвор върху предметно стъкло. Култура от вагинална течност (при жените) или проба от урина (при мъжете)
Лечение	Метронидазол, 2 g еднократна доза през устата; Или метронидазол 400-500 mg през устата 2 пъти на ден в продължение на 7 дни. *Забележка:* Не предписвайте метронидазол през първите три месеца на бременността. Отложете лечението до четвъртия месец. Предупредете пациента, приемащ метронидазол, да избягва алкохол, защото причинява повръщане. Метронидазол под формата на гел не се препоръчва за употреба, тъй като е значително по-малко ефикасен за лечение на трихомониаза в сравнение с оралните препарати.
Усложнения при жените, ако инфекцията не се лекува	Без лечение симптомите могат да продължат години. Влошават се по време или след менсис. В повечето случаи няма усложнения или последствия
Усложнения при мъжете, ако инфекцията не се лекува	Повечето случаи преминават от само себе си. Последствията могат да бъдат уретрит, простатит или безплодие

Таблица 13.7. Клинична картина, диагноза и лечение на бактериална вагиноза	
Причинител	Причинява се от смесен прекомерен растеж на организмите, които обикновено присъстват във вагината
Симптоми и признаци	Вагинално дразнене и болезненост, вагинално течение с миризма на риба
Предаване	Обикновено не се предава по полов път
Диагноза	Наблюдение на повече от 20% вагинални епителни клетки, покрити с бактерии (доказателствени клетки), при пряко микроскопско изследване на физиологичен разтвор върху предметно стъкло (или Грам-оцветяване); pH по-голямо от 5, миризма на риба при прилагане на 10% разтвор на калиев хидроксид (положителен тест за мирис)
Лечение	Метронидазол, 2 g еднократна доза през устата; Или метронидазол 400-500 mg през устата 2 пъти на ден в продължение на 7 дни. *Забележка:* Въпреки че метронидазолът като еднократна доза е по-евтин, ефективността му за лечение на бактериална вагиноза е по-ниска. *Или* клиндамицин, вагинален крем 2%, 5 g преди лягане интравагинално в продължение на 7 дни; *Или* 0.75% метронидазол гел 5 g два пъти дневно интравагинално в продължение на 5 дни; Или клиндамицин, 300 mg перорално 2 пъти на ден в продължение на 7 дни. *Забележка:* Не предписвайте метронидазол през първите три месеца на бременността. Отложете лечението до четвъртия месец. Предупредете пациентите, които приемат метронидазол, да избягват алкохол, защото причинява повръщане.

Таблица 13.8. Клинична картина, диагноза и лечение на кандидоза

Причинител	*Candida albicans*
Симптоми и признаци при жените	Сърбене и дразнене във вагината, което може да се разпростре около вулвата и перинеума. Понякога се появява плътно бяло вагинално течение, приличащо на пресечено мляко.
Симптоми и признаци при мъжете	Сърбене и болки на пениса, понякога с малки пъпчици и наранена кожа. Мъжете често нямат симптоми
Предаване	Често не се предава по полов път. Понякога не се налага сексуалният партньор да бъде лекуван. В случаи на повтаряща се гъбична инфекция е важно да се открие основната причина
Диагноза	Пряко микроскопско наблюдение на препарат с физиологичен разтвор или калиев хидроксид върху предметно стъкло.
Лечение	Клотримазол, 500 mg таблетка, поставена еднократно във вагината; *Или* клотримазол, 2x100 mg таблетки, поставяни във вагината веднъж дневно в продължение на 3 дни; *Или* миконазол, 200 mg вагинална глобула, поставяна във вагината веднъж дневно в продължение на 3 дни; *Или* флуконазол, 150 mg еднократна доза перорално; *Или* нистатин, 100 000 ИЕ таблетка, поставяна във вагината веднъж дневно в продължение на 14 дни. *Забележка:* При жени с кандидоза на вулвата и при мъже с кандидозен баланит препоръчайте локално приложение на противогъбичен крем – например нистатин.



14 ХИВ И СПИН

1. Въведение

ХИВ (човешки имунодефицитен вирус), или вирусът, причиняващ синдрома на придобитата имунна недостатъчност (СПИН), са сериозен здравен проблем. ХИВ/СПИН засяга хора от всички възрасти, бедни и богати. Изчислено е, че около 40 милиона души по света живеят с ХИВ/СПИН. Международната федерация по семейно планиране (МФСП) е посветила усилията си да превърне темата ХИВ/СПИН в част от сексуалните и репродуктивни здравни услуги. Отделните асоциации-членки на МФСП и други служби, занимаващи се със сексуално и репродуктивно здраве/семейно планиране, играят важна роля в постигането на тази отговорна задача – те са напълно способни да посрещнат предизвикателствата и да предоставят услуги, свързани с ХИВ/СПИН като част от своите програми.

1.1. Определение

ХИВ е вирусът причинител на СПИН. Човек, който е ХИВ-серопозитивен, развива симптомите на СПИН – крайната фаза на заболяването ХИВ, – след като години наред е носител на инфекцията. СПИН предизвиква загуба на функцията на имунната система, тъй като CD4 клетките биват инфектирани и разрушени и по този начин допускат човек да се поддаде на случайни инфекции (например пневмония от вида Pneumocystis cariini, токсоплазмоза и др.), които като цяло не са патологични при хора със здрави имунни системи.

1.2. Заразяване

ХИВ може да бъде предаден пряко от един човек на друг чрез сексуален контакт (по полов път), чрез преливане на кръв и кръвни продукти, от майка на детето ѝ („майка-дете", вертикален път) и чрез употреба на заразени игли и спринцовки.

Начините ХИВ да бъде предаден от майка на детето ѝ са следните:

- Вътреутробно (вирусът преминава от кръвта на майката в кръвта на плода през плацентата).
- По време на раждане чрез ваксинация или чрез поглъщане на кръв или други течности.
- След раждането чрез приемане на заразено мляко.

1.3. Ролята на сексуалните и репродуктивни здравни услуги

Тя включва:

- Превантивна информация и послания, насочени към заразени и незаразени лица.

- Предоставяне на услуги, свързани със семейното планиране.
- Предоставяне на доброволно консултиране и тестване.
- Достъп до антиретровирусна терапия, включително превенция на заразяването тип „майка-дете" и лечение на случайни инфекции, когато има такива.
- Препращане към друга инстанция или специалисти и успокояващи грижи и подкрепа.
- Разширяване достъпа на млади хора и уязвими групи до информация, образование и услуги.

Услугите, свързани с ХИВ/СПИН, които клиниките за сексуално и репродуктивно здраве могат да предоставят, зависят от техните средства и възможности. Тези услуги включват всички или някои от изброените дейности:

- Обучение за цялостно предпазване от ХИВ/СПИН.
- Доброволно консултиране и тестване.
- Консултиране във връзка с ХИВ/СПИН, включително съвети, свързани с начина на живот.
- Услуги, засягащи превенцията на заразяването „майка-дете", контрола на ХИВ/СПИН, включително лечение.
- Предоставяне на лечение чрез антиретровирусна терапия и лечение на случайни инфекции, когато има такива.
- Информация за други инстанции или специалисти и организации.

2. Превенция

Когато липсва лечение, единственият начин да се спре разпространението на дадена болест е превенцията. Това се постига главно, като се увеличава информацията и обучението на обществото и се улеснява достъпът до мъжки и женски презервативи. Разпространението на ХИВ/СПИН се влияе от няколко фактора, между които сексуалното поведение и отношение, както и наличието на места за ранна диагностика и лечение. Тези фактори трябва да се вземат предвид, за да бъдат създадени и приложени ефективни програми, предотвратяващи разпространението на ХИВ/СПИН. Програмите за сексуално и репродуктивно здраве са създадени така, че да информират за рисковете и усложненията, свързани с ХИВ/СПИН, и да насърчават нискорисковото поведение. Те

поощряват използването на презервативи не само като начин за предпазване от бременност, но и за предпазване от ХИВ.

2.1. Превенция на предаването по полов път

Предаването по полов път може да бъде предотвратено чрез:

- Постоянно използване на мъжки презервативи (винаги щом има риск от заразяване) от серо-несъвместими двойки с цел да се предпази другият партньор, а когато и двамата партньори са серопозитивни – да се предотврати нова инфекция с различна вирусна мутация и излагането на други полово предавани инфекции (ППИ).
- Използване на женски презерватив при хетеросексуална връзка, ако мъжки презерватив не може да бъде използван.
- Бързо и ефективно лечение на ППИ.

2.2. Превенция на предаването по неполов път

- Лица, които са заразени с ХИВ-инфекция или са застрашени от нея (например проститутки, хомосексуалисти, наркомани, които си инжектират наркотик, и др.), не бива да даряват кръв, семенна течност, органи или тъкан за трансплантация.
- Нужни са специални образователни дейности, насочени към интравенозните наркомани, с цел да се повиши вниманието и информираността им за високия риск при разменянето на игли и спринцовки.
- Наложителни са усилия, за да се попречи на такива практики като осакатяването и татуирането на женските полови органи.
- Необходимо е да се избягват нехигиенични навици като размяната на ножчета за бръснене и четки за зъби.

2.3. Превенция на предаването от типа „майка-дете"

- Да се предотврати заразяването на жени с ХИВ.
- Да се предотврати нежеланата бременност на жени, заразени с ХИВ.
- Да се предоставят консултации, практики за безопасно раждане и антиретровирусни лекарства на майки, заразени с ХИВ.

2.4. Превенция на предаването в здравни заведения

Здравните заведения трябва да спазват правилни практики за превенция на инфекциите и да контролират предоставяните услуги.

3. Контролиране на ХИВ/СПИН

Контролирането на ХИВ/СПИН включва:

- Доброволно консултиране и тестване.
- Превенция, насочена към заразени и незаразени лица.
- Уведомяване на партньора.
- Сексуално поведение.
- Вземане на решения, свързани с възпроизводството.
- Контрацепция.
- Лечение.
- Грижа и подкрепа на лица, които живеят с ХИВ/СПИН.

3.1. Доброволно консултиране и тестване

Доброволното консултиране и тестване (ДКТ) е неделима част от сексуалните и репродуктивни услуги и трябва да бъде предлагано на високорискови, уязвими групи. ДКТ позволява на хората да знаят своя ХИВ-статус, предоставя възможност за ранно консултиране, а също за лечение и грижи. ДКТ не бива да е отделно звено, а част от една продължителна дейност. То трябва да е свързано и със системата за препращане към необходим курс на лечение.

ДКТ е задължено да спазва местните и национални правила, закони и наредби. В него се включват:

- Консултиране преди тестване. Знанието на статуса е доброволно.
- Информирано съгласие.
- Тестване за ХИВ.
- Консултиране след тестването и допълнително консултиране, включващо позитивна превенция.

Консултиране преди тестване

Консултирането трябва да бъде поверително, безпристрастно и пригодено към нуждите и начина на живот на потребителите. Това ще им позволи да направят информиран избор, дали искат да знаят своя ХИВ-статус, за да направят съответните постъпки.

Уведомете ги, че процесът е напълно доброволен и поверителен. Консултацията също така трябва:

- Да предоставя ясна информация за ХИВ, за неговото разпространение и по какво се различава от СПИН.
- Точно да опише процеса на тестване.
- Да гарантира, че посетителят е разбрал преимуществата и последиците от узнаването на своя ХИВ-статус.

Информирано съгласие

То означава, че клиентът е разрешил да му бъде извършено ХИВ-тестване, след като е получил информация за неговите рискове и ползи. Едва тогава той може да вземе информирано решение.

Информираното съгласие е нужно, тъй като ХИВ-инфекцията е животозастрашаваща и може да навреди на пациента чрез емоционален стрес, неблагоприятно белязване и дискриминация в много форми.

Тестване за ХИВ

Тестването за ХИВ се извършва чрез одобрени набори за ХИВ-тестване и тестови протоколи. То не се препоръчва, ако не се проведе консултиране преди и след тестването.

Консултиране след тестването

Отрицателен резултат

Обсъдете с посетителя:

- Периода на изчакване и ограниченията на теста.
- Нуждата от повторно тестване след 3 месеца, ако човекът смята, че е заразен през последните 6 седмици.
- Стратегии за намаляване на риска, включително по-безопасно сексуално поведение и правилна употреба на презервативи.

Положителен резултат

- Успокойте пациента и му окажете емоционална и психологическа подкрепа.

- Обяснете разликата между ХИВ-инфекция и СПИН и че лица, които са носители на ХИВ-вируса, могат да останат здрави дълго време.
- Помогнете му да открие източници на подкрепа – както лични, така и в обществото (достъп до лечение, психологически опори, специални групи и т.н.).
- Разгледайте непосредствените му планове, намерения и действия.
- Обсъдете въпроса за уведомяването на партньора и преценете риска от домашно насилие. Когато е нужно, предоставете информация за препращане.
- Обсъдете риска ХИВ да се предаде и на други хора, опасността от повторно заразяване с ХИВ или други ППИ.
- Обсъдете стратегии за намаляване на риска.
- Посочете възможностите за тестване на партньора, както и на деца, заплашени от заразяване.
- Съставете план за следващо консултиране, за да обсъдите бъдещи въпроси: например ново тестване и тестване за имунни Т-клетки (CD4), контрол, лечение и достъп, възможността пациентът да стане част от подкрепяща група, здравословния начин на живот, преимуществата на ранния достъп до грижи и лечение т.н.

3.2. Последващо консултиране

Първите седмици и месеци са особено важни за хората, научили, че са ХИВ-позитивни. Те имат нужда от достъп до:

- Социални и психологически услуги.
- Медицински услуги и лечение.
- Други услуги, свързани с подкрепата им, за да създадат и поддържат промени в поведението си, така че да намалят вероятността от заразяване на други хора, както и да поддържат собственото си здраве и да избягват риска от повторна инфекция.

Важно е ХИВ-позитивните хора да запазят своето достойнство и да останат продуктивни членове на обществото. Възможно е те да се чувстват белязани и непълноценни, което ще има отрицателно влияние върху тяхното психическо здраве и благосъстояние. При някои фактът, че знаят за своя ХИВ-статус, може да причини значителни депресии. Здравните работници трябва да осъзнават тези опасности и да предоставят лечение и подкрепа.

При консултации те трябва да подчертават, че успешното лечение не предотвратява предаването на ХИВ. Нужно е да се наблегне на превантивните действия, например използването на презервативи, практикуването на безопасен секс и използването на чисти игли за инжектиране на дрога. Макар и заразени с ХИФ, жените обикновено са свикнали да се грижат за другите (за деца, съпруг, родители). Ето защо те могат да забавят или изоставят собственото си лечение. Здравният персонал трябва да консултира пациентката по уместен начин, като обяснява, че грижата за себе си е неразделна част от ефективното контролиране на ХИВ.

3.3. Уведомяване на партньора/консултиране

Нужно е ХИВ-серопозитивният пациент да се свърже със своя сексуален партньор и/или с лицето, с което са си разменяли игли и спринцовки, и да ги уведоми, че са били изложени на заразяване, като ги прикани да се подложат на доброволен конфиденциален тест и да се консултират.

Здравните специалисти трябва да разбират, че уведомяването на партньора създава сложна ситуация, тъй като възниква конфликт на права – правото на ХИВ-позитивния за конфиденциалност и поверителност и правото на партньора да се предпази от инфекция. Въпросът не се решава лесно и налага подробно обсъждане, тъй като е важно партньорът да бъде уведомен.

- Уведомяването помага на хора, изложени на ХИВ, да осъзнаят риска и да се подложат на тестване.
- Ако са носители на вируса, те ще научат как да предпазват другите от ХИВ, като практикуват безопасен секс и не разменят игли, и едновременно ще получат възможност за лечение и подкрепа.
- Ако не са носители на вируса, ще бъдат информирани как да не се заразят.

В много случаи хората не биват уведомявани за ХИВ-статуса на своя партньор, а дори и да им е казано, не желаят да се тестват доброволно. Това е предизвикателство към здравните работници, защото влияе върху практикуването на безопасен секс. Още повече, че създава проблеми при спазването на антиретровирусната терапия и/или при едно предприето самолечение на партньора, който не е бил тестван.

В някои държави здравните специалисти са длъжни да уведомяват застрашените лица за статуса на техния ХИВ-серопозитивен партньор, дори когато пациентът реши да не разкрива тази информация. В тези случаи трябва да бъде оценена вероятността от насилие или сериозен разрив в отношенията

им и да бъдат взети съответни мерки. Консултиращите трябва да са добре обучени за уместни съвети, особено когато има вероятност от насилие, и да правят всичко възможно за подкрепа на ХИВ-серопозитивния индивид.

Задача на здравните работници е да създават подходяща атмосфера за разкриване на истината.

3.4. Сексуално поведение

Когато разбере диагнозата си, пациентът често преоценява своето сексуално поведение и възприема по-безопасни сексуални практики. Но в случаите, когато не е разкрил истината на своя сексуален партньор, е по-трудно да започне и продължи използването на безопасен секс. Така възниква потребност от интензивно консултиране и подкрепа, за да се справи с новото предизвикателство. През цялото време здравните специалисти не бива да осъждат пациента, а да го подкрепят.

Напредъкът в лечението и полаганите грижи са помогнали на много ХИВ-позитивни хора да удължат очакваната продължителност на живота си. Това позволява на мнозина от тях да подновят сексуалната си активност. Ето защо е изключително важно ХИВ-позитивните пациенти ясно да разбират нивото на риск при различните сексуални практики. Нужно е здравните специалисти да познават тези практики и да могат да обяснят рисковете, свързани с тях, като използват ясна терминология, която да гарантират пълно разбиране. Създаването на атмосфера, в която пациентът не се чувства заклеймен или осъждан, е определящо, за да се постигне откровеност и откритост. Важно е също консултиращите да имат познания за различните сексуалните практики в различните култури, за да разберат и личните сексуални навици на своите пациенти.

Успешното лечение на ХИВ чрез предоставяне на АРВТ може да намали вирусния товар на пациента, което, от своя страна, намалява, но не изключва риска ХИВ да бъде предаден на незаразен партньор. Съществуват и други фактори, които влияят върху предаването на ХИВ по полов път, като например:

- Наличие на други ППИ – например herpes simplex тип II или вирусната инфекция human papiloma.
- Възпаление на гениталиите.
- Менструация.
- Недохранване и недостиг на витамини и минерали.

3.5. Вземане на решения, свързани с възпроизводството

Инфектирането с ХИВ поставя трудни въпроси във връзка с контрацепцията и бременността. Поради специалните обстоятелства при ХИВ-серопозитивни пациенти консултирането трябва да се провежда с изключително разбиране и усет. Щом бременна жена реши да продължи или да прекъсне своята бременност, тя трябва да бъде консултирана и да ѝ се предложат услуги в съответствие с нейния избор. Здравните работници играят важна роля при вземането на това решение. Когато е възможно, партньорите следва да бъдат консултирани и заедно, и поотделно.

Двойките, в които единият или двамата партньори са серопозитивни, са изправени пред предизвикателства, когато вземат решения дали да имат деца. Тези предизвикателства включват:

- Желание за забременяване.
- Контрацептивни практики.
- Избор за изхода на непланирана бременност.

ХИВ-серопозитивните двойки трябва да направят информиран избор, без принуда и да имат достъп до качествени услуги за прилагане на този избор.

Желание за забременяване

ХИВ-серопозитивните индивиди или двойки, които обмислят бременност, трябва да бъдат ясно информирани, че съществува риск инфекцията да се предаде на незаразения партньор по време на незащитен полов акт, чиято цел е забременяване. Нужно е да знаят също, че за заразена жена, при която вече се проявяват симптомите на СПИН, бременността може да ускори хода на болестта. Ако ХИВ-серопозитивна жена желае да забременее, тя трябва да бъде запозната с местните услуги, засягащи фертилитета и бременността, както и с всички налични видове химиопрофилактика, които намаляват риска инфекцията да се предаде на детето.

Превенция на предавана инфекция от майката на детето ѝ

Предаването на ХИВ от заразена майка на детето ѝ може да стане in utero, по време на раждането и чрез кърмата. За да се намали рискът от такава инфекция, здравните работници трябва да имат предвид:

- Използването на АРВ лечение (могат да се прилагат различни режими на АРВТ в зависимост от наличността и ръководните насоки).

- Раждане с цезарово сечение.
- Алтернативи на кърменето.

Антиретровирусна терапия (АРВТ)

Използването на антиретровирусни лекарства по време на бременността и раждането е доказало ефективността си, тъй като намалява предаването на инфекцията от майка на детето й. АРВТ ограничава риска от предаване, като снижава вирусната репликация на майката, а също чрез профилактика на детето по време и след излагането му на вируса. Има множество различни режими, които се различават по ефикасност, цена, практичност и безопасност. Всички те включват лечение с различна продължителност преди раждане, както и по време на раждането и след него. Режимите, прилагани през ранна бременност, са относително сложни, но се оказват по-ефективни, отколкото по-простите, използвани през късната бременност или по време на самото раждане. Практичността на вторите режими обаче ги прави привлекателни за жени, на които са оказани грижи в късен етап от бременността и/или не могат лесно да се придържат към АРВТ режима. Решението дали определен антиретровирусен профилактичен режим ще бъде включен в програма за раждане зависи от достъпността, степента на изпълнимост и цената.

Раждане с цезарово сечение

Около 60 % от случаите, когато ХИВ се предава от майка на детето й (ПМД), стават при раждане. Вагиналното раждане увеличава риска, докато раждането чрез цезарово сечение го намалява, независимо от вирусния товар или профилактичната АРВТ. Потенциалните положителни страни обаче трябва да бъдат съобразени с рисковете за майката. Наложително е цезаровите сечения да се извършват на места, където операцията се провежда безопасно и общата смъртност на майките е ниска. В заведения, където не се прави цезарово сечение, доказано средство за намаляване на ПМД е промиването на вагината с chlorhedrinine 0,25%, като по този начин се почиства родилният канал след всеки вагинален преглед и по време на раждане.

Алтернативи на кърменето

Рискът от ПМД се увеличава, ако майката кърми детето си. Решението дали да го кърми или не трябва да бъде съобразено с ползата от кърменето. Кърменето е най-добрият начин за хранене на детето, тъй като кърмата не само доставя важни хранителни съставки, но и защитава от гастроинтестинални инфекции. В някои култури това е неизменна практика и отбягването да кърмиш детето си може да доведе до опозоряване и дискриминиране на майката,

тъй като общността ще заподозре, че тя е ХИВ-серопозитивна. Решение за алтернативно хранене може да бъда взето, след като се прецени, че то ще бъде:

- Приемливо.
- Осъществимо.
- Майката може да си го позволи.
- Постоянно и безопасно е.

Здравните работници трябва:

- Да научат жената как да приготвя безопасна алтернативна храна, правилно да почиства приборите и да извършва стерилизация.
- Да следят растежа и развитието на детето, за да са сигурни, че то получава достатъчно храна и питателни вещества.
- Да научат майката как да преглежда устата на детето си за млечница и напукване на слизестата ципа (допълнителен риск за предаване на ХИВ).
- Да я информират, че рискът от заразяване с ХИВ се увеличава, ако тя страда от мастит, абсцес на гърдите, кървящи и напукани зърна.

Ако жената реши да кърми детето си, посъветвайте я да го върши главно през първите 6 месеца. Кърменето трябва да бъде прекратено веднага, щом стане възможно, като се вземат предвид местните обстоятелства, положението на отделната жена и рисковете от алтернативното хранене (включително от други инфекции освен ХИВ и недохранване).

Опции при непланирана бременност

Не винаги ХИВ има отрицателен ефект върху бременността, но е възможно неблагоприятно въздействие върху здравето на майката, особено ако броят на нейните CD4 е нисък и не се предлага АРВТ. ХИВ също увеличава нивата на усложнения след раждане и причинява нарастване на смъртността при майките. Ако пациентката е бременна, но не желае да продължи бременността, трябва да бъде насочена към места, които извършват безопасен аборт, разрешен от закона. Контрацепция след раждането трябва да бъде предложена на жени, които не желаят да забременеят отново.

3.6. Контрацепция

Ако ХИВ-серопозитивна жена или жена с ХИВ-серопозитивен партньор не желае да забременее, двамата трябва да бъдат насочени към подходящи мето-

ди на контрацепция, както и към най-добрия начин да предотвратят предаване на инфекцията.

Двойката следва да бъде консултирана за методите на контрацепция или препратена към програма, свързана със СРЗ/семейно планиране. За да се оптимизира репродуктивният избор, услугите, засягащи доброволното тестване и консултиране, трябва да бъдат пряко обвързани с дейностите за превенция и семейно планиране.

Нужно е да бъдат препоръчвани високоефективни методи. Ако единият партньор е заразен, правилното и постоянно използване на презерватив е единственият начин да се предотврати предаването на ХИВ. Наложително е да се използват презервативи, дори след като е бил избран друг метод за предпазване от бременност.

Като цяло ХИВ-серопозитивните жени имат същия избор на контрацептивни варианти, както и останалите жени. Критериите за медицинска приемливост на СЗО са създадени за ХИВ-серопозитивни жени и включват специфични обстоятелства, при които използването на определени методи е забранено, както е изтъкнато по-нататък.

Мъжки презерватив

Правилната и постоянна употреба на мъжки презерватив е много ефикасен начин за предпазване както от нежелана бременност, така и от заразяване с ХИВ/СПИН, когато има риск от инфекция. Ако мъжкият презерватив не успее да предпази от инфекция или бременност, основна причина е неправилното използване. Много малък процент от тези провали се дължи на скъсване/изхлузване.

На потребителите трябва да се дават ясни инструкции за прилагане на метода (виж гл. VII – „Бариерни методи на контрацепция"), включително да бъдат правени демонстрации и да им се предлагат съвети, свързани с правилната лубрикация, съхранение и употреба.

Женски презерватив

Женският презерватив се използва в много страни и е алтернатива на мъжкия. Той предоставя на жените повече контрол при избора на бариерен метод и може да се поставя часове преди половия акт. Контрацептивната ефективност на женския презерватив обхваща широк спектър, посочен и при другите бариерни методи, но е по-ниска от тази на мъжкия презерватив.

Въпреки че клиничните данни са ограничени, лабораторни изследвания показват, че женският презерватив е ефективна бариера не само за сперматозоидите, но и за бактерии и вируси, включително и за ХИВ.

Употребата на женския презерватив е ограничена поради високата му цена. Въпреки че винаги е за предпочитане да се използва нов женски презерватив при всеки полов акт, при някои обстоятелства повторната му употреба може да е приемлива и безопасна. Окончателното решение дали презервативът да се използва отново зависи от конкретната ситуация.

Диафрагма

Преимущество на диафрагмата е, че тя се контролира от жената и може да бъде поставена няколко часа преди половия контакт. Диафрагмата предлага контрацептивна защита, подобна на други бариерни методи (виж гл. VII – „Бариерни методи на контрацепция").

Когато единият партньор е заразен и винаги когато има риск от инфекция, не се препоръчва използване на диафрагма със спермициди поради повишения риск от заразяване с ХИВ, което е свързано с присъствието на спермициди, съдържащи nonoxynol-9 (N-9). В момента се правят проучвания, за да се определи дали диафрагмата намалява риска от предаване на ППИ и ХИВ.

Спермициди

Когато се използват самостоятелно, спермицидите имат по-ниска контрацептивна ефективност от други бариерни методи и не предпазват от ППИ. Спермициди, съдържащи nonoxynol-9 (N-9), не само не предпазват от ХИВ, но могат и да повишат риска от заразяване, особено при жени, които използват често такива продукти. Ето защо този метод не се препоръчва за незаразени жени, чийто партньор е заразен. Той може да се използва от ХИВ-серопозитивни жени, при условие че няма други достъпни и приемливи методи. Ако бъдат избрани спермициди, те трябва да се използват в комбинация с друг бариерен метод.

Хормонални контрацептиви

Правилната употреба на хормонални контрацептиви е високоефективна за предпазване от бременност. Съществуват доказателства,че те са безопасни за употреба от ХИВ-серопозитивни жени и от незаразени жени, чийто партньор е заразен. Хормоналните контрацептиви не предпазват от ППИ/ХИВ, следователно – правилната и постоянна употреба на презервативи е препоръчителна.

АРВ лекарствата имат потенциала или да намалят, или да увеличат бионаличността на стероидни хормони в хормоналните контрацептиви. Ограничените налични данни показват, че потенциалното взаимодействие между множество АРВ и хормоналните контрацептиви може да промени нивото на безопасност и ефективността както на хормоналните контрацептиви, така и на АРВТ. Ако жена, която е на АРВТ, реши да започне или да продължи използването на хормонални контрацептиви, трябва да ѝ бъде препоръчана употреба на презервативи с цел превенция на ХИВ , а също така презервативът може да компенсира един вероятен спад в ефективността на хормоналния контрацептив.

Спирала

Спиралата е високоефективен метод на контрацепция, който може да се използва от ХИВ-серопозитивни жени без СПИН, а също от жени със СПИН, които са клинично здрави и са на АРВТ. Жени със СПИН, които не са клинично здрави, по принцип не бива да си поставят спирала, освен ако няма други достъпни и приемливи методи. Спиралата не предпазва от ППИ/ХИВ, следователно правилната и постоянна употреба на презервативи е препоръчителна.

Спешна контрацепция

За ХИВ-серопозитивните жени, които са правили необезопасен секс и може да са забременели без да го желаят, достъпът до спешна контрацепция е изключително важен. Спиралата може да бъде използвана като средство за спешна контрацепция, при условие че отговаря на критериите за медицинска приемливост, виж гл. VI – „Вътрематочни средства (ВМС, спирали)».

Стерилизация на мъжа или жената

ХИВ-серопозитивни пациенти могат да се подложат на операция за стерилизация, ако решението им е доброволно и информирано (виж гл. VIII – „Доброволна мъжка и женска хирургична стерилизация"). Трябва да бъдат спазвани подходящи процедури за превенция от инфекции (виж гл. XV – „Превенция и контрол на инфекциите"). Този метод обаче не предпазва от ППИ/ХИВ, следователно правилната и постоянна употреба на презервативи е препоръчителна след процедурата.

3.7. Лечение

Антиретровирусна терапия

Антиретровирусните лекарства потискат репликацията на ХИВ. Когато се предписват в комбинация, те:

- Потискат репликацията на ХИВ.
- Забавят детиорацията на имунната система.
- Увеличават вероятността за оцеляване и качеството на живот.

Антиретровирусните лекарства трябва да бъдат включени към услугите, свързани с СРЗ/семейно планиране, и да са част от началния стадий на грижи. Антиретровирусните лекарства са ефективни при намаляване на ХИВ-заболеваемостта и смъртността. Информацията за тях ограничава случите на ХИВ. АРВТ помага в следните насоки:

- Задържа индивида в асимптомна фаза.
- Подобрява симптомите.
- Връща индивида към асимптомната фаза на болестта.

Въпреки че достъпът до лечение може да превърне ХИВ от смъртоносна болест в хронично контролируемо заболяване, важно е да подчертаем, че все още няма лекарство за ХИВ.

Антиретровирусните медикаменти поддържат ХИВ-серопозитивния човек здрав през всички стадии на прогресиране на вируса, като намаляват неговия вирусен товар до незабележимо ниво (под 50) в рамките на 16-20 седмици.

Здравните специалисти трябва да имат предвид, че лечението на ХИВ с лекарства е сложно и че резултатите се проявяват различно при отделните пациенти. Нужно е:

- Да следват националните насоки за лечение.
- Да контролират пациента за точно спазване на лечението, тъй като може да се развие резистентност към лекарството, ако бъдат пропуснати определени дози.
- Пациентът да се придържа към АРВ режим, за да се получат оптимални резултати от лечението и да се минимализира появата на резистентност към вируса.

Профилактика след излагане на болестта

Профилактиката след излагане на болестта е краткосрочно АРВ лечение, за да се намали вероятността от ХИВ-инфекция след потенциално излагане на болестта както на работното място, така и чрез полов акт. Профилактиката трябва да започне колкото е възможно по-бързо след инцидента, най-добре след

3-4 часа. Препоръчва се комбинирана терапия, тъй като се смята, че тя е по-ефективна от самостоятелно лечение. АРВ терапията обаче трябва да бъде съобразена с националните обичаи и схващания.

Полово предавани инфекции (ППИ)

В общности с високо ниво на ХИВ-пациенти заразените с ППИ е вероятно да се заразят и с ХИВ, като предават инфекцията на уязвими партньори. Носители на ППИ, които не знаят своя ХИВ-статус, трябва да бъдат пренасочени към места, където предлагат ДТК услуги за консултиране и тестване на ХИВ-серопозитивни хора, тъй като имунната система на такива пациенти е изложена на риск, особено когато епизодите с повтарящи се периодично вирусни ППИ са чести и сериозни. В здравни заведения, където това е възможно, трябва да се предлага лечение и/или профилактика.

Опортюнистични инфекции

Имунната система на ХИВ-серопозитивни хора е изложена на риск и е по-податлива към различни опортюнистични инфекции (ОИ), например туберкулоза, малария, кандидиазис, токсоплазмоза, криптококов менингит, пневмония Pneumocystis carinii, хронична диария и малария в ендемичните области.

Рискът от заразяване с ОИ се увеличава при по-ниско ниво на CD4. Там, където е възможно, на пациенти в 4-ти стадий на ХИВ или които имат ниво на CD4 по-малко от 200 трябва да бъде предлагано лечение. Ако няма възможност за лечение, болните да бъдат препращани към подходящи заведения. Лечението трябва да е съобразено с националните насоки.

Ако не бъде лекувана, инфекцията може да стане по-трудна за диагностициране и да изиска хоспитализиране, което би включвало скъпи изследвания. Това може да се избегне с навременно прилагане на АРВТ, като едновременно се засилва организмът и се пестят време и пари.

В области, където рискът от заразяване с ХИВ е висок, туберкулозата (ТБ) е показател и за наличието на ХИВ. Човек, заразен с ТБ, трябва да бъде препратен към ДТК за тестване и консултиране.

3.8. Грижа и подкрепа на инфектирани хора

Общи здравни съвети

За ХИВ-серопозитивния човек здравословният начин на живот е от изключителна важност.

Грижа по отношение на храненето

ХИВ-инфекцията влияе на храненето, като увеличава изразходването на енергия, намалява количеството поемана храна, усвояването ѝ и загубата ѝ, както и чрез сложна промяна в метаболизма, която се изразява в загуба на тегло и изтощение, типични при СПИН. Следователно правилното хранене е жизненоважен компонент от здравословния начин на живот при ХИВ-серопозитивните хора и консултирането относно храненето е неразделна част от цялостната грижа.

Добре балансираното хранене:

- Помага медицинското лечение да действа максимално.
- Повишава имунитета.
- Намалява страничните ефекти от АРВТ.
- Подобрява физическото здраве и наслаждата от живота.

Диетите са различни за отделните хора и зависят от стадия на болестта, от социалното положение и личната загриженост за здравето, уникални при всеки пациент. Препоръките за ежедневна диета на заразени с ХИВ зависят също от държавата и местните възможности. Като цяло трябва да се включи диета с:

- Много протеини.
- Много калории.
- Дневна доза от витамини и минерали, за да се гарантира, че нуждите на организма са задоволени.

Здравните специалисти трябва да работят с общността и да разгледат всички възможности за предоставяне на подходяща диета, включително препращане към програми, раздаващи храна на нуждаещи се, по-специално, на бременни и кърмещи ХИВ-серопозитивни жени.

Начин на живот

Пациентите трябва да бъдат насочвани към здравословен начин на живот. Програмите да включват консултиране за:

- Упражнения.
- Достатъчно сън.

- Как да се намали стресът.
- Нездравословни навици, например пушене и прекалено пиене. Когато е нужно, пациентите да бъдат препращани към програми за превенция и лечение на пристрастеност към дрога и алкохолизъм.

Специалистите трябва да насърчават продължителното консултиране, за да обсъждат с пациентите нови въпроси, когато те възникнат. Ако не бъдат обсъдени, те могат да повлияят отрицателно върху психическото здраве и спазването на лечението.

Услуги, свързани с подкрепа

ХИВ-инфекцията засяга всички страни в живота на човек – физическа, психическа, социална и духовна. Консултирането и социалната подкрепа помагат на болните и на лицата, които се грижат за тях, да се справят по-успешно с всеки стадий на инфекцията и да подобрят качеството на живота си. С подходяща подкрепа е по-вероятно пациентите да реагират адекватно на стреса и да се запазят от сериозни психически проблеми.

Преценката и компетентната намеса могат да се насочат към първата стресова фаза, след като пациентът е уведомен за ХИВ-инфекцията, а също към последващата фаза на адаптиране и към целия процес, през който се контролира прогресирането на хроничната инфекция и болестта.

ХИВ-инфекцията често предизвиква заклеймяване и страх на заболелите, както и на близките им, които се грижат за тях. Това безусловно влияе на цялото семейство. Често пъти инфекцията води до загуба на социално-икономически статус, на работа, на доходи, на жилище, на здравно осигуряване и възможност за придвижване. Както на инфектираните, така и на техните партньори и семейства психологическата подкрепа помага да вземат информирано решение, да се справят по-добре и с болестта, и с дискриминацията. Подкрепата подобрява качеството на техния живот и предотвратява по-нататъшното разпространение на инфекцията.

Препращане

Ефикасната система за препращане е много важна в програмите за контрол на ХИВ/СПИН. Не е възможно всички заведения да предоставят подходящи услуги, от които заразените с ХИВ/СПИН изпитват потребност. Съществено е да има система, чрез която пациенти, нуждаещи се от специални заведения за диагностициране, лечение и грижи, да могат да се преместят в тях. Система-

та за препращане трябва да се основава на връзките между институциите, както и на връзките между различните звена и нива на лечение в отделната институция.



15 ПРЕВЕНЦИЯ И КОНТРОЛ НА ИНФЕКЦИИТЕ

1. Въведение

Основна цел при превенцията на инфекции в заведенията за сексуално и репродуктивно здраве, независимо дали са стационарни или мобилни, е:

- Да се намали до минимум предаването на инфекции на пациенти, здравни специалисти и други хора, които биха могли да са изложени на влиянието на заразни отпадъци.

С увеличаване на ХИВ-инфекцията и на СПИН все повече хора се безпокоят от опасността да се заразят. Изключително важно е да бъде предотвратено предаването на ХИВ на пациенти и здравни специалисти. Те трябва да са сигурни, че са взети всички предпазни мерки.

Разпространението на инфекции по време на клинични процедури може да бъде предотвратено чрез използване на асептични техники, чрез избягване на кръстосана инфекция, чрез правилно обработване на инструментите и оборудването в клиниката и чрез правилно изхвърляне и съхранение на отпадъците.

2. Определения

- Причинители на инфекции са микроорганизмите. Те включват бактерии, вируси, плесени и паразити. Бактериите, произвеждащи ендоспори (например видовете clostridium, които причиняват гангрена и тетанус), са най-трудните за унищожение поради тяхната защитна обвивка.
- Асептика, или асептична техника, са общи термини, използвани в здравните среди, за да опишат комбинацията от усилия, които не допускат навлизане на микроорганизми по време на процедура във всяка една област на тялото, в която е вероятно да причинят инфекция. Целта на асептиката е да елиминира или да намали до безопасно ниво броя на микроорганизмите както върху жива тъкан (например кожа, слизести мембрани и тъкани), така и върху предмети (например хирургически инструменти).
- Антисептика е превенцията на инфекция чрез убиване или спиране на растежа на микроорганизмите върху кожа или слизеста мембрана преди да се извърши процедура, включваща контакт с тъкани, в които микроорганизмите могат да причинят инфекция.

- Обеззаразяването е процес, който прави предметите по-безопасни за работа. Такива предмети включват големи повърхности (например гинекологични столове или операционни маси), инструменти и ръкавици, изцапани с кръв или други телесни течности.
- Почистването е процес, който премахва физически видимата кръв, други телесни течности, тъкани или каквато и да е друга чужда материя (например прах или кал) от кожата, слизестите мембрани или предмети.
- Дезинфекцията елиминира бактерии, вируси, плесени и паразити от предмети, но не е надеждна за премахване на бактериални ендоспори. Процедурите за дезинфекция са преразгледани през последните няколко години, за да осигурят ефективност срещу вируси като ХИВ и хепатит В. Преразгледаните процедури се наричат дезинфекция на високо ниво (ДВН). ДВН понастоящем е единственото приемливо ниво на дезинфекция и единственото, препоръчано в тази книга.
- Стерилизацията е процес, който напълно елиминира всички микроорганизми, включително бактериалните ендоспори.

3. Антисептика

Антисептиката се изразява в почистване на кожата или слизестата мембрана на пациента с антисептичен разтвор, за да се премахнат или елиминират колкото е възможно повече микроорганизми преди да започне каквато и да е процедура. При прилагането ѝ трябва да се внимава да не се раздразни или нарани кожата или слизестата мембрана.

3.1. Индикатори

- Подготовка на кожата за такива процедури като минилапаротомия, лапароскопия, вазектомия, поставяне/махане на имплантати и инжекции.
- Цервикална и вагинална подготовка за поставяне/махане на спирала и поставяне на маточен елеватор при хирургическа стерилизация.
- Измийте си ръцете преди да си сложите ръкавици за хирургическа процедура, например минилапаротомия или вазектомия.

3.2. Избор на антисептик

Антисептиците се използват върху кожата или слизести мембрани, обратно на дезинфектантите, които са по-силни разтвори и се използват за

предмети. Антисептичните разтвори никога не трябва да се употребяват за дезинфектиране на предмети, например инструменти или ръкавици за многократна употреба. Никога не оставяйте предмети като форцепс за повдигане, четки за хирургическо измиване, ножици или игли за зашиване да киснат в антисептичен разтвор.

Безопасни и широко разпространени са следните антисептични разтвори:

- Centrimonium/cetrimide с етилов алкохол 70% (Cetavelon).
- Cetrimide и chlorhexidine gluconate (CGH), различни концентрации (например Savlon).
- Chlorhexidine gluconate 4% (например Hibitane, Hibiscrub).
- Parachlorometaxylenol (PCMX или chloroxylenol), различни концентрации 0,5%-3,75% (например Dettol).
- Hexachlorophene 3% (например pHisoHex).
- Йод 2%-3%, тинктура и на водна основа (например Lugol's).[1]
- Йодофори, различни концентрации 0,5%-10% (например Betadine).
- Алкохоли (60%-90%), етил, изопропил или метанол.
- Водороден пероксид 3%.
- Производни на акридина (акрифлавин или профлавин).

Разтвори, които трябва да се избягват:

- Benzalkonium chloride (Zephiran). Има няколко отличителни недостатъка:
  - Отнема поне 10 минути, за да убие ХИВ.
  - Многократно е показвано, че се заразява с Pseudomonas и други обикновени бактерии.
  - Лесно се дезактивира от памучна марля или други органични материали и е несъвместим със сапун.
- Живачен лаурин и други съединения, съдържащи живак. Въпреки че често биват продавани като антисептици, химикалите, съдържащи живак, трябва да се избягват поради силната им токсичност.
  - Контакт на кожата с ниски концентрации на живак причинява мехури и контактен дерматит.

[1] *Разтвори, съдържащи алкохол (например етилов алкохол, йодна тинктура и др.) не трябва да се използват върху слизеста мембрана, каквато е вагината.*

- Вдишването или поемането на ниски концентрации живак причинява нарушения на централната нервна система (вкочаненост, нарушен говор, оглушаване), а високите концентрации (200 mg) са фатални.

3.3. Приготвяне, складиране и изхвърляне на антисептици

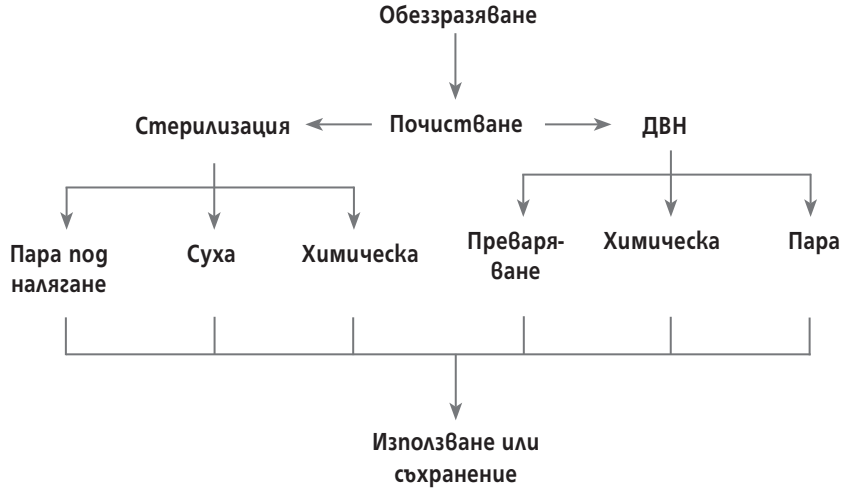
Антисептиците се предлагат в търговската мрежа или под формата на концентрат, от който трябва да се приготвят разтвори, или като разтвори, готови за употреба. Правилното използване на антисептичните разтвори е важно, за да се предотврати тяхното заразяване. Микроорганизмите, които обикновено заразяват разтвора, включват Gram-negative bacilli, всички ендоспори и по-рядко Staphylococcus. Те могат да причинят последваща инфекция, когато заразените разтвори се използват за миене на ръце, върху кожата или слизестата мембрана на пациента. За да се предотврати заразяването на антисептичните разтвори:

- Налейте антисептика (освен ако не се продава в малки количества) в малки контейнери за всекидневна многократна употреба. Това предотвратява изпаряването и заразяването, което би станало, ако големите контейнери се отварят прекалено често.
- Направете схема (например за всяка седмица) за приготвяне на разтворите и за почистване на контейнерите за многократна употреба (има голям риск разтворите да бъдат заразени една седмица след като са приготвени).
- Не съхранявайте марли или памук в антисептици на водна основа, тъй като това предизвиква зараза.
- Измивайте контейнера за многократна употреба много добре със сапун и вода и го изсушете, преди да го пълните отново. Поставяйте му етикет с датата всеки път, когато го миете, изсушавате и пълните отново.
- Съхранявайте антисептиците на хладно и тъмно място. Никога не съхранявайте химикали при директна слънчева светлина или при много високи температури (например на високи метални полици в сграда с метален покрив).
- Когато използвате антисептични разтвори, винаги наливайте разтвора от контейнера. Докосването на ръба на контейнера с марля, памучен тампон или ръка заразява цялото съдържание на контейнера.

4. Процедури за обработване на инструменти и оборудване

Процедурите включват обеззаразяване, почистване, дезинфекция на високо ниво и стерилизация.

Фиг. 15.1. Етапи на обработване.



4.1. Обеззаразяване

Обеззаразяването е важно предварително почистване на инструменти и предмети, които може да са били в контакт с телесни течности. Целта му е те да станат по-безопасни за персонала, който ги почиства. Трябва да е ясно обаче, че химическите дезинфектанти не проникват напълно в кръв, слуз и др., намиращи се върху неизмит предмет. Ето защо трябва да се вземат строги предпазни мерки при почистване на инструменти и други предмети, включително да се използват ръкавици, дори след извършено обеззаразяване (виж раздел 4.2). При самото обеззаразяване също носете гумени ръкавици (домакински или работни). Винаги използвайте пластмасови контейнери, защото металните засилва корозията на неръждаемите стоманени инструменти, които са със специално покритие.

Обеззаразяване на използвани инструменти и други предмети

- Подгответе пластмасова кофа с пресен хлорен разтвор 0,5% в началото на всяка манипулация или повече от една кофа, в случай че разтворът се замърси.

- Веднага след всяка процедура поставете използваните предмети в 0,5% хлорен разтвор за 10 минути. Не чакайте прекалено дълго преди да започнете обеззаразяването, защото органичната материя ще засъхне и ще стане трудна за премахване.
- Кисненето на инструментите продължително време (или в разтвор с висока концентрация на хлор) може да ги повреди. Изплакнете ги със студена вода веднага след обеззаразяването, за да предотвратите появата на корозия и да премахнете по-едрата органична материя.

В клиниките, където се извършват множество процедури, не е практично всички инструменти да се обеззаразяват веднага след всяка процедура. В такъв случай приложете алтернативен подход:

- Изсипете в пластмасова кофа измерено количество вода, нужно, за да се приготви 0,5% хлорен разтвор. Ако например използвате избелващо вещество и една негова част трябва да се разтвори в 6 части вода, налейте в кофата съответните части вода.
- Поставете инструментите веднага след тяхната употреба в кофата, така че те да са под водата. Щом максималният брой инструменти е поставен, или в края на сесията (което се случи първо), поставете в кофата количеството хлор, нужно за създаване на 0,5% разтвор, и разбъркайте добре. Внимавайте кофата с водата да не съдържа прекалено много инструменти, така че да има достатъчно място за добавянето на хлор, без водата да прелее.
- Дръжте инструментите в разтвора 10 минути и веднага ги изплакнете със студена вода.

Обеззаразяване на големи повърхности

Обеззаразете големите повърхности (например горната част на масата за прегледи), като ги избършете с 0,5 % хлорен разтвор.

Приготвяне на хлорен разтвор

Хлорният разтвор може да се направи от белина за домашна употреба (sodium hypochlorite) (виж табл. 15.1) или от други хлорни съединения в прахообразно състояние (calcium hypochlorite или хлорирана вар) или под формата на таблетки (sodium dichloroisocyanurate). СЗО препоръчва хлорните разтвори да се подменят всекидневно или по-често, ако е нужно, защото с времето или след като са изложени на светлина, бързо губят силата си.

Приготвяне на хлорен разтвор от избелващ прах

За да приготвите хлорния разтвор, използвайте следната формула:

$$\frac{\text{\% на желания хлор}}{\text{\% хлор на прах}} \times 1000 = \text{грамове прах на литър вода}$$

Примери:

За да направите 0,5% хлорен разтвор от калциев хипохлорит на прах (обезцветяващ препарат), който съдържа 35% хлор:

0,5/35 x 1000 = 0,0143 x1000 = 14,3

Следователно трябва да разтворите 14,3 грама калциев хипохлорит на прах в 1 литър вода.

За да се направи 0,1% хлорен разтвор от калциев хипохлорит на прах (обезцветяващ препарат), който съдържа 35% хлор:

0,1/35 x 1000 = 0,0029 x 1000 = 2,9

Следователно трябва да разтворите 2,9 грама калциев хипохлорит на прах в 1 литър вода.

Приготвяне на разреден хлорен разтвор от течна белина

За да приготвите разреден хлорен разтвор, използвайте следната формула, чрез която ще определите частите вода, нужни за всяка част концентриран хлорен разтвор (течна белина):

$$\frac{\text{\% концентриран хлор} - 1}{\text{\% на желания хлор}} = \text{броя на частите вода, нужни за една част концентрат}$$

Пример : За да направите 0,5 % разтвор от 3,5 % концентрат:

3,5/0,5 - 1 = 7-1 = 6

Следователно добавете 6 части вода към 1 част концентриран хлорен разтвор (виж табл. 15.1).

Таблица 15.1. Как да приготвите 0,5 % хлорен разтвор от течна белина (натриев хипохлорит)

Пример за вида на белината – Държава	**Разполагаем % хлор**	**0,5 % разреждане**
ACE – Турция, Eau de Javel – Франция (15° chlorum)[1]	5	1 част белина на 9 части вода
Lejia – Перу	10	1 част белина на 19 части вода
JIK – Кения, Robin Bleach – Непал	3,5	1 част белина на 6 части вода
Blanqueador Cloro – Мексико	6	1 част белина на 11 части вода
Lavandina – Боливия	8	1 част белина на 15 части вода
Extrait de Javel – Франция (48° chlorum)	15	1 част белина на 29 части вода

[1] *Там, където концентрациите на активния chlorine са показани в chlorum, обърнете процентите по следния начин: 1° chlorum е грубо казано равен на 0,3% активен chlorine, следователно умножете градусите chlorum по 0,3 %, за да получите процентите активен chlorine.*

4.2. Почистване

Почистването на инструментите и на други предмети преди стерилизация и дезинфекция е от изключително значение, защото то премахва органичната материя.

- Тя задържи микроорганизмите като утайка, която може да ги предпази при стерилизация или дезинфекция.
- Пречи за пълно активиране на химичните дезинфектанти и стерилизатори, като ги прави по-малко ефективни.

Как да почистваме

Почистете инструментите и големите повърхности с препарат и вода. Само водата не е ефикасна за премахване на протеини, мазнина и мас. Използвайте течен препарат или във вид на прах, който лесно може да се разтвори във вода. Избягвайте употребата на сапун или на препарати, съдържащи сапун, тъй като мастните киселини в сапуна взаимодействат с минералите в твърдата вода и правят утайка, която е трудна за премахване. Не използвайте абразивни препарати, защото те могат да повредят инструментите.

- Носете гумени ръкавици и ако е възможно, предпазни очила.
- Чистете инструментите с препарат и вода, използвайки четка. Чистенето се върши под вода, за да не би инфектираният материал да се пренесе по въздуха чрез разплискани капки. Обърнете особено внимание на инструментите със зъби, спойки или винтове.
- Изплакнете добре с вода, за да се премахне остатъкът от препарата, който може да попречи на химическата дезинфекция или на стерилизацията.
- Изсушете по въздушен път или с чиста кърпа. (Водата по мокрите инструменти ще разреди химикалите, които се използват при стерилизация и дезинфекция.) Изсушаване не е нужно за инструменти, които ще бъдат варени.

Дезинфекция на високо ниво (ДВН)

Ако се извърши правилно, ДВН унищожава бактериите, вирусите, плесента и паразитите, но не елиминира надеждно бактериалните ендоспори. ДНВ прави предметите безопасни при допир с наранена кожа или здрава слизеста мембрана. Стерилизацията е предпочитан метод за обработка на предмети, които ще имат контакт с кръвта или тъканите под кожата. Когато стерилизация не е възможна, ДВН е единствената приемлива алтернатива. Тя може да се постигне чрез две техники: изваряване и химическа (студена) дезинфекция.

Изваряване

- Обеззаразете, почистете и изсушете всички предмети, които ще бъдат дезинфекцирани (виж раздели 4.1 и 4.2).
- Използвайте съд с капак или бойлер за инструментите.
- Потопете всички инструменти във водата така, че нивото ѝ да е над инструментите. Отворете инструментите, които се разтварят, на-

пример клампа или ножици. Разглобете предметите, състоящи се от повече от една част. Проверете дали всички купи и контейнери са пълни с вода. Купите не трябва да са обърнати обратно, тъй като могат да задържат въздух, който не би достигнал нужната температура, за да убие микроорганизмите.

- Затворете капака и нагрейте.
- Варете минимум 20 минути. Започнете да засичате времето от момента, в който водата заври.
- Намалете температурата, за да задържите водата във врящо състояние, защото прекалено силното варене хаби гориво, водата се изпарява и може да повреди оборудването.
- Не добавяйте нищо в контейнера, включително вода, щом засичането е започнало.
- Веднага след преваряването извадете предметите със стерилизиран или дезинфекциран форцепс. Инструментите ще се изсушат на въздух по-добре, ако се извадят от горещата вода, докато са още горещи. Не оставяйте инструменти в контейнер с отворен капак, щом водата е спряла да ври, защото, докато водата изстива, парата се кондензира и частици въздух и прах влизат в контейнера и може да заразят инструментите. След изваждане на инструментите от водата ги поставете на поднос или върху сяд, които също са били изварени.
- За процедури като стерилизация на мъже или жени, поставяне или вадене на имплантати или спирала инструментите могат да се използват още мокри, веднага след охлаждането им, или да бъдат изсушени на въздух и да бъдат прибрани в покрит, дезинфектиран контейнер за използване в рамките на 24 часа.
- За процедура като гинекологичен преглед не е нужно инструментите да са стерилни или дезинфекцирани в момента на употребата им. Те обаче трябва да бъдат стерилизирани или дезинфекцирани между употребата им при различни пациенти. Трябва да бъдат съхранявани и ползвани при нужните условия, за да се запазят чисти, но не е задължително да са стерилни или дезинфектирани. Изсушете на въздух тези инструменти или ги подсушете с чиста кърпа преди употреба или съхранение. Ако са подсушени с кърпа, тя трябва да се използва само за тази цел или да се сменя всеки ден (ако е нужно – по-често).

Използвайте една и съща вода през целия ден, като добавяте само толкова, колкото е нужно, за да бъде тя около 2 см над инструментите, които ще бъдат

дезинфекцирани. Честото изсипване и смяна на водата увеличава риска от минерални отлагания.

Химическа дезинфекция

Избор на дезинфектант:

- Glutaraldehyde 2% (например Cidex).
- Формалдехид 8%.
- Chlorine 0,1% разтвор (за разреждане трябва да се използва преварена вода).

Въпреки че алкохолите и йодофорите са евтини и се продават готови, те не трябва да се използват като дезинфектанти. Алкохолите не убиват някои вируси и спори, а Pseudomonas се размножава в йодофорите. Водородният пероксид (6%) е дезинфектант на високо ниво, но е силно корозионен и губи силата си бързо, когато е изложен на топлина и светлина.

Предпазни мерки

Вземайте предпазни мерки, когато използвате:

- Формалдехид: не го разреждайте с хлорирана вода, защото може да се получи карциноген bischloromrthyl ether.
- Формалдехид и глутаралдехид: изпаренията и на двата химикала са токсични и причиняват дразнение на кожата, очите и респираторния тракт. Винаги носете ръкавици и използвайте химикалите в добре проветриво помещение. Формалдехидът е по-токсичен.
- Хлорни разтвори: те могат да причинят корозия на металите. Винаги изплаквайте бързо, за да избегнете корозията.

Процедури

- Носете дебели домакински ръкавици.
- Обеззаразете, почистете и подсушете всички предмети, които трябва да бъдат дезинфекцирани (виж раздели 4.1 и 4.2).
- Използвайте чист контейнер с капак. Разтворете инструментите, например ножици или форцепс. Разглобете предметите, които се състоят от повече от една част. Покрийте всички предмети напълно с дезинфектиращия разтвор.

- Накиснете в глутаралдехид, формалдехид или хлорен разтвор 0,1% за 20 минути.
- Извадете предметите, като използвате дезинфекциран форцепс или ръкавици.
- Изплакнете добре със стерилизирана или преварена вода.
- За процедури като стерилизация на мъже или жени, поставяне или вадене на имплантати или спирала инструментите могат да се използват още мокри, веднага след охлаждането им, или да бъдат изсушени на въздух и прибрани в покрит, дезинфектиран контейнер за използване в рамките на 24 часа.
- За процедура като гинекологичен преглед не е нужно инструментите да са стерилни или дезинфекцирани в момента на употреба. Те обаче трябва да бъдат стерилизирани или дезинфекцирани между употребата им при различни пациенти. Да се съхраняват и използват при нужните условия, за да се запазят чисти, но не е задължително да са стерилни или дезинфектирани. Изсушете на въздух тези инструменти или ги подсушете с чиста кърпа преди употреба или съхранение. Ако инструментите са подсушени с кърпа, тя трябва да се използва само за тази цел или да се сменя всеки ден (ако е нужно – по-често).

Трябва да се избягва химическата дезинфекция на игли и спринцовки, защото те се изплакват трудно и химически остатъци могат да попречат на действието на медикамента, който се инжектира.

Приготвяне и съхранение на разтворите

- Формалдехидът се продава в търговската мрежа в разтвори от 35%-40%. Една част от този разтвор трябва да бъде разредена в 4 части преварена вода, за да се приготви крайният разтвор, който съдържа около 8% формалдехид. Не разреждайте с хлорирана вода, защото може да се получи карциноген (bischloromrthyl ether).
- Глутаралдехидните разтвори се предлагат като 2% водни разтвори. Повечето от тях трябва да бъдат „активирани" преди употреба. Активирането се състои в добавяне на прахообразно вещество или течност, които се продават с разтвора. Това прави разтвора алкален. Спазвайте инструкциите, предоставени от производителя.
- За приготвянето на хлорен разтвор моля разгледайте раздел 4.1.

Сменяйте хлорните разтвори ежедневно, а формалдехидните и глутаралдехидните на всеки 2 седмици или по-често, ако те се разредят или станат мътни по време на употребата.

4.3. Стерилизация

Процесът на стерилизация унищожава всички микроорганизми, включително бактериалните ендоспори. Стерилизацията се постига чрез загряване (пара под налягане или суха горещина) или чрез използването на химикали („студена" стерилизация).

Друга техника, практикувана в някои държави, е газовата стерилизация чрез използването на етиленов оксид (ЕО). ЕО може да предизвика вреден ефект върху хората. Той е токсичен, мутагенен, вероятно канцерогенен, запалим и избухлив. Същевременно това е скъп процес и следователно – употребата му е непрактична за повечето програми за СРЗ/семейно планиране.

Наскоро е патентована нова техника с използване на параформалдехид. Параформалдехидът се изпарява чрез суха топлина в затворено пространство и така дезинфектира или стерилизира предметите. Този процес се използва за стерилизиране на лапароскопи. Газът е силно токсичен, горещината го разширява и е трудно да се осигурят нужните условия за безопасност в здравно заведение. Ето защо методът не се препоръчва.

Стерилизация на пара (автоклавиране)

Наситената пара с високо налягане е метод, избран за стерилизиране на инструменти и други предмети в клиниките по СРЗ/семейно планиране и в други здравни заведения. Стерилизацията с пара изисква следните условия:

- Достатъчен контакт на парата с всички повърхности на предметите, които трябва да бъдат стерилизирани.
- Достатъчно висока температура.
- Правилно засичане на времето.

Двата стерилизатора, които се използват обикновено, са автоклав с изместване на тежестта и предвакуумен автоклав.

- Автоклав с изместване на тежестта. При този вид автоклав водата на дъното на стерилизатора се нагрява и се превръща в пара. Докато парата се създава и изпълва камерата на автоклава, отвън се вкарва хладен въздух. Важно е да се изтегли всичкият въздух от камерата на автоклава, за да се постигне стерилизация. Има стерилизатор тип тенджера под налягане, който може да се загрява на газова или електрическа печка. Такъв се използва при програми за имунизация, но е бил модифициран да стерилизира инструменти за процедури, свързани със семейното плани-

рane, например поставяне на спирала, поставяне и махане на имплантати.

- Предвакуумни стерилизатори. Те използват система с вакуумна помпа, за да изтеглят бързо въздуха от камерата на автоклава, преди да бъде пусната парата. Това намалява общото време на цикъла, както и възможността да се появят въздушни джобове. Предвакуумните стерилизатори са по-скъпи и по-сложни за работа и поддръжка. Най-често се използват в големи болници.

Клиниките за СРЗ/семейно планиране обикновено използват автоклави с изместване на тежестта. Само за тях са приложими следните напътствия.

Подготовка на предметите

За да осигурите правилно използване, разгледайте специфичните инструкции за работа, приложени от производителя.

- Обеззаразете, почистете и изсушете всички предмети, които ще бъдат стерилизирани.
- Увийте острите краища и иглите в марля. Инструменти като ножици, хемостати и артериални форцепси трябва да са разтворени или отключени. Разглобете всички инструменти, съставени от повече от една част, и тези, които имат плъзгащи се части.
- Не завързвайте инструментите с гумени ластици или с нещо друго, тъй като това ще попречи на парата да влезе в контакт с всички повърхности.

Увиване

Инструментите и другите предмети могат да бъдат стерилизирани увити или неувити. Ако стерилизирате инструментите увити:

- Преди автоклавиране увийте чистите инструменти и другите предмети в памучен плат, двоен муселин (140 нишки/см), хартиена опаковка или вестник.
- За стерилизация опаковката трябва да е:
  - Достатъчно голяма, за да увие напълно всички предмети.
  - Добре сгъната, за да предпазва съдържанието.
  - Достатъчно хлабава, за да позволява изсмукване на въздуха и проникване на парата.

- Да осигурява безопасно съхранение и асептичност в момента на употреба.

- Поставете увитите инструменти на подноси с отвори или с перфорирани дъна.
- Когато използвате цилиндър за автоклавиране, осигурете:
  - Цилиндърът да не е претоварен
  - Дупките да са отворени.

Зареждане

- Не претоварвайте. Оставяйте достатъчно място между предметите, за да може въздухът да се изтегли напълно, парата да проникне добре и да бъде изтеглена.
- Осигурете всички предмети да са сухи преди зареждане.
- Не стерилизирайте плат и ръкавици заедно с твърди предмети. Те трябва да се стерилизират отделно. Ако това не е възможно, поставете платовете и/или ръкавиците на горните полици, а твърдите предмети долу. Така ще предпазите плата и ръкавиците от измокряне, дължащо се на конденз, капещ от твърдите предмети.
- Поставете подносите с увитите инструменти така, че да са равномерно разположени и да има правилно оттичане. Ако подносът има дупки на дъното, поставете го хоризонтално на полицата. Ако няма дупки, поставете го под ъгъл.
- Поставяйте съдовете, кофите и подносите странично.
- Поставяйте опаковките с платове така, че пластовете отвътре да са перпендикулярно на полицата (не хоризонтално, един върху друг) за по-ефикасно изтегляне на въздуха, проникване и изтегляне на парата.
- Не позволявайте предметите да се докосват до стените на камерата, където може да имат контакт с конденз и да се измокрят или да нагреят прекалено много и да изгорят.
- Използвайте стерилизационни кошници, в които да слагате по-малките предмети.
- Наборът от инструменти не трябва да надвишава 8 кг. Наборите от легени не трябва да надвишават 3 кг. Опаковките с платове не трябва да са по-големи от 30 x 30 x 50 см и да са по-тежки от 5 кг, за да се осигури проникване на пара в опаковката.

Температура на стерилизиране, налягане и изчисляване на времето

- Стерилизирайте при температура 121° C (250° F) и при налягане 106 kPa (15 lb/in2) – 20 минути за неувити предмети и 30 минути за увити предмети. Ако стерилизирате различни предмети, стерилизирайте 30 минути. Започнете да засичате времето, когато се достигне нужната температура и налягане.
- Когато времето изтече, изключете нагревателя и изпуснете клапата за налягане. Изчакайте уреда за измерване на налягането да покаже 0 (около 20-30 минути), за да не може парата да излезе рязко при отваряне на вратата и да обгори извършващия процедурата.
- Отворете вратата 12-14 см, щом уредът за измерване на налягането покаже 0. Стойте зад вратата, докато я отваряте, за да не се изгорите от излизащата пара.

Ако използвате автоклав от типа тенджера под налягане, сложете водата да заври на газов или електрически котлон, докато парата излезе от клапата за налягане. Намалете топлината до такова ниво, колкото да излиза пара от клапата. Уверете се, че парата излиза само от клапата, а не от защитната клапа или изпод капака. Не позволявайте водата да изври.

Вадене

- Оставете предметите да изсъхнат напълно, преди да ги извадите, което може да отнеме поне 30 минути след отваряне на вратата. Влажните пакети са като тампон, привличащ всички бактерии, вируси и плесени от околната среда. Опакованите инструменти се смятат за неприемливи, ако върху тях има капки вода или видима влага при изваждането им от камерата.
- Не поставяйте стерилните подноси върху студена повърхност или един върху друг, докато не изстинат напълно, защото под или между тях може да се появи конденз. Поставете ги на повърхност, застлана с вестник или плат.

Опакованите предмети могат да се съхраняват до 7 дни, ако се поддържат сухи. Неопакованите предмети трябва да се използват веднага или да се поставят в затворен стерилен контейнер за употреба в следващите 7 дни, но щом контейнерът бъде отворен, трябва да се използват в рамките на 24 часа.

Суха стерилизация

За извършване на суха стерилизация се препоръчва специално произведен стерилизатор с вентилатор, но същото може да се постигне и във всяка гот-

варска фурна – електрическа или с друг източник на гориво. Сухата стерилизация е идеална за игли и спринцовки за многократна употреба, тъй като не притъпява до такава степен острите върхове, колкото автоклавирането. Тя е подходяща при влажен климат, тъй като премахва проблема за „мократа опаковка". Сухата стерилизация може да е вариант за предмети от стъкло и метал. Не трябва да се използва за плат, пластмаса или гума, защото могат да се запалят или стопят.

- Обеззаразете, почистете и изсушете всички предмети, които ще бъдат стерилизирани.
- Ако е нужно, увийте инструментите в памучен муселин или алуминиево фолио. Внимавайте температурата във фурната да не надвиши 204° C (399° F), в случай че използвате памучен муселин. Ако температурата не може да бъде контролирана, не използвайте памучен муселин.
- Стерилизирайте при 170° C (340° F) в продължение на 1 час. Започнете да засичате времето, веднага щом температурата достигне 170° C. (Общото време на цикъла е 2-2,5 часа, което включва поставяне на инструментите във фурната, нагряване до 170° C, засичане на 1 час и охлаждане).
- Стерилизирайте при 160° C (320° F) в продължение на 2 часа (общо време на цикъла е 3-3,5 часа), ако стерилизирате игли или други остри инструменти, защото по-високите температури притъпяват острите ръбове.
- Махнете опаковките след охлаждане и съхранявайте до 7 дни в покрити стерилизирани контейнери (непокритите предмети трябва да бъдат докосвани с форцепс и да се използват веднага) или поставете предметите в затворен стерилен контейнер, за да ги използвате в рамките на 7 дни, но ако контейнерът бъде отворен, те трябва да се използват до 24 часа.

Химическа стерилизация

Химическата стерилизация наричат още „студена стерилизация". При нея се използват дезинфектанти като 2% глутаралдехид и 8% формалдехид. Когато инструментите се киснат по-дълги периоди (10-24 часа), ендоспорите загиват. **Внимание! Изпаренията и от двата химикала дразнят кожата, очите и респираторния тракт. Формалдехидът е по-токсичен, но и по-евтин от глутаралделхида. И двата химикала трябва да се използват в добре проветриви помещения.**

Противопоказания

- Когато липсва стерилизация на пара или суха стерилизация.

- Когато стерилизацията на пара или сухата стерилизация биха повредили предметите (например лапароскопа).

Процедури

- Носете дебели домакински ръкавици.
- Обеззаразете, почистете и подсушете всички предмети, които трябва да бъдат дезинфекцирани.
- Използвайте чист контейнер с капак. Разтворете инструменти като ножици или форцепс. Разглобете предметите, които се състоят от повече от една част. Покрийте всички предмети напълно с дезинфекциращия разтвор.
- Накиснете предметите в 2% глутаралдехид за поне 10 часа или в 8% формалдехид за 24 часа.
- Извадете предметите, като използвате дезинфекциран форцепс/щипки.
- Изплакнете ги добре със стерилизирана вода, тъй като и двата химикала оставят следи върху почистените инструменти. Не използвайте преварена вода, защото тя не убива ендоспорите надеждно и може да зарази инструментите отново.
- За процедури като стерилизация на мъже или жени, поставяне или вадене на имплантати или на спирала инструментите могат да се използват още мокри, веднага след охлаждането им, или да бъдат изсушени на въздух и прибрани в покрит, дезинфекциран контейнер за използване до 24 часа.
- За процедура като гинекологичен преглед не е нужно инструментите да са стерилни или дезинфекцирани в момента на употреба. Те обаче трябва да бъдат стерилизирани или дезинфекцирани между употребата им при различни пациенти. Трябва да се съхраняват и ползват при нужните условия, за да се запазят чисти, но не е задължително да са стерилни или дезинфекцирани. Изсушете ги на въздух или ги подсушете с чиста кърпа преди употреба или съхранение. Ако инструментите са подсушени с кърпа, тя трябва да се използва само за тази цел или да се сменя всеки ден (ако е нужно – по-често).

5. Обработване на отделни предмети

5.1. Горната повърхност на маса за гинекологични прегледи или други големи повърхности

- Почиствайте с препарат и вода всеки ден. Уверете се, че не остава никакъв органичен материал.
- Винаги, когато се разлеят телесни течности (например кръв), а също между посещенията, обеззаразявайте и почиствайте, като избърсвате с кърпа, натопена в 0,5% хлорен разтвор, и измивате.

5.2. Платнени пособия при хирургически процедури (шапки, маски, престилки и стерилни покривки)

- Носете ръкавици при работа със замърсен плат.
- Обеззаразете, като натопите всички артикули в разтвор за обеззаразяване (виж раздел 4.1).
- Перете с препарат и вода.
- Изсушавайте в сушилня или на въздух.

За шапките и маските не е нужно допълнително обработване.

- Проверете хирургическите престилки и покривките за дупки, след като са напълно изсъхнали. Ако има такива, артикулът трябва да бъде закърпен преди работа или да се изхвърли.
- Увийте чистите артикули в две опаковки от двоен муселин (140 нишки/см) или в двойна опаковка от хартия (вестник). Пакетите не трябва да са по-големи от 30 x 30 x 50 см и да не тежат повече от 5 кг, за да може парата да прониква добре. Друга възможност е платовете да се сложат неопаковани в барабана на автоклава.
- Стерилизирайте чрез автоклавиране.
- Артикулите от плат, които са били опаковани в муселин, както и неопакованите, могат да се съхраняват една седмица. Щом обаче барабанът, съдържащ неопаковани артикули, бъде отворен, материалът в него трябва да се използва до 24 часа. Съхранявайте стерилните артикули от плат на сухо място, без прах и насекоми, по възможност в шкаф или контейнер. За да се запазят платовете, не ги съхранявайте близо до места, които често биват почиствани или близо до мивка.

Ако платнените артикули се намокрят или не бъдат използвани в рамките на 1 седмица, трябва да бъдат автоклавирани отново.

5.3. Ръкавици (гумени или синтетични)

За хирургически процедури

Най-добре е да се използват стерилни ръкавици при всяка инвазивна процедура (например стерилизация или поставяне/махане на имплантати). Ако такива липсват, дезинфекцираните на високо ниво ръкавици са единствената приемлива алтернатива.

Не използвайте пудра, когато си поставяте стерилни или дезинфекцирани на високо ниво ръкавици, тъй като малки гранули от пудрата (талк) могат да попаднат в мястото на разреза/поставяне и да причинят фиброзна реакция.

За неинвазивни процедури

Стерилни или дезинфекцирани ръкавици не са нужни за извършване на неинвазивни операции (например гинекологичен преглед или с техниката за поставяне/махане на спирала без докосване). Нови, нестерилни ръкавици за еднократна употреба са напълно достатъчни. Ако обаче използвате ръкавици за многократна употреба, нужно е стерилизиране или дезинфекция на високо ниво между посещенията, за да се предотврати кръстосана инфекция. Тези ръкавици могат да бъдат съхранявани по начин, който ще ги поддържа чисти, но не задължително да са стерилни или дезинфекцирани.

Обработка на ръкавиците за многократна употреба

- Обеззаразете, като ги накиснете в 0,5% хлорен разтвор.
- Измийте с препарат и вода.
- Изплакнете с чиста вода и проверете за дупки, като напълните ръкавиците с вода и видите дали не текат отнякъде.

Стерилизация

Най-практичният начин за стерилизиране на ръкавици е автоклавирането.

- Изсушете ги отвътре и отвън и сгънете маншетите навън така, че стерилизираните ръкавици да могат да бъдат сложени, без да бъдат заразени. Поставете марля във всяка ръкавица и под сгъвката на маншета, за да позволите парата да влезе в контакт с всички повърхности по време на стерилизацията и да предотвратите повърхностите да се залепят една за друга.

- Опаковайте ръкавиците в двоен муселин (140 нишки/см) или в опаковка от хартия (вестник). Ако се използва барабан, не слагайте прекалено много ръкавици в опаковката.
- Стерилизирайте с пара според инструкциите в раздел 4.4.
- Не използвайте ръкавиците 24-28 часа след стерилизация, за да могат да възвърнат своята еластичност преди употреба.

Дезинфекция на високо ниво (ДВН)

ДВН може да бъде постигната чрез преваряване.

- След преваряване извадете ръкавиците с дезинфекциран форцепс и изтръскайте водата. Никога не оставяйте преварените ръкавици във вода, която е спряла да ври. Докато водата изстива и се кондензира пара, частици прах могат да влязат в контейнера и да заразят ръкавиците.
- Поставете ги в дезинфекциран контейнер. Покрийте и оставете да се изстудят преди употреба.
- Използвайте дезинфекциран форцепс, за да извадите ръкавиците от контейнера.
- За инвазивни процедури използвайте ръкавиците незабавно. Не ги съхранявайте, защото е трудно да се избегне заразяването им, докато изсъхват.
- Ръкавици, които ще бъдат използвани за неинвазивни процедури и не е нужно да останат дезинфекцирани, могат да бъдат подсушени с чиста кърпа, използвана само за тази цел и която се сменя всеки ден или почесто, ако е нужно. Тези ръкавици могат да бъдат съхранявани в чист контейнер.

5.4. Инструменти за гинекологичен преглед

Не е нужно инструментите за гинекологичен преглед да бъдат стерилни или дезинфекцирани, докато се използват. Те обаче трябва да бъдат стерилизирани или дезинфекцирани между отделните прегледи.

- Обеззаразете и почистете (виж раздели 4.1 и 4.2).
- Стерилизирайте или дезинфекцирайте (виж раздели 4.3 и 4.4). Ако се използва дезинфекция, изсушавайте инструментите преди съхранение или употреба.

- Използвайте и съхранявайте инструментите така, че да бъдат чисти, но не е задължително те да са стерилни или дезинфекцирани.

5.5. Инструменти за стерилизация на мъже и жени (освен лапароскоп), за поставяне или махане на имплантати и поставяне на спирала.

- Обеззаразете и почистете (виж раздели 4.1 и 4.2).
- Препоръчва се стерилизация (виж раздел 4.4).
- Ако не може да се направи стерилизация, единствената допустима алтернатива е ДВН чрез изваряване или чрез химически метод (виж раздел 4.3). Ако инструментите са дезинфекцирани, използвайте ги още мокри след охлаждането им или ги изсушете на въздух и ги съхранявайте в покрит дезинфекциран контейнер за употреба до 24 часа.

5.6. Ендоскопи (лапароскопи)

Почиствайте ендоскопите веднага след употреба.

- Сложете си работни ръкавици, разглобете ендоскопите и поставете всички части в мивка с чиста вода и мек неабразивен препарат. Измийте всички външни повърхности с мека памучна кърпа. Почистете вътрешните канали с четката за почистване, предоставена с набора за лапароскопия.
- Изплакнете добре с вода, за да се измие препаратът, който би могъл да попречи на химическата дезинфекция/стерилизация.
- Изсушете на въздух или с чиста кърпа (водата от мокрите инструменти може да разреди химикалите, които се използват при стерилизация или дезинфекция).

След почистването му лапароскопът може или да бъда химически дезинфекциран, или химически стерилизиран. ДВН обикновено се прави между прегледите за деня или работната сесия. Стерилизация се препоръчва в края на деня или работната сесия.

- Дезинфекцирайте химически, като накиснете за 20 минути в 2% глутаралдехид или 8% формалдехид.
- Стерилизирайте, като накиснете за 10 часа в 2% глутаралдехид или 24 часа в 8% формалдехид.

Ако стерилизация в края на деня не възможна, почистете лапароскопа и измийте вътрешния канал с алкохол, за да улесните изсъхването на канала. Ос-

тавете го до деня, в който отново ще бъде използван. Преди употреба той трябва да е химически дезинфекциран.

5.7. Игли и спринцовки

Най-добре е да се използват игли и спринцовки за еднократна употреба. Те не трябва да бъдат обработвани и използвани отново, а правилно да се изхвърлят след еднократната им употреба (виж раздел 8.5).

На някои програми обаче е трудно да поддържат достатъчно количество за еднократна употреба и затова разчитат на игли и спринцовки за многократна употреба.

Обработване на игли и спринцовки за многократна употреба

- Носете работни ръкавици.
- Обеззаразете веднага след употреба:
  - Напълно сглобени игли и спринцовки с 0,5% хлорен разтвор, като ги потопите в него за 10 минути.
  - След това изплакнете, като ги промиете 3 пъти с чиста вода.
- Разглобете ги, след което измийте всички части с препарат и вода.
- Изплакнете с вода.
- Преди да ги стерилизирате изсушете на въздух или с кърпа спринцовките, а иглите – само на въздух. Ако се прави дезинфекция чрез изваряване, изсушаването не е нужно.
- Стерилизирайте стъклените спринцовки чрез суха стерилизация или автоклавиране (за повече подробности виж раздел 4.4).
- Ако стерилизацията не е възможна, дезинфекцирайте чрез преваряване (за повече подробности виж раздел 4.3).

5.8. Контейнери за съхраняване на инструменти

- Ако контейнерът е заразен с кръв или други телесни течности, обеззаразете го, като го натопите в 0,5% хлорен разтвор за 10 минути и изплакнете веднага след обеззаразяването.
- Измийте с препарат и вода, като премахнете всички частици.
- Стерилизирайте чрез суха стерилизация или автоклавиране, или

- Дезинфекцирайте:
  - Изварете контейнера и капака.
  - Ако контейнерът е прекалено голям за изваряване, дезинфекцирайте го химически, като го напълните с 0,5% хлорен разтвор и го оставете за 20 минути.
- Стерилизирайте или дезинфекцирайте отново всяка седмица, независимо дали контейнерът е празен или замърсен.

5.9. Вода

Дезинфекция на високо ниво (ДВН)

Дезинфекцираната вода може да се приготви чрез преваряване. Ако е очевидно замърсена, най-добре е водата да се филтрира преди да се свари. Преварената вода може да потрябва за изплакване на предмети, които са били ДВН.

6. Съхранение на стерилизирано или дезинфекцирано оборудване

Стерилизираното или дезинфекцирано оборудване трябва да бъде съхранявано на оградени полици или в покрити контейнери, за да бъде предпазено от влага, прах и различни вещества. Мястото за съхранение да е лесно достъпно, но далеч от местата за работа със заразни материали и от лица, които нямат отношение към подготовката или работата с оборудване и материали. То също така трябва да е отделено от мястото, където зараженият материал се почиства и подготвя за дезинфекция или стерилизация.

- Приберете за съхранение, когато опаковките достигнат стайна температура (обикновено отнема около 1 час).
- Не поставяйте все още топлите материали в полиетиленови опаковки. Влагата ще остане вътре, докато опаковките не бъдат отворени отново.
- Ако опаковката бъде изпусната, разкъса се или се намокри, смятайте, че е замърсена.
- Върху опаковките и контейнерите, използвани за съхранение на стерилни или дезинфекцирани предмети, поставете маркировка с датата, когато изтича срокът на годност, а също списък със съдържащите се вътре предмети и името на човека, стерилизирал или дезинфекцирал

материала. Съхранявайте опаковките и стерилните контейнери (барабани) до една седмица.

- Не оставяйте на земята опаковки и контейнери (барабани), в които има стерилни предмети.
- Обработете отново предметите, които не са били използвани до една седмица. Материалите от плат трябва да се намокрят преди да бъдат автоклавирани отново, за да се възстанови влагата, защото сухите влакна намаляват възможността на плата да формира бариера срещу микроорганизмите.
- Ако стерилни или дезинфекцирани предмети се разпределят от централен отдел за снабдяване в голямо здравно заведение към места, където се извършват услуги, или от едно заведение в друго, или ако се използват в мобилни клиники, покривайте всички предмети добре по време на транспортирането им.
- Преди да приберете предметите за съхранение или преди да ги внесете в стаята за процедури, извадете ги от кутиите, в които са били превозвани. Картонените кутии събират прах и в тях може да се завъдят насекоми.
- Използвайте неопаковените предмети веднага или ги поставете в затворен/стерилен контейнер за използване в рамките на една седмица. Щом обаче контейнерът е отворен веднъж, предметите трябва да се използват до 24 часа или да бъдат отново стерилизирани (или ДВН).

7. Мерки по време на процедури

7.1. Миене на ръце

Миенето на ръцете може би е най-важната процедура за предпазване от инфекции.

Указания кога да се върши:

- Преди и след преглед на пациент, особено при докосване на слизеста мембрана.
- Преди да се сложат стерилни ръкавици или ръкавици ДВН при хирургическа процедура (хирургическо изтъркване на ръцете).
- След махане на ръкавиците, тъй като по тях може да има невидими дупчици или скъсани места.

- След работа със заразени предмети, например след употреба на инструменти (макар да се използват ръкавици).
- След случайно докосване на кръв или други телесни течности (например, когато се събира проба за лабораторно изследване).

Персоналът, който прави инжекции, също трябва да поддържа ръцете си чисти, въпреки че миенето на ръце между процедурите не винаги е нужно.

Осигурете следните средства:

- *Сапун.* Използвайте обикновен сапун за рутинно измиване. Ако разполагате с твърд сапун, калъпите да не са големи и да има поставка за сапуна, от която водата да се оттича. Микроорганизмите се размножават при влага и в застояла вода.
- *Чиста течаща вода.* Ако няма течаща вода, използвайте кофа с кран или кофа и кана. Ако наличната вода не е чиста, филтрирайте я през чист плат и/или я изварете.
- *Канал за оттичане на мръсната вода.* Ако няма такъв, съберете използваната вода в кофа и я изхвърлете в тоалетната.
- *Чисти и сухи кърпи.*

За хирургическо изтъркване на ръцете са нужни и следните артикули:

- Стерилни кърпи.
- Клечка или четка за почистване на ноктите.
- Мека четка или гъба за почистване на кожата.
- Антисептичен сапун.

Техника

За нехирургически процедури (например преглед на пациент, гинекологичен преглед и махане/поставяне на спирала):

- Мийте ръцете с обикновен сапун 15-30 секунди и после ги изплакнете под течаща вода. Изсушете ръцете с чиста кърпа или на въздух. Общите кърпи лесно могат да се замърсят.

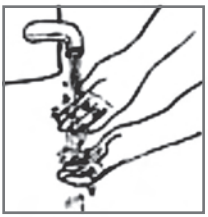
За хирургически процедури (например лапароскопия, минилапаротомия, вазектомия или поставяне и махане на имплантати):

- Махнете всички бижута, включително ръчния часовник.
- Мийте ръцете с антисептичен сапун от 3 до 5 минути:
  - Почистете ноктите с четка или клечка.
  - Изтъркайте ръцете с мека четка или гъба. Започнете от върховете на пръстите, измийте между всички пръсти и се насочете към лакътя.
  - Повторете и при другата ръка.
- Изплакнете всяка ръка поотделно, първо върховете на пръстите, като държите китките над нивото на лактите, за да не се стича вода от лактите към ръцете.
- Подсушете ръцете със стерилна кърпа.
- След измиването задръжте ръцете си над нивото на талията.
- Ако докоснете нестерилен предмет преди да сте сложили ръкавиците, повторете процедурата на миене. Ако това обаче стане след слагане на ръкавиците, просто ги сменете.

Ако не разполагате с антисептичен сапун, измийте ръцете си с обикновен сапун и вода, след което ги разтрийте в продължение на 2 минути с алкохолен разтвор, съдържащ емолиент. Оставете алкохолът да изсъхне, за да има антисептичен ефект. Процедурата е предназначена главно за членове на персонала с алергии към антисептици и препарати.

Разтворът може да се приготви, като се добави 2 ml глицерин или пропилен гликол, или сорбитол към 100 ml 60-70% алкохол.

Фиг. 15.2. Стъпки при нехирургически процедури.



Намокрете ръцете под течаща вода.



Насапунисайте добре всички части на ръцете



Енергично вплитайте пръсти и ги плъзгайте напред-назадза 15-30 секунди (по-дълго, ако ръцете са видимо мръсни)



Изплакнете ръцете под струя чиста течаща вода, докато се отмие сапунът



Подсушете ръцете с чиста кърпа или оставете сами да изсъхнат

7.2. Слагане на ръкавици

Всички членове на медицинския екип трябва да носят ръкавици, когато докосват кръв или телесни течности, преглеждат пациент или работят със заразено оборудване и материали. Ръкавиците са направени от латекс или друг синтетичен материал, например винил. Виниловите ръкавици са по-слаби и се късат по-лесно от латексовите, но са приемлива алтернатива при неинвазивни процедури и когато липсват латексови ръкавици.

Указания

Стерилни ръкавици: препоръчват се за хирургически процедури.

Дезинфекцирани ръкавици: те могат да се използват, докато са мокри, скоро след дезинфекцирането им, и служат за хирургически процедури, когато няма стерилни ръкавици.

Нестерилни ръкавици: чисти нестерилни ръкавици са достатъчни при нехирургически процедури като:

- Гинекологичен преглед.
- Махане на спирала.
- Поставяне на спирала (когато се използва техника без докосване).

При прегледи могат да се използват нестерилни ръкавици за еднократна употреба и ръкавици за многократна употреба. Ако при описаните по-горе процедури се използват ръкавици за многократна употреба, нужно е те да бъдат стерилизирани/дезинфекцирани между прегледите, за да се предотврати кръстосана инфекция, въпреки че не могат да останат стерилни/дезинфекцирани през цялото време.

Подробно за процедурите дезинфекция и стерилизация виж в раздели 4.3 и 4.4.

Ръкавици за работа

Дебелите гумени ръкавици са произведени специално за продължителна и груба работа. Те обикновено са евтини и често се използват за домашни дейности.

Указание за предназначението им

- За пипане на заразени инструменти (например при обеззаразяване, пренасяне и почистване).
- За почистване на разлята кръв или телесни течности.
- За работа с отпадъчни материали.

Не използвайте ръкавици, които са скъсани, лющят се или имат видими дупки.

Фиг. 15.3. Стъпки за слагане на хирургически ръкавици.



Подгответе просторно, чисто и сухо място за отваряне на опаковката с ръкавиците. Или отворете външната опаковка и след това си измийте ръцете и след това помолете някой да отвори пакета вместо вас.



Отворете вътрешната опаковка като ръкавиците с обърнати маншети са с дланите нагоре.



Вдигнете първата ръкавица за маншета, като докосвате само вътрешната негова част (това е частта, която ще се докосва до кожата, когато си сложите ръкавиците)



Докато държите маншета с една ръка, пъхнете другата си ръка в ръкавицата (като държите разтворените си пръсти насочени към пода). Внимавайте да не докосвате нищо и дръжте ръкавиците над нивото на талията.



Вземете втората ръкавица, като пъхнете пръстите на облечената ръка под маншета ѝ. Внимавайте да не замърсите облечената ръка с необлечената, докато слагате втората ръкавица.



Поставете втората ръкавица на необлечената ръка, като дърпате силно през маншета. Намествете пръстите и маншетите, докато ръкавиците раснат удобно.

7.3. Процедури с инжекции

- Измийте си ръцете добре със сапун и вода.
- Най-добрият избор е да използвате игла и спринцовка за еднократна употреба. Когато не е възможно, иглата и спринцовката за многократна употреба трябва да са правилно стерилизирани или дезинфекцирани чрез изваряване.
- Ако използвате изварени игла и спринцовка, извадете ги от покрития контейнер със суха, дезинфекцирана щипка или форцепс.
- Винаги сменяйте иглата и спринцовката за всеки пациент. Сменянето само на иглата, но не и на спринцовката, може да доведе до предаване на инфекция (хепатит В, ХИВ и др.).
- Когато е възможно, използвайте шишенце с еднократна доза. Ако използвате шишенце за многократни дози:
  - Избягвайте да оставяте игла, която да стърчи от капачката и да се използва многократно. Тази опасна практика предоставя директен път на микроорганизмите да проникнат в шишенцето и да заразят течността.
  - Избърсвайте горната част на шишенцето с памучен тампон, накиснат в 60-90% алкохол, и я оставете да изсъхне преди да изтеглите следващата доза.
- Изтеглете течността със спринцовката. Използвайте същата игла, която ще използвате за инжекцията.

8. Околна среда

Важно е да се намали нивото за развитие на микроби и за заразяване в клиниката, особено на следните места:

- *Площи за извършване на процедури:* където пациентите биват преглеждани, поставят/махат се спирали, поставят/махат се имплантати и се извършват вазектомии.
- *Хирургическа площ:* където се извършват минилапаротомия, лапароскопия и други амбулаторни хирургически процедури.
- *Работни площи:* където се почистват, дезинфекцират/стерилизират и съхраняват инструменти, артикули от плат, ръкавици и друго оборудване.

Това може да бъде постигнато чрез:

- Поддържане на чистота в тези площи.
- Ограничения за преминаващи хора.
- Правилно боравене и изхвърляне на отпадъците.

8.1. Почистване на работните площи

За почистване на повечето площи, където се извършват дейности, са нужни препарат и вода.

За операционните помещения и площите, където се очаква най-голямо замърсяване (например тоалетните), и за площите, където се разливат кръв и телесни течности, също е необходим дезинфектиращ почистващ разтвор.

Дезинфектиращ почистващ разтвор се прави по следния начин:

- Добавете достатъчно течен препарат към 0,5% хлорен разтвор, за да се получи лека сапунена смес.

Внимание: не използвайте почистващ разтвор или препарат, съдържащ киселина (например фосфорна киселина), амоняк или амонячен хлорид, защото при смесването им с хлорния разтвор се образуват газове, които могат да причинят временно заболяване при вдишване.

Общи насоки

- Винаги носете работни ръкавици, особено когато почиствате силно замърсени площи като тоалетни, разлята кръв и телесни течности. Ако липсват ръкавици, сложете полиетиленова торбички на ръцете си и не допускайте директен контакт с отпадъци.
- Търкането е най-добрият начин да премахнете мръсотия и микроорганизми.
- Използвайте влажен или мокър парцал за стените, подовете и коридорите. Избягвайте метенето, тъй като то разпространява прах и микроорганизми по въздуха и по чистите повърхности.
- Използвайте отделни уреди за почистване (четки, парцали) за хирургическите площи.
- Също така използвайте отделни уреди за почистване (четки, парцали) за площите, които е най-вероятно да бъдат замърсени (например тоалетните).

- Сменяйте почистващите разтвори, когато очевидно се замърсят.
- Почиствайте и изсушавайте парцалите за пода и за бърсане преди употреба.
- Почиствайте отгоре надолу, така че частиците, които паднат на пода, да бъдат почистени последни.

Не пръскайте с дезинфектант (дезинфекция с формалин) повърхности като стени, тавани и подове. Дезинфекцията с формалин или други химикали е неефективна и предизвиква токсични изпарения. Освен това тази практика отнема много време (24 часа) и прави помещения като операционни зали и стаи за прегледи неизползваеми. Търкането със сапун и вода е безопасен, бърз и ефективен начин да се намали заразяването с микроби на съответните повърхности.

Почистване на нехирургически площи

Стени, тавани и мебели/оборудване

За площи като стаите за прегледи и процедури, лабораториите и т.н. редовното почистване на стените и тавана с влажен парцал поне веднъж месечно е достатъчно. Столовете, лампите, повърхностите на масите и плотовете трябва да бъдат забърсвани ежедневно. Когато е замърсена или очевидно мръсна, всяка повърхност или мебел/оборудване трябва да бъде почиствана с препарат и вода. Използвайте дезинфектант (0,5% хлорен разтвор), когато предполагате замърсяване, например от кръв.

Подове

Почиствайте подовете поне 2 пъти дневно с влажен парцал за под, препарат и вода. Използвайте дезинфектант (0,5% хлорен разтвор), когато предполагате замърсяване, например от кръв.

Мивки

Използвайте дезинфекциращ разтвор за почистване. Изтъркайте всекидневно или по-често, ако има нужда, с отделен парцал или четка. Изплакнете с вода.

Тоалетни и отходни места

Носете ръкавици. Почиствайте всекидневно или по-често, ако има нужда, с дезинфекциращ разтвор. Използвайте отделен парцал или четка.

Контейнери за отпадъци

Носете ръкавици. Използвайте дезинфекциращ разтвор за почистване. Търкайте, за да премахнете мръсотията и органичната материя. Почиствайте замърсените контейнери след всяко тяхно изпразване, а незамърсените – поне веднъж седмично или по-често, ако са видимо мръсни. Използвайте четка с дръжка, за да предотвратите нараняване от остри предмети, които биха могли да се намират в контейнера.

Почистване на операционна зала

Всекидневно почистване

В началото на всеки работен ден забърсвайте всички хоризонтални повърхности (маси, лампи, колички и т.н.) с влажен парцал, за да премахнете прахта, която може да се е събрала през нощта.

В края на всеки работен ден изтърквайте всички повърхности:

- Избърсвайте всяко видимо замърсяване от стените или тавана с влажен парцал, препарат и вода.
- Забърсвайте лампите, столовете, мивките, масите и плотовете с влажен парцал и дезинфекциращ разтвор.
- Обеззаразявайте повърхността на операционната маса с 0,5% хлорен разтвор. Почиствайте отстрани, отдолу и краката с влажен парцал и дезинфекциращ разтвор.
- Почиствайте подовете с влажен парцал, препарат и вода.

Не изсушавайте парцала за под и не метете операционната зала. Метенето помага на прахта, частиците и микроорганизмите да се разпространят по въздуха и да замърсят чистите повърхности.

Между посещенията на отделните пациенти:

- Обеззаразявайте операционната маса, количката с инструменти и други потенциално замърсени повърхности с парцал, навлажнен с 0,5% хлорен разтвор. Изплакнете с чиста вода.
- Почиствайте разлетите течности с 0,5% хлорен разтвор. При по-големи разливания полейте площта с 0,5% хлорен разтвор, попийте с парцала за под и след това почистете с препарат и вода.

Почистване на замърсено и заразено оборудване за почистване

- Използвайте работни ръкавици.

8.2. Натовареност (преминаващи хора)

Площи за извършване на процедури

- Разрешете влизане по всяко време само на упълномощения персонал и на пациенти.
- Затваряйте вратите и дърпайте завесите по време на всички процедури.

Хирургически площи

- Операционните зали трябва да се намират далеч от ония места в болницата, през които постоянно минават членове на персонала и пациенти.
- Дръжте вратите на хирургическата площ и операционните зали затворени.

Операционната зала трябва да бъде заключена, когато не се работи в нея. Никога не я използвайте за склад.

- Разрешете влизане само на упълномощения персонал и пациентите.
- Когато е възможно, определете място, през което персоналът да влиза в хирургическата площ (през съблекалнята).
- Персоналът трябва да носи хирургическа престилка, шапка, калцуни върху обувките или обувки, които не са използвани извън хирургическата площ.
- По време на хирургическа процедура допускайте само лица, които асистират при операцията и ограничете броя на стажантите.
- Сведете броя на хората и движението до минимум

8.3. Площ за обработване на инструменти и други предмети

- Допускайте само упълномощен персонал.
- Отделете площта за приемане/почистване на инструменти от чистата площ (например операционната зала) чрез стена с врата или параван. Ако не е възможно, площта за приемане/почистване трябва да е далеч от помещението, в което се извършва стерилизация и дезинфекция.

- Мръсните/непочистени предмети никога не трябва да се намират наблизо до почистени и напълно обработени инструменти.

Оборудване на площ за приемане/почистване

- Плот за приемане на използвани предмети (замърсени/непочистени).
- 2 мивки (в идеалния случай) – една за почистване и втора за изплакване с достатъчно количество вода.
- Плот за поставяне на чистите предмети.

Оборудване на работна площ за стерилизиране и дезинфекция

- Голяма работна маса.
- Полици за складиране на чисти и опаковани предмети.
- Автоклав или фурна с горещ въздух, бойлер и/или запаси за химическа дезинфекция/стерилизация.

Бележка. Прегледайте раздел 6 – за съхранението на стерилно или дезинфекцирано оборудване.

8.4. Пренасяне на чисти, дезинфекцирани, стерилни и замърсени предмети

- Дръжте чистите, дезинфекцирани и стерилни запаси отделно от замърсеното оборудване и отпадъците. (Не ги пренасяйте или съхранявайте заедно.)
- Пренасяйте дезинфекцираните и стерилни инструменти, оборудване и платнени предмети към стаите за процедури и операционните зали покрити, за да предотвратите заразяване.
  - Ако запасите биват доставяни до хирургическата площ, доставчикът, стоящ отвън, трябва да ги предаде през вратата на човек отвътре.
- Изваждайте доставките на запаси от картонените кутии или кашоните преди да ги внесете в стаята за процедури, операционната зала, работната площ за стерилизация и дезинфекция или склада. Кашоните ръсят прах, приютяват насекоми и може да замърсят помещенията.
- Пренасяйте замърсените (използвани) предмети и инструменти към площта за приемане/почистване в покрити, непропускащи кофи за дезинфекция.

8.5. Изхвърляне на отпадъци

Отпадъците от клиниките по СРЗ/семейно планиране и въобще от здравните заведения може да са замърсени с органична материя и тя да пренесе потенциално заразни организми върху лица, които ги пипат, а чрез тях и към множество други хора. Тези замърсени отпадъци трябва да се изхвърлят правилно, защото създават риск за обществото, ако бъдат достъпни – например на деца, които може да си играят с тях, или на възрастни, които ще решат да ги използват или продадат.

Отпадъците от здравни заведения трябва да се изхвърлят правилно, за да се:

- Предотврати разпространението на инфекции към персонала, който се занимава с отпадъците, и към местната среда.
- Предпазят от случайно нараняване лицата, които се занимават с отпадъците.
- Запази естетически приятна околната среда.

Хората, които се занимават с отпадъци, трябва да носят здрави ръкавици.

Пренасяйте заразните отпадъци към съответната площадка в закрити, непропускащи контейнери. Заразните отпадъци от здравните заведения трябва да бъдат изгаряни и заравяни.

Изгарянето се извършва с високи температури, унищожава микроорганизмите и е най-добрият метод за отстраняване на заразни отпадъци. Ако изгаряне не е възможно, всички отпадъци трябва да бъдат заровени, за да се предотврати разпръскването им.

Не натрупвайте заразни отпадъци зад клиниката, защото това излага на риск персонала и околните хора.

Работа с контейнерите за отпадъци

- За заразни отпадъци използвайте некорозиращи контейнери с капаци, които могат да се мият (от пластмаса или галванизиран метал).
- Поставете контейнерите на удобни за ползване места. Местенето на отпадъците увеличава риска от заразяване.
- Оборудването, предназначено за пренасяне на отпадъци, не трябва да се ползва за нищо друго.

- Мийте всички контейнери с дезинфекциращ разтвор за почистване (0,5% хлорен разтвор) и изплаквайте с вода. Почиствайте замърсените контейнери за отпадъци всеки път след изпразването им.
- Когато е възможно, използвайте отделни контейнери за лесно възпламеними отпадъци. Това ще помогне на работниците да не разделят отпадъците по-късно на ръка.
  - Леснозапалимите отпадъци включват хартия, картон и заразни отпадъци като използвани превързочни материали и марли.
  - Отпадъците, които не са леснозапалими, включват стъкло, метал и пластмаса.
- Използвайте дебели ръкавици, когато работите с отпадъци.
- Мийте си ръцете след работа с отпадъци.

Изхвърляне на остри предмети (игли, бръсначи и скалпели)

Острите предмети са най-опасният отпадъчен продукт и трябва да бъдат изхвърляни изключително внимателно.

- Носете дебели домакински ръкавици, когато имате работа с остри предмети.
- Изхвърляйте всички остри предмети в контейнер от материал, който не може да бъде пробит. Такива контейнери се правят от леснодостъпни предмети като дебели картонени кутии, консерви с капаци или здрави пластмасови бутилки. Обучаващите и ръководителите на програми трябва да съдействат на персонала, за да се намерят подходящи контейнери.
- Поставете контейнера близо до мястото, където ще бъде използван, за да не се налага работниците да пренасят далеч острите предмети.
- Избягвайте инциденти с пробождане от игла. Преди изхвърляне не слагайте капачката, не огъвайте или не чупете иглите. Изхвърлете спринцовката за еднократна употреба заедно с иглата на нея в контейнер, устойчив на пробив. Ако това не е възможно, трябва да поставите обратно капачката на иглата. Използвайте метод с една ръка:
  - Първо, поставете капачката хоризонтално на твърда и плоска повърхност, след което отдръпнете ръката си.
  - Второ, с едната ръка хванете спринцовката и подхванете капачката с иглата.
  - Накрая, когато капачката покрие иглата изцяло, натиснете горната част на капачката в твърда повърхност, за да се затвори върху иглата.

- Когато контейнерът за остри предмети е пълен, затворете го или го залепете здраво.
- Освободете се от контейнера, когато е пълен – в най-добрия случай чрез изгаряне.

Когато няма пещ за изгаряне, приложете следния метод:

- Използвайте малък ламаринен барабан (като кофа) за контейнер, устойчив на пробиви. Когато съдът е наполовина пълен, излейте малко количество гориво върху острите предмети и ги изгорете. Пластмасовите спринцовки се стопяват, като образуват пластмасово петно с иглите и другите остри предмети. Остатъкът лесно може да бъде изваден и изгорен или внимателно изхвърлен.

Когато пластмасови спринцовки не се изхвърлят в контейнера (ако се използват спринцовки за многократна употреба), поставете пластмасови предмети (празни бутилки, катетри и т.н.) в контейнера върху острите предмети, така че да се образува пластмасова маса след изгарянето.

- Ако използвате пластмасови или картонени контейнери, устойчиви на пробив, поставете затворения контейнер в ламаринения барабан (кофата), залейте го с гориво и го изгорете, както е описано по-горе.

Изхвърляне на течни и полутечни заразни отпадъци (кръв, изпражнения, урина и други телесни течности)

- Носете дебели домакински ръкавици, когато боравите с отпадъци.
- Внимателно изхвърлете изпражненията и урината в тоалетна с течаща вода. Кръвта и другите телесни течности трябва да бъдат изсипани в мивка, тоалетна с течаща вода или отходно място. Избягвайте да разплисквате.
- Обеззаразете мивката/тоалетната с 0,5% хлорен разтвор.
- Измийте мивката/тоалетната с вода внимателно и изцяло, за да премахнете остатъчни частици. Избягвайте да разплисквате.
- Обеззаразете контейнера за проби с подходящ разтвор за обеззаразяване, например 0,5% хлорен разтвор, като го киснете 10 минути преди да го измиете.
- Мийте си ръцете след работа с течни отпадъци. Обеззаразете и измийте ръкавиците.

Изхвърляне на твърди отпадъци (използвани превръзки и други предмети, заразени с кръв и органични материали)

- Носете дебели домакински ръкавици, когато боравите с отпадъци.
- Изхвърляйте твърдите предмети в некорозиращи контейнери, които могат да се мият (от пластмаса или галванизиран метал), с плътно прилепващи капаци.
- Събирайте контейнерите за смет редовно и транспортирайте лесно-запалимите отпадъци до мястото за горене. Ако няма такова място, заравяйте ги. Заравяйте и незапалимите отпадъци.
- Използвайте дезинфектиращ разтвор (виж раздел 8.1), за да почиствате контейнерите всеки път, когато бъдат изпразнени.
- Мийте си ръцете след работа с течни отпадъци. Обеззаразете и измийте ръкавиците.
- Изгорете или заровете отпадъците, за да не могат да се разпръснат наоколо. Горенето е най-добрият метод за унищожаване на заразни организми.

Изхвърляне (почистване) на използвани химически контейнери

Стъклени контейнери

Изплакнете изцяло с вода стъкления контейнер. Стъклените контейнери могат да се мият с препарат, да бъдат изплакнати и използвани отново.

Пластмасови контейнери

Пластмасови контейнери, които са били пълни със субстанции като антисептик или дезинфектиращ разтвор, могат да бъдат измити и използвани отново като контейнери за изхвърляне на остри предмети.

Контейнери, които са съдържали дразнещи вещества като глутаралдехид (например Cidex или Sporicidin), трябва да бъдат изгорени или заровени. Ако това не е възможно, повредете ги по начин, който би предотвратил повторното им използване (например да им се счупи дъното).

9. Профилактични антибиотици

Рутинно използване на профилактични антибиотици при контрацептивна стерилизация, поставяне на спирала или поставяне на имплантати не е нужно, когато препоръчителните практики за превенция на инфекции се спазват стриктно. Неправилната употреба на антибиотици увеличава разпространението на микроорганизми, които могат да причинят инфекции, а също така е и скъпа практика.

Има обаче някои специфични ситуации, при които използването на профилактични антибиотици може да е нужно:

- При пациенти, които са предразположени към инфекции, например хора със захарен диабет или ХИВ-инфекция, или които са на лечение със стероиди.
- При пациенти, за които има риск от бактериален ендокардит или хора със сърдечни проблеми.

10. Управление

Успешната превенция на инфекции в клиниките по СРЗ/семейно планиране и в другите здравни заведения изисква внимателно планиране и ефикасно управление. То включва:

- Администрация.
- Налични насоки.
- Обучение.
- Наблюдение и надзор.

10.1. Администрация

Програмните мениджъри трябва да са сигурни, че съществува система за превенция на инфекциите:

- Като вземат решения за оборудването и доставките, които са нужни, за да се поддържа приемливо ниво на безопасност. При тези решения трябва да се имат предвид разходите, нуждата от обучение и логистиката. Например:

- Подходящ избор на ръкавици, игли и спринцовки (за еднократна или за многократна употреба) и осигуряване на съоръжения за обработване на материалите за многократна употреба.
- Осигуряване на съоръжения за стерилизация и/или дезинфекция на оборудването и материалите в зависимост от вида извършвани процедури и натоварването. Заведения, в които редовно се извършват инвазивни процедури, трябва да разполагат със съоръжения за стерилизация на оборудването или достъп до места, където има такива съоръжения.

- Като осигуряват:
  - Чиста и прясна вода.
  - Електричество и/или гориво.
  - Антисептици и средства за обеззаразяване.
  - Ръкавици (за прегледи, операционни и/или работни).

- Да осигурят поддържащ персонал, обучен да замества членове на редовния персонал, които са в отпуск или временно не са на разположение (например заболели хора от операционната зала или лица, отговарящи за стерилизационните процедури, които са наранили ръцете си). Да определят други дейности на временно неразположените членове на персонала, докато се възстановят.

- Да са сигурни, че рутинните процедури за почистване (и обеззаразяване, когато е нужно) на физическите съоръжения (например операционната зала и стаите за прегледи) се спазват стриктно.

- Да контролират правилната употреба и поддръжка на оборудването, например на автоклавите.

- Да се грижат за правилното изхвърляне на заразения материал чрез:
  - Предоставяне на устойчиви контейнери за използвани игли и други остри предмети.
  - Обезпечаване на място и оборудване за изгаряне и/или заравяне на заразните материали. Ако това не е възможно, да се извършва обеззаразяване на материалите преди да бъдат изхвърлени.
  - Обезпечаване на безопасното пренасяне/превозване на материала до мястото на изхвърляне.
  - Да се гарантиране, че материалите за еднократна употреба (ръкавици, игли и спринцовки) няма да бъдат използвани отново.

- Извършване на нужните ремонтни дейности във физическите съоръжения, които да предотвратят развитието на инфекции (например влажни стени).
- Да създават добра комуникация с персонала на всички нива, да изслушват чуждите идеи и гледища.

10.2. Насоки за работа

Необходимо е писмено изложение на процедурите и ясна линия на поведение, засягащи превенцията на инфекции. Изискванията трябва да са представени по начин, лесен за разбиране от персонала.

- Насоките да са достъпни за всички членове на персонала и да се обсъждат периодично.
- Приложими извадки от насоките да се предоставят на лицата, които изпълняват специфични задачи. Част от информацията може да бъде изложена в плакати за напомняне и те да се поставят на местата, където се извършват съответните дейности.
- Насоките да се изтъкват по време на обучение и надзорни дейности.
- Насоките да бъдат преразглеждани редовно, за да се гарантира съответствието им с препоръчаните практики за превенция на инфекциите. Необходимо е да се обсъждат и опасенията на персонала в това отношение.

10.3. Обучение

Обучението на здравните работници е важно, за да се разбере рискът от инфекции както за персонала, така и за пациентите. Обучението разкрива ролята, която играят защитните бариери и практиките за предварителна превенция, за да бъде предотвратено разпространението на инфекции. Подходящи работни навици, свързани с превенцията на инфекции, е възможно да се създадат, ако екипът разбере причината и важността на процедурите.

Необходимо е както предварително обучение за нови служители, така и обучение без откъсване от работа на действащия персонал.

Предварително обучение

Програмата за обучение трябва да бъде разработена, след като се установят нуждите на участниците и потребностите, налагани от естеството на работата им. Тя би следвало да включва:

- Общи аспекти в превенцията на инфекции за целия нов клиничен персонал. Обсъдете следните теми:
  - Механизми за предаване на инфекции в клинична обстановка.
  - Ролята на всеки от персонала, за да бъде предотвратено разпространението на инфекции.
  - Методите да се намали до минимум предаването на зараза. Особено важни тук са знанията за предаването на ХИВ/ХБВ. Без достатъчно информация е вероятно персоналът или да поеме рискове при превенцията (например недостатъчно обеззаразяване, почистване и стерилизиране на иглите и спринцовките за многократна употреба), или да предприеме прекалено много предпазни мерки (например миене на ръцете след ръкуване с човек, който е вероятен носител на ХИВ).
- Специфични аспекти в превенцията на инфекции в зависимост от работните задължения на персонала. Например лицата, които ще обеззаразяват и стерилизират оборудването, трябва да бъдат обучени за съответните процедури, докато персоналът, който ще поставя спирали, трябва да познава асептичната техника.

В края на обучението трябва да бъде оценено представянето на всеки новопостъпил, докато се постигне необходимата цел.

Обучение без откъсване от работата

Обучението без откъсване от работата преследва следните цели:

- Опресняване на знанията, за да се напомни важността на процедурите за поддържане на среда без инфекции.
- Осъвременяване на обучението, за да се представят и обсъдят промени в линията на поведение и практиките (например, ако се въвежда ново оборудване, един курс на обучение е важен за хората, които ще го използват).
- Обучение съобразно установени нужди по време на наблюдението и надзора.

10.4. Мониторинг и супервизия

Редовното наблюдение на превенцията е важно, за да се определят областите, в които е нужно подобрение. За тази цел:

- Проверявайте на място, за да се уверите дали се спазват насоките за превенция на инфекциите. Когато бъдат забелязани несъответствия или проблеми, ръководителите трябва да предоставят съвети или помощ за решаването им.

Наблюдавайте условията и годността на съоръженията и отбелязвайте дали нужното оборудване и доставки са в наличност и дали се използват правилно.

СЪКРАЩЕНИЯ, НАЙ-ЧЕСТО УПОТРЕБЯВАНИ В НАРЪЧНИКА

Абревиатура на български	Абревиатура на английски	Пълно изписване на съкращението на български
АРВТ	ARV	Антиретровирусна терапия
БАСП	BFPA	Българска асоцация по семейно планиране
БЕ	PE	Белодробна емболия
БТТ	BBT	Базална телесна температура
ДМПА	DMPA	Депо медроксипрогестерон ацетат
ДТК	VCT	Доброволно тестване и консултиране /за СПИН/
КИК	CICs	Комбинирани инжекционни контрацептиви
КОК	COCs	Комбинирани орални контрацептиви
ЛХ	LH	Лутеинизиращ хормон
МФСП	IPPF	Международна федерация по семейно планиране
Н-9	N-9	Ноноскинол - 9
НЕТ-ЕН	NET - EN	Нонетистерон енантат
ОИ	OI	Опортюнистични инфекции
ПИК	POIs	Прогестогенови инжекционни контрацептиви
ПОК	POPs	Прогестогенови орални контрацептиви
ППИ	STIs	Инфекции, предавани по полов път
СЗО	WHO	Световна здравна организация
СК	ECPs	Спешна контрацепция
СПИН	AIDS	Синдром на придобита имунна недостатъчност
Спирала	IUD	Спирала
СРЗ	SRH	Сексуално и репродуктивно здраве
ТВБ	PID	Тазово-възпалителна болест
ФСХ	FSH	Фоликулостимулиращ хормон
Хб	Hb	Хемоглобин
ХБВ	HBV	Хепатит вирус
ХИВ	HIV	Човешки имунодефицитен вирус
ХЗТ	HRT	Хормонозаместителна терапия
ЧПВ	HPV	Човешки папиломавирус
ЧХГ	HCG	Човешки хорионгонадотропин