

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ
РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ «НАРОДОНАСЕЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ»

**КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И
ИНФОРМИРОВАНИЕ ЖЕНЩИН ПРИ
НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЕ
ПРЕРЫВАНИИ**

Методические рекомендации

Москва – 2015

Консультирование и информирование женщин при нежелательной беременности и ее прерывании: методические рекомендации / Коллектив авторов // Под редакцией академика В.Н. Серова. – Москва, 2015. – 40 с.

Методические рекомендации «Консультирование и информирование женщин при нежелательной беременности и ее прерывании» включают последовательность действий, перечень вопросов и объем информации для обсуждения и методологию проведения консультирования при обращении пациентки в медицинские организации при наступлении нежелательной беременности по поводу ее искусственного прерывания в сроке до 12 недель беременности.

Рекомендации разработаны для врачей акушеров-гинекологов, организаторов здравоохранения и слушателей циклов последипломного образования.

Авторы:

Дикке Галина Борисовна – заслуженный деятель науки и образования, д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета повышения квалификации медицинских работников ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов Минобрнауки». Москва.

Артымук Наталья Владимировна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии № 2 ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Ерофеева Любовь Владимировна – генеральный директор Российской ассоциации «Народонаселение и развитие».

Под редакцией **Владимира Николаевича Серова** – председателя Российского общества акушеров-гинекологов, академика РАН.

СОДЕРЖАНИЕ

МЕТОДОЛОГИЯ	4
ВВЕДЕНИЕ	5
ЦЕЛИ И СОДЕРЖАНИЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПЕРЕД АБОРТОМ	6
1. ПОМОЩЬ В ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА	6
2. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ВЫБОРУ МЕТОДА И ИНФОРМИРОВАНИЕ О ПРОЦЕДУРЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ	11
Консультирование по выбору метода прерывания беременности и обезболивания	11
Особенности консультирования женщин перед хирургическим абортом (вакуумной аспирацией) по выбору метода обезболивания	14
Особенности консультирования женщин перед медикаментозным абортом	19
Информация для пациентки в целях самонаблюдения и самоадминистрирования при медикаментозном аборте	21
Информированное согласие	26
3. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ВОПРОСУ КОНТРАЦЕПЦИИ	27
ИНФОРМИРОВАННЫЙ ВЫБОР	28
Методика применения 5-ти ступенчатой модели медицинской помощи по выбору контрацепции (консультирование)	28
Принципы и этапы консультирования	30
Сроки начала использования контрацепции после аборта	36
Список литературы	39
Приложение	40

МЕТОДОЛОГИЯ

Данные методические рекомендации составлены на основе современных доказательных практик и объединили рекомендации отечественных и международных экспертов в области безопасного аборта (Всемирной организации здравоохранения, Королевского общества акушеров-гинекологов, Iras (США) и адаптированы для российского здравоохранения в соответствии с законодательной и нормативной базой.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

Доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрейновскую библиотеку, базы данных EMBASE, PUBMED и MEDLINE.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов
- Оценка значимости в соответствии с классификацией уровней достоверности и доказательности рекомендаций (рейтинговой схемой).

Все рекомендации распределены по градациям достоверности рекомендаций и уровню убедительности научных доказательств, которые указаны в тексте методических рекомендаций (табл.).

Таблица

Градация достоверности рекомендаций и убедительности доказательств

Градация достоверности рекомендаций	Уровень убедительности доказательств	Вид исследования
A	1a	Систематический обзор рандомизированных контролируемых исследований (испытаний) РКИ
	1b	Отдельное рандомизированное контролируемое исследование
B	2a	Систематический обзор когортных исследований
	2b	Отдельное когортное исследование
	3a 3b	Систематический обзор исследований «случай-контроль» Отдельное исследование «случай-контроль»
C	4	Исследование серии случаев
D	5	Мнение эксперта, не подвергавшееся прицельной критической оценке либо основанное на физиологии, результатах пробного исследования или на «основных принципах»

ВВЕДЕНИЕ

Вопрос прерывания беременности по желанию женщины остается актуальным для современной России, несмотря на значительный прогресс, достигнутый за последние 10 лет, в снижении их абсолютного количества. В 2012 году показатель абортс составил 26,7 на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет, что соответствует мировому показателю. Однако в западных странах Европы этот показатель значительно ниже: для сравнения – в Германии он составляет 6,1, в Швейцарии – 7,1 (2012). Доля прерываний беременности достигает 41% среди всех наступивших беременностей, что в 2 раза выше по сравнению с развитыми странами.

Нежелательная беременность – это всегда (даже в условиях либерального законодательства) высокий риск небезопасного аборта и материнской смертности. Именно поэтому во всем мире идет активная борьба с нежелательными беременностями и их последствиями на основе современных стратегий репродуктивного выбора, предполагающих:

А – применение методов плановой контрацепции;

В – применение экстренной контрацепции;

С – прерывание нежелательной беременности в безопасных условиях современными методами.

То есть прерывание беременности в идеале должно стать исключительно редким явлением – лишь в случае контрацептивных «неудач».

Консультирование перед абортом является обязательным компонентом качественного оказания медицинской помощи женщинам при обращении в медицинские организации по поводу нежелательной беременности и включает 3 этапа:

1. Помощь в принятии решения и психологическая поддержка.
2. Информирование о процедуре прерывания беременности в случае, когда принято решение и ее прерывании.
3. Консультирование по контрацепции в целях профилактики повторного аборта.

Основными принципами консультирования при проведении аборта является предоставление **полной и достоверной информации по вопросу репродуктивного выбора и соблюдение прав пациентки.**

ЦЕЛИ И СОДЕРЖАНИЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПЕРЕД АБОРТОМ

1. ПОМОЩЬ В ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА

Известие о беременности ставит женщину перед необходимостью быстро, в короткие сроки принять решение – сохранить или прервать ее. В связи с этим психологическое состояние женщины можно расценивать как «кризис», который в психологии определяют так – обстоятельства, требующие от человека серьезного пересмотра собственных представлений о себе и окружающем мире за относительно короткий промежуток времени.

Поэтому консультирование данного этапа преследует две цели:

- помощь в принятии решения;
- оказание психологической поддержки.

Помощь в принятии решения

Согласно Федеральному закону РФ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ» женщине предоставлено право **самостоятельно** решать вопрос о материнстве.

Приказом Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 572н (ред. от 17.01.2014) Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (Зарегистрировано в Минюсте России 02.04.2013 N 27960) врачу (или другому медицинскому работнику) **рекомендуется направить беременную в кабинет медико-социальной помощи женской консультации или в центр медико-**

социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации для консультирования психологом (медицинским психологом, специалистом по социальной работе). При отсутствии такого центра консультирование проводит медицинский работник с высшим или средним медицинским образованием, прошедший специальное обучение. Причем, консультирование указанными специалистами проводится **при информированном добровольном согласии женщины (п. 104)**.

Информированное добровольное согласие предполагает предоставление пациентке информации о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях и результатах данного вмешательства.

Применительно к вопросу о данном виде помощи, целью и результатом консультирования будет решение в пользу сохранения беременности и рождения ребенка.

Некоторые категории женщин могут особо нуждаться в такого рода помощи, хотя сами могут этого и не осознавать. К ним относятся женщины, действующие по принуждению (родителей, мужа, других лиц), больные ВИЧ/СПИДом или иными экстрагенитальными заболеваниями (поскольку могут иметь неправильные представления о возможности рождения здорового ребенка при этом заболевании), женщины с низким материальным достатком (возможно, они не знают о той материальной поддержке, которую оказывает государство молодым матерям, семьям с детьми), безработные, женщины, испытывающие насилие в семье или подвергшиеся противоправным действиям, незамужние, несовершеннолетние, не имеющие постоянного места жительства, оказавшиеся без паспорта, страхового полиса, гражданства РФ.

В доброжелательной деликатной форме врачу необходимо выяснить причины настоящей нежелательной беременности и отказа от рождения ребенка, и в зависимости от конкретной ситуации направить женщину к соответствующему специалисту (психолог, социальный работник, правоохранительные службы, юрист, центр ВИЧ/СПИД, терапевт и др.).

Каждый из указанных специалистов решает вопросы в пределах своей компетенции. Психолог выясняет психологические факторы отказа от рождения, и в случае возможности их устранить, помогает женщине это сделать. Социальный работник содействует в оформлении документов по получению выплаты пособий при рождении ребенка, информирует органы социальной защиты населения обо всех выявленных беременных, находящихся в социально опасных условиях, для оказания им материальной помощи. Юристконсульт разъясняет женщинам, намеренным прервать беременность, их льгот, предоставляемых государством в связи с рождением ребенка, трудовых прав беременных.

Проведение разъяснительной работы, направленной на сохранение беременности врачом акушером-гинекологом, нормативными документами не регламентировано. Работа акушера-гинеколога заключается в проведении осмотра, наблюдении беременных, а женщинам, которые не изменили своего решения – дает консультацию по контрацепции, при необходимости занимается лечением гинекологических заболеваний.

При обращении несовершеннолетних для прерывания нежелательной беременности следует руководствоваться частью 2 статьи 54 323-ФЗ, где указано, что несовершеннолетние в возрасте **старше 15 лет** и несовершеннолетние, **больные наркоманией, в возрасте старше 16 лет** имеют право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него (то есть привлечение родителей для принятия решения и дачи информированного добровольного согласия на аборт не требуется).

Согласно 323-ФЗ женщине предоставляется время ожидания для принятия решения о прерывании беременности:

- 1) не ранее 48 часов с момента обращения: при сроке 4-7 и 11-12 недели, но не позднее окончания двенадцатой недели беременности;
- 2) не ранее 7 дней с момента обращения при сроке 8-10 недели беременности.

Данное положение является обязательным для исполнения на всей территории РФ во всех медицинских организациях государственной, муниципальной, частной форм собственности, поскольку законодательно закреплено. За его нарушение предусмотрены штрафы. За нарушение **требований** законодательства о получении информированного добровольного согласия штраф составит для граждан (от 1 тыс. до 3 тыс. рублей), для должностных лиц (от 5 тыс. до 10 тыс.), для юридических лиц (от 40 тыс. до 100 тыс. рублей).

За нарушение **сроков ожидания** (так называемое «*время тишины*» даваемое для принятия решения об аборте), установленных законодательством для аборта, штраф составит для граждан (от 4 тыс. до 5 тыс. рублей), для должностных лиц (от 10 тыс. до 30 тыс.), для юридических лиц (от 100 тыс. до 150 тыс. рублей).

В этой статье под гражданами подразумеваются медицинские работники, не являющиеся должностными лицами, под должностными лицами – главный врач (директор), заместители главного врача, заведующие консультацией или отделением, под медицинскими организациями – медицинские учреждения или организации вне зависимости от формы собственности.

Кроме того, пациенткам следует предоставить информацию о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с **программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи** (ст. 79 323-ФЗ).

В законе имеется также статья (ст. 4) о недопустимости отказа в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Психологическая помощь и поддержка

Среди факторов, влияющих на приемлемость аборта, присутствуют личностные факторы. Переживания, вызванные нежелательной беременностью, по мнению экспертов ВОЗ, являются общей проблемой для

женщин, принадлежащих к любой этнической или религиозной группе, независимо от уровня их образования или принадлежности к определенной социальной группе.

Изменения в психо-эмоциональном статусе пациенток объясняются социальными обстоятельствами и факторами психологического здоровья, предшествующими аборту. Качественные научные исследования неизменно устанавливают отсутствие причинно-следственных отношений между абортом и проблемами психо-эмоционального благополучия, поэтому, если женщина испытывает тревожность, депрессию или иные симптомы психического нездоровья, ей может понадобиться помощь медицинского психолога, психотерапевта или, даже, психиатра.

В большинстве случаев женщины переживают обычное беспокойство по поводу предстоящей процедуры прерывания беременности и ее исхода. В этих случаях эффективность и безопасность используемых методов должны рассматриваться в первую очередь, о чем пациентке необходимо предоставить соответствующую информацию (см. следующий раздел). При этом сведения о побочных эффектах и возможных осложнениях должны быть достоверными, основанными на доказательствах и в соответствии с выбранным методом. Информация, преувеличивающая вред здоровью, должна быть исключена, поскольку она не останавливает женщин, принявших решение о прерывании нежелательной беременности, а только усиливает беспокойство, и может повлиять на исход.

Доброжелательность, отсутствие осуждающих интонаций или попыток оказать давление, поддержка женщины независимо от принятого ею решения и обоснованная уверенность в благополучном исходе – являются вполне достаточными для улучшения психо-эмоционального состояния женщины перед абортом.

2. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ВЫБОРУ МЕТОДА И ИНФОРМИРОВАНИЕ О ПРОЦЕДУРЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

После предоставления дней ожидания, во время следующего визита, врач, в первую очередь, должен спросить пациентку, **является ли ее решение о прерывании беременности окончательным.**

Цель консультирования перед проведением аборта – предоставление информации пациентке для принятия решения о выборе метода прерывания беременности и обезболивания в соответствии с ее эмоциональным состоянием, а также уменьшения рисков побочных эффектов и осложнений медицинского аборта.

Консультирование по выбору метода прерывания беременности и обезболивания

Согласно рекомендациям ВОЗ выбор метода прерывания беременности и метода обезболивания должен осуществляться самой пациенткой на основании информации, предоставленной врачом.

Врач должен информировать женщину об особенностях процедуры, возможных рисках и осложнениях, необходимости последующего наблюдения и контрацепции.

Обсуждаемые вопросы должны охватывать следующие темы:

- знания женщины о методах прерывания беременности, в том числе о медикаментозном аборте;
- предыдущий опыт прерывания беременности;
- мнение о том, чем медикаментозный аборт отличается от хирургического;
- методы, используемые для обезболивания, при медикаментозном и хирургическом абортах;
- общее репродуктивное и соматическое здоровье.

Получив информацию от пациентки, врач должен определить, является ли медикаментозный аборт наилучшим методом для нее, в противном случае следует остановиться на вакуумной аспирации.

После того, как метод выбран, необходимо дать информацию о процессе проведения аборта, продолжительности процедуры, ее стоимости (если аборт выполняется на платной основе в учреждениях частной формы собственности или в рамках добровольного медицинского страхования), роль пациентки при проведении аборта.

Пациентка должна быть информирована о следующих рисках во время аборта:

- Обильное кровотечение, требующее хирургического гемостаза (вакуумной аспирации) (1 случай на 100 вмешательств) при любом виде аборта.
- Массивное кровотечение, требующее переливания крови (1 случай на 1000 абортов) при любом виде аборта.
- Повреждение шейки матки (1 случай на 100 хирургических абортов методом дилатации и кюретажа).
- Перфорация матки (1-4 случая на 1000 хирургических абортов методом дилатации и кюретажа).
- Если эти осложнения случаются, то может быть предложено хирургическое лечение.

Пациентка должна быть информирована о следующих рисках после аборта:

- Инфекция: менее 1 случая на 100 женщин (0,9% – для вакуумной аспирации, 0,5% – для медикаментозного аборта, 5% – для дилатации и кюретажа). Прием антибиотиков может уменьшить риск этого осложнения. При отсутствии лечения у женщин групп риска может

развиться тяжелая инфекция (острые воспалительные заболевания органов малого таза).

- Наличие *Chlamydia trachomatis* до аборта повышает риск сальпингитов (лапароскопически подтвержденных) в 30 раз и эндометрита (без сальпингита) в 4 раза. В целом присутствие *C. trachomatis* повышает риск воспалительных заболеваний органов малого таза в 9 раз.
- Вторичное бесплодие как исход прерывания беременности возникает при внебольничных абортах, осложнившихся тяжелыми инфекциями или при наличии ИППП (хламидийная и гонорейная инфекции, в меньшей степени – микоплазменная и бактериальный вагиноз).
- Неполный аборт (что потребует дополнительного опорожнения полости матки методом вакуумной аспирации). Это осложнение случается при медикаментозном аборте менее 5 случаев на 100 женщин и 1-2 случая на 100 – при хирургическом аборте.
- Увеличение риска преждевременных родов (при выполнении аборта методом дилатации и кюретажа или вакуумной аспирации, если проводилось расширение шейки матки более 10 мм без предварительной подготовки шейки матки).

Пациентка должна быть информирована об отсутствии риска после аборта:

- Аборт не увеличивает риск внематочной беременности, низкой плацентации при последующей беременности, рака молочной железы и рака шейки матки в будущем.
- При медикаментозном аборте не было найдено доказательств увеличения риска спонтанного аборта, преждевременных родов или низкого веса новорожденного независимо от гестационного срока. Эти осложнения также отсутствуют при вакуумной аспирации, при условии подготовки шейки матки перед манипуляцией и в сроках менее 10 недель.

- Неосложненный аборт, выполненный в лечебном учреждении, не является причиной бесплодия.

В настоящее время дилатация шейки матки и кюретаж рассматривается как потенциально опасный метод прерывания беременности из-за высокого риска перфорации матки, ранения внутренних органов, обострения инфекционных осложнений. В связи с этим он не рекомендуется для использования (Приказ МЗ РФ №572н) и подлежит исключению из в рутинной клинической практики. В случае, если в лечебном учреждении другие – современные методы прерывания беременности – недоступны по тем или иным причинам, следует рекомендовать пациентке обратиться в другое лечебное учреждение.

RhD-отрицательным женщинам после проведения аборта должна быть предложена иммунопрофилактика

В соответствии с приказом МЗ РФ от 12.11.2012 г. № 572н группа крови и резус-фактор должны определяться всем женщинам (независимо от паритета), а анти-Rh-иммуноглобулин должен вводиться женщинам с Rh-отрицательной кровью независимо от срока беременности, при котором выполнено прерывание, и используемого метода.

Анти-Rho(D) иммуноглобулин вводится внутримышечно в дельтовидную мышцу в стандартной дозе – 300 мкг (1500 МЕ).

Особенности консультирования женщин перед хирургическим абортом (вакуумной аспирацией) по выбору метода обезболивания

Кроме общих вопросов, перечисленных выше, наиболее важным при выборе вакуумной аспирации является вопрос об обезболивании.

Уменьшение физической боли и беспокойства, которые испытывает женщина во время внутриматочной манипуляции, это важный компонент процедуры вакуумной аспирации.

Обратите внимание, что во время ВА боль, испытываемая женщинами, может значительно различаться. Некоторые женщины почти ничего не чувствуют, а другие могут ощущать сильную боль и дискомфорт. Обычно процедура ВА занимает несколько минут, в течение которых большинство женщин чувствует умеренные боли спастического характера. По окончании процедуры боль быстро проходит.

Сообщите женщине, что по эффективности и продолжительности процедуры электрической (ЭВА) и мануальной ВА (МВА), а также по степени выраженности болевых ощущений, не отличаются. Однако МВА — это бесшумная методика эвакуации содержимого матки, и в некоторых работах, посвященных сравнению МВА и ЭВА, говорится, что женщины считают отсутствие шума во время процедуры преимуществом.

Поделитесь информацией о том, что, когда женщин просили оценить уровень дискомфорта, большинство из них после ЭВА отметили, что шум, связанный с работой электрического насоса усиливает боль.

Необходимо обсудить с пациенткой три основных источника боли:

1. Тревожность: женщины часто нервничают перед операцией, и их тревожность усиливает чувствительность к боли. И, наоборот, женщины, испытывающие меньший уровень тревожности, менее чувствительны к боли.

2. Расширение шейки матки: для проведения ВА может потребоваться расширение шейки матки. Введение расширителей через шейку матки вызывает, по меньшей мере, некоторый дискомфорт.

3. Манипуляции в матке: обычно внутриматочные манипуляции вызывают спастические боли, которые имеют тенденцию к усилению при сокращении матки в конце процедуры. Вмешательство обычно кратковременно, и любой сильный спазм, который может возникнуть, длится не более нескольких минут.

Объясните пациентке, что цель борьбы с болью во время аборта – помочь ей чувствовать себя как можно более комфортно и минимизировать риски, связанные с применением лекарственных препаратов и их побочными

эффектами. Оптимальным является сочетание словесной поддержки, предоперационной психопрофилактической подготовки пациенток, блокады шейки матки местными анестетиками и бережная операционная техника. Однако некоторые женщины предпочитают общую анестезию.

В конечном счете, самый высокий уровень удовлетворенности достигим при предоставлении женщине полного спектра возможностей уменьшения боли, с тем, чтобы она могла выбрать метод, который больше всего подходит для ее индивидуальных особенностей и предпочтений.

Специальные подходы к борьбе с болью (комбинированный метод обезболивания во время аборта)

1. Вербальная поддержка и релаксация. Информирование женщины о том, что она может чувствовать во время процедуры — это одна из форм вербальной поддержки, которая снижает тревожность. Поскольку уровень тревожности женщины сильно влияет на ее восприимчивость к боли, то уважительное и подбадривающее отношение медперсонала может уменьшить уровень ее тревожности и помочь ей перенести болезненные действия.

В идеальном варианте один из членов медицинской бригады должен быть около пациентки во время всей процедуры, постоянно подбадривая ее и поддерживая. Вербальное подбадривание не означает, что женщине нужно говорить, что процедура почти закончена, если это не так, и произносить такие слова, как «все будет хорошо».

Вместо того чтобы преуменьшать страхи женщины, гораздо более полезно выражать ей сопереживание, признавая и обосновывая ее чувства. Женщина должна знать, что любая боль, которую она может почувствовать, продлится недолго.

Некоторые женщины предпочитают, чтобы их отвлекали во время процедуры. Например, медицинский персонал может занять ее разговором о семье, работе или увлечениях. Другие варианты, такие как включение

музыки или занятие с женщиной дыхательными упражнениями, могут быть очень полезными для уменьшения боли во время процедуры.

2. Применение лекарственных средств. Есть три категории медикаментов, используемых для борьбы с болью во время ВА:

Анальгетики — вещества, избирательно устраняющие или уменьшающие чувство боли за счет блокады проведения импульсов ЦНС.

Анестетики — вещества, которые временно обратимо блокируют чувствительные рецепторы, а также нарушают проведение возбуждения по нервным волокнам. Введение местных анестетиков, таких как лидокаин, в шейку матки блокирует движение натрия, прерывая передачу болевых импульсов в мозг. Во многих странах местная анестезия — самый обычный вид анестезии, используемый при аборте.

Транквилизаторы уменьшают тревожность и способствуют расслаблению. Этот класс лекарств может также вызвать амнезию и депрессию центральной нервной системы. Оральные транквилизаторы, как показывает практика, не влияют на возникновение и передачу боли при аборте и используются как дополнение к другим лекарственным средствам.

Перед тем как давать лекарства, врач должен оценить риск хирургического вмешательства и анестезии для пациентки, а также ее эмоциональное состояние, так как и то, и другое может влиять на выбор метода борьбы с болью.

Предоперационная подготовка должна включать оценку уровня тревожности женщины, а также ее общее состояние здоровья.

3. Методы подготовки шейки матки. В дополнение, возможно использование лекарственных препаратов, таких как мизопростол (400 мкг за 2-3 часа до выполнения манипуляции), мифепристон (200 мг за 24-36 часов до выполнения манипуляции) или осмотических расширителей, таких как палочки ламинарии для подготовки шейки матки или дилапан (введение в шейку матки за 24 часа до выполнения манипуляции).

Подготовка шейки матки рекомендуется всем женщинам при первой беременности, при наличии аномалий шейки матки (врожденных или приобретенных) независимо от паритета и женщинам при сроке беременности 9 недель и более.

4. Блокада области шейки матки. Шейка матки и более нижние отделы ее пронизаны парасимпатическими нервными волокнами S2 по S4. Местная анестезия путем блокады области шейки матки, нацелена именно на эти нервы и эффективно уменьшает боль, вызванную расширением и смещением шейки матки.

Дно и тело матки иннервируется симпатическими нервами E1 по L1. Эти нервы идут в составе яичникового сплетения, крестцово-маточных и собственно связки яичника, поэтому блокада шейки матки не оказывает на них воздействия. В этом случае используются нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), которые снижают образование простагландинов, способствующих появлению маточной боли.

НПВС, такие как ибупрофен 800 мг или напроксен 550 мг принятые за 30-60 минут до процедуры, рекомендуются для уменьшения боли при маточных спазмах во время и после процедуры. НПВС можно сочетать с наркотическими анальгетиками для создания дополнительного анальгетического эффекта; используются малые дозы наркотических препаратов.

Общая анестезия

Некоторые женщины, особенно те, которые очень волнуются, могут предпочесть общую анестезию. Преимущества общей анестезии включают полный контроль над болью, меньшую продолжительность процедуры.

Однако общая анестезия связана с риском, который включает угнетение рефлексов женщины и в первую очередь дыхательных. Общая анестезия требует присутствия анестезиолога и оборудования, позволяющего тщательно следить за пациенткой во время процедуры и возвращать ее в

сознание. Применение сильных обезболивающих или общей анестезии определенно может увеличить стоимость процедуры и, возможно, время на возвращение сознания в зависимости от используемых лекарств.

Если применяется общая анестезия, проводящие ее специалисты должны знать, что некоторые ингаляционные анестетики расслабляют матку, усиливают кровотечение, и поэтому не должны использоваться при аборте.

Как и в случае с наркотиками и транквилизаторами, женщина, при применении общей анестезии не должна водить машину, пока из организма полностью не выведутся лекарственные препараты.

Постоперационное снижение боли

Спазмы, вызванные ВА, быстро стихают после процедуры.

В течение 30-60 минут женщина обычно описывает свою боль как небольшой дискомфорт. После операции женщина может принять НПВС, например 800 мг ибупрофена до трех раз в день.

Особенности консультирования женщин перед медикаментозным абортом

Необходимо обсудить с женщиной следующие особенности медикаментозного аборта: он проводится на ранних сроках, является простой, безопасной и эффективной процедурой, не требующей хирургического вмешательства, выполняется в соответствии с клиническим протоколом и предполагает несколько визитов пациентки к врачу, поскольку требуется некоторое время, прежде чем произойдет выкидыш. У некоторых женщин могут отмечаться болезненные сокращения матки, тошнота и диарея. Поясните, что женщина может увидеть плодное яйцо, однако ее необходимо предупредить о том, что оно может выглядеть как сгусток крови или ткани. Кровянистые выделения могут продолжаться дольше, чем после хирургического аборта. При неэффективности медикаментозного метода

необходимо проведение вакуумной аспирации для его завершения, так как препараты могут обладать тератогенным эффектом и приводить к порокам развития плода.

Если женщина уже имеет опыт медикаментозного прерывания беременности, необходимо спросить ее о переносимости препаратов, количестве выделений и их продолжительности, степени болевых ощущений и тошноты. Также нужно рассказать о том, какая тактика принята в клинике при неэффективности медикаментозного аборта, например, возможно ли проведение вакуум-аспирации, или эта помощь будет оказана в другом медицинском учреждении.

Чем спокойнее женщина относится к развитию побочных эффектов, тем лучше она их перенесет и тем выше будет удовлетворение от всей процедуры.

В отличие от хирургического аборта, когда ткани гестации удаляются из полости матки врачом одномоментно, и процесс прерывания беременности находится под его полным контролем, при медикаментозном аборте эвакуация тканей гестации отсрочена и происходит, как правило, в домашних условиях. То есть, этот процесс находится под контролем самой пациентки, и поэтому врачу необходимо предоставить ей инструкции по самонаблюдению и самоадминистрированию (приему лекарств).

Цель самонаблюдения – раннее обращение к врачу при появлении признаков осложнения. Пациентка должна получить подробную информацию о симптомах, характерных для нормального течения аборта, о рисках и методах их устранения или минимизации, об осложнениях и о симптомах, требующих срочного обращения к врачу.

Цель самоадминистрирования – снижение рисков путем (само)назначения и приема лекарств для профилактики осложнений в соответствии с рекомендациями врача, предоставленными во время первого визита. Необходимая информация включает контроль над кровопотерей (наблюдение за его объемом и прием средств, снижающих ее), контроль над болью

(использование обезболивающих препаратов), профилактика инфекционных осложнений (рутинный прием антибиотиков), сроки начала использования контрацепции (раннее начало).

Соответственно необходимо предоставить полную информацию о препаратах и их дозах, которые могут быть использованы.

Рекомендации для женщин, кормящих грудью

Не выявлено влияние мифепристона на лактацию и на ребенка, так как концентрация его в молоке является очень низкой, особенно при приеме дозы 200 мг, в связи с чем, кормление грудью может быть продолжено без перерывов. После приема мизопростола рекомендуется сделать перерыв в кормлении на 5-6 часов (пропустить одно кормление, применив сцеживание).

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТКИ

в целях самонаблюдения и самоадминистрирования

при медикаментозном аборте

Симптомы нормального течения медикаментозного аборта

После приема мифепристона или мизопростола могут отмечаться:

- *чувство дискомфорта, слабость, головная боль, обморочное состояние, головокружение* (суммарно менее 25 %). Как правило, проявления их бывают незначительными и быстро проходящими, что в большинстве случаев не требует врачебного вмешательства.

- *тошнота* (36-67 %), *рвота* (14-26 %), *диарея* (8-23 %) – характеризуются короткой продолжительностью и низкой интенсивностью.

- *повышение температуры тела* (4-37 %) обусловлено влиянием простагландинов на температурный центр и характеризуется короткой продолжительностью (1-2 часа) и субфебрильным уровнем гипертермии (37,2-37,6° С, но не выше 38° С).

- *болевой синдром* – может варьировать от слабой интенсивности (40%) до выраженной (10 %). Пик действия мизопростола наступает примерно через 1-

3 часа после его приема, боли могут приобрести схваткообразный характер, и снижаются вскоре после полной экспульсии плодного яйца.

- кровотечение является ожидаемым побочным эффектом, если его объем не превышает физиологического уровня, что соответствует объему нормальной менструации (50-80 мл) или несколько выше него (80-150 мл). Кровотечение возникает после приема мифепристона у 50% пациенток, а после приема мизопростола – у всех в среднем через 1,4 часа после приема. Средняя продолжительность кровотечения составляет 7,2 дня (максимально – 12-14 дней, редко – до очередной менструации в незначительном количестве). Среднее количество используемых прокладок – 30 за 2 недели или не более 15 (в упаковке с маркировкой 3-4 капли) за 7 дней при условии, что выделения уменьшаются в объеме, приобретая постепенно мажущий характер.

Инструкции по самоадминистрированию (приему лекарств) для пациентки

При дискомфорте, слабости, обморочном состоянии, головокружении – прием лекарственных препаратов не требуется.

При головной боли – возможен прием любых обезболивающих препаратов, для ее купирования.

При рвоте – если она возникла менее чем через час после приема мифепристона или мизопростола, прием соответствующего препарата следует повторить в той же дозе. Если выражен ранний токсикоз беременности, то перед приемом препарата следует применять метоклопрамид (реглан, церукал) 1 таблетку, через 30 минут принять пищу, а затем – препарат.

При диарее – при наличии 3 эпизодов диареи в течение 6 часов после приема мизопростола следует принять имодиум (1-2 таблетки) однократно.

При интенсивном болевом синдроме – рекомендуется прием обезболивающих препаратов группы НПВС. Они не оказывают отрицательного влияния на исход медикаментозного аборта.

Альгодисменорея является предиктором необходимости дополнительного обезболивания.

Рекомендуемая разовая доза ибупрофена – 200-800 мг, 3-4 раза/сут (дозировку и кратность приема устанавливается индивидуально в зависимости от потребности).

При повышении температуры – применения лекарственных препаратов не требуется, купируется самостоятельно.

При интенсивном кровотечении (но не более критического уровня, свидетельствующего об осложнении) – возможен прием этамзилата (таблетки по 250 мг, внутрь: по 250-500 мг 3-4 раза в сутки; при необходимости до 750 мг) ИЛИ транексама (таблетки по 500 мг, внутрь: по 500 мг 3–4 раза в день после еды). НПВС также способствуют уменьшению объема кровопотери.

Профилактика инфекционных осложнений

Прием антибиотиков с профилактической целью необходим всем женщинам при хирургическом аборте и женщинам из группы риска – при медикаментозном:

- С внутриматочными манипуляциями в анамнезе;
- С диагностированным бактериальным вагинозом;
- Частой сменой половых партнеров (2 за 6 месяцев);
- ИППП (хламидии, гонорея, микоплазмы и анаэробы и их сочетания) в настоящее время или диагностированных и пролеченных в течение последнего года, без подтверждения ее эрадикации;
- Низким социально-экономическим статусом;
- Моложе 25 лет;
- Хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза;
- ИППП у полового партнера.

Рекомендуются следующие схемы:

1. Для женщин не обследованных на ИППП: Азитромицин 1 г внутрь в день аборта, а также метронидазол 1 г вагинально (свечи, содержащие 500 мг

метронидазола и 100 мг миконазола, по 1 свече с интервалом 12 часов в день приема мифепристона) или 4 таблетки внутрь до или во время аборта (можно разделить на 2 приема).

ИЛИ

Доксициклин 100 мг внутрь два раза в день в течение 7 дней, начиная со дня аборта, а также метронидазол по схемам, указанным выше.

2. Для женщин, у которых не выявлено хламидийной инфекции: если обследование было проведено не ранее последних 3-х месяцев – применяется только Метронидазол по схемам, указанным выше.

Рекомендации для пациентки по выбору планового метода контрацепции и времени начала его использования

1. После неосложненного аборта может быть использован любой современный метод контрацепции.
2. Получить консультацию врача по выбору планового метода контрацепции необходимо до начала процедуры прерывания беременности.
3. Выбранный метод необходимо начать использовать как можно раньше:
 - комбинированные оральные контрацептивы, вагинальное кольцо, накожный пластырь или имплантат – в день приема мифепристона (если этот день был пропущен допустимо начать прием на следующий день или в день приема мизопростона; вагинальное кольцо, учитывая наличие кровотечения, – не позднее 5-го дня, считая со дня приема мифепристона);
 - ВМС (с медью или с левоноргестрелом) следует ввести в день контрольного осмотра (между 9 и 14 днем после приема мифепристона), допустимо введение ВМС раньше, если в этом есть

необходимость, – между 4 и 9 днями, при условии, что прерывание беременности подтверждено.

4. Если контрацептив не был принят в указанные сроки, то при возобновлении половой жизни, следует использовать презерватив, и затем начать использовать плановый метод с первого дня очередной менструации.
5. В случае незащищенного полового контакта, следует использовать экстренную контрацепцию (левоноргестрел 150 мг внутрь однократно или мифепристон 10 мг внутрь однократно или ввести ВМС с медью не позднее 72-120 часов).

Симптомы осложнений, требующие немедленного обращения к врачу

Осложнения – эффекты при лечении, которые имеют потенциально серьезные клинические последствия и требуют медицинского вмешательства.

При появлении следующих симптомов следует незамедлительно позвонить лечащему врачу или вызвать «скорую помощь»:

Обильное кровотечение. Кровотечение, превышающее по объему теряемой крови 150 мл (более 15 прокладок за 7 дней при отсутствии тенденции к уменьшению) или 4 прокладки «макси» (с маркировкой на упаковке 5 капель) за 2 часа, следует расценивать как осложнение.

В группу риска по повышенной кровопотере относятся женщины с наличием таких заболеваний и состояний как миома матки, меноррагия (обильные менструации), хронические воспалительные заболевания органов малого таза, ожирение, двойня, кровотечение во время предыдущих родов или аборт, кровотечения периода полового созревания, коагулопатии врождённые, приём антикоагулянтов или дезагрегантов.

Инфекционные осложнения. Среди симптомов инфекции необходимо обратить внимание на следующие: боль в области малого таза, повышенная кровопотеря, лихорадка (повышение температуры тела более 38°С спустя 24 часа после приема мизопростола), мутные влагалищные выделения с

неприятным запахом, слабость, тошнота, рвота, диарея с наличием или без боли в животе, при наличии гипертермии или без нее спустя 24 часа после приема мизопростола.

При медикаментозном аборте эту информацию женщина должна получить не позднее дня приема мифепристона. Целесообразно предоставить женщине информацию в печатном виде (памятка для пациентки), а также возможность телефонного контакта с врачом в случае необходимости.

Информация для пациента о прерывании беременности представлена на сайте: <http://guidance.nice.org.uk/TA156/PublicInfo/pdf/English>.

Информация может быть представлена с применением «аудиопомощника» (видеопрезентация), материалы по консультированию представлены на сайте: http://www.youtube.com/watch?v=5J_Nk76n1gI, www.ru486.ru.

Информированное согласие

После проведения медицинского обследования и консультирования женщина должна дать информированное согласие на проведение аборта. Согласно современному законодательству, принято получение информированного согласия в письменном виде (пункт 7 статьи 20 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации").

Необходимо предоставить пациентке достаточное количество времени для ознакомления с документами. Персонал должен заверить женщину, что если она решит изменить свое решение, то она получит квалифицированную помощь без каких-либо отрицательных последствий.

3. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ВОПРОСУ КОНТРАЦЕПЦИИ

По данным исследований, проведенных в регионах, 2/3 женщин, обратившихся за помощью в связи с медицинским абортом, не получают адекватного консультирования по вопросам планирования семьи, и 40% женщин, сделавших один аборт, обращаются впоследствии повторно для прерывания беременности.

Согласно рекомендациям ВОЗ, работники здравоохранения и консультанты должны убеждать женщину в доступности контрацепции и предлагать методы контрацепции женщинам, которые обратились по поводу нежелательной беременности и аборта.

Необходимо проводить просветительную работу о различных методах контрацепции в непринужденной обстановке. В идеале женщина должна получить информацию обо всех методах контрацепции, доступных в вашем регионе. На основе полученной от врача информации она должна **сама выбрать наиболее приемлемый для нее метод**, отвечающий ее потребностям и ожиданиям, что позволит ей применять метод длительно.

Обсуждение и выбор будущего планового метода контрацепции

Важно:

- Обсуждение и выбор будущего метода контрацепции должно быть выполнено еще до начала процедуры прерывания беременности (уровень В).
- После аборта может быть использован любой метод контрацепции (уровень А).
- Выбранный метод контрацепции следует начать использовать сразу же после выполнения аборта (уровень В).
- «Первая» линия контрацепции после аборта – пролонгированные обратимые методы – Long-Acting Reversible Contraception (англ., LARC) – имплантат, ВМС, инъекция, вагинальное кольцо (уровень А).

- Введение ВМС сразу после аборта является лучшим обратимым методом контрацепции для предупреждения повторной нежелательной беременности (уровень А).
- Предпочтения врача не должны оказывать влияние на выбор женщины.

Основная цель применения методов контрацепции после аборта – контрацепция, а не реабилитация, т.к. фертильность восстанавливается через 7-10 дней, а неосложненный аборт не приводит к нарушениям репродуктивной функции.

ИНФОРМИРОВАННЫЙ ВЫБОР

Методика применения 5-ти ступенчатой модели медицинской помощи по выбору контрацепции (консультирование)

Ключевые положения

- Ориентирование на потребности и ожидания в выборе метода контрацепции женщинами
- Предоставление информации по нескольким вариантам возможного выбора
- Оценка приемлемости выбранного метода
- Предоставление ключевой информации пациентке о выбранном ею методе
- Возможность получения дальнейшей помощи при необходимости
- Качественное консультирование позволяет женщине применять выбранный ею метод безопасно, длительно и правильно

5-ти ступенчатый метод консультирования является одним из наиболее широко применяемых подходов в консультировании по любому поводу (планирование семьи, отказ от приема алкоголя или курения, особенно во время беременности, профилактика ИППП и т.д.) и **направлен на изменение поведения.**

Консультирование в области планирования семьи – это конфиденциальное двустороннее общение с пациентом с целью помочь ему в определении собственных потребностей и принятии решений, связанных с его репродуктивным здоровьем.

В отличие от обычного врачебного приема по поводу заболевания, цель любого консультирования заключается в поиске приемлемого для клиента решения проблемы, способствующего получению оптимального результата.

Для достижения конечной цели требуется решение целого ряда типовых задач:

- получить достаточную информацию,
- помочь проанализировать ситуацию (проблему),
- произвести поиск путей решения проблемы,
- добиться изменения поведения клиента в пользу желательных изменений,
- способствовать оптимальному решению проблемы и достижению результата.

Обычный врачебный прием чаще решает чисто клинические вопросы, при этом используется лишь один алгоритм действий врача и пациента, направленный на выявление заболевания и его устранение.

В отличие от этого, взаимоотношения сторон при консультировании – это партнерство для достижения цели, связанной с охраной репродуктивного здоровья.

Известно, что люди лучше всего выполняют решения, принятые ими самими. Именно поэтому профессиональные консультанты не принимают решений за своих клиентов, а только лишь помогают им в принятии их собственных решений.

Консультирование, подразумевающее двухстороннее общение, означает, что в обсуждении проблемы активную роль играют как консультант, так и консультируемый. Консультант может предложить несколько алгоритмов действия, один из которых наиболее предпочтителен как для клиента, так и для окружающих (семьи).

Понятие «информированный выбор» подразумевает, что:

- Предоставлена соответствующая четкая и достоверная информация, необходимая для принятия решения, без информационной перегрузки.
- Предоставлена возможность выбрать один из имеющихся методов контрацепции в зависимости от собственных потребностей и индивидуальной ситуации.
- Предоставлена возможность задавать вопросы.
- Решение было принято женщиной самостоятельно.

Если выбранный метод не предоставляется в медицинском учреждении, то следует направить пациентку в известное учреждение, где имеется возможность для предоставления выбранного метода (например, введение ВМС, стерилизация).

Принципы и этапы консультирования

Общайтесь с пациенткой уважительно. Вежливое, уважительное отношение со стороны врача способствует формированию чувства доверия у пациентки, дает понять, что она может говорить открыто, и что их разговор будет конфиденциальным.

Устанавливайте взаимодействие. Активное слушание пациентки, выяснение дополнительной необходимой информации и реакция ее на слова, может лучше всего помочь при условии понимания потребностей, проблем и особенностей ситуации пациентки. Необходимо поощрять рассказы пациенток, рекомендовать им задавать вопросы, терпеливо и подробно отвечать на вопросы.

Адаптируйте предлагаемую информацию к уровню восприятия пациентки. Выслушивая пациентку, врачу необходимо понимать, в какой информации она нуждается. Предоставляйте достоверную информацию, используя понятный ей язык.

Избегайте избыточной информации. Пациенткам нужно владеть информацией, чтобы сделать информированный выбор. Если информации слишком много, трудно понять и запомнить наиболее важное. Это называется «информационной перегрузкой».

Уважайте право пациентки на самостоятельный выбор. Более вероятно, что пациентка будет продолжать использовать тот или иной метод, если выбор об использовании именно этого метода сделан ею самой. Также уважайте право женщины на выбор, если она принимает решение не использовать никаких рекомендаций врача.

Помогите пациентке понять и запомнить услышанное. Время от времени в процессе консультирования необходимо проверять, понимает ли пациентка объясненные или обсуждаемые темы. Если имеются материалы в письменной форме, снабдите ее этими материалами, чтобы ей было проще запомнить то, о чем Вы говорили.

Этап I. Опрос, или мотивационное интервью

Цель данного этапа – выяснить потребность женщины в контрацепции и помочь ей осознать эту потребность.

Сначала спросите ее о семейном положении, есть ли у нее дети, и каковы ее дальнейшие планы в отношении деторождения. Были ли аборты. Выясните ее пожелания и волнующие ее вопросы относительно планирования семьи. Важно определить необходимую продолжительность времени до принятия решения о предстоящей беременности и рождении ребенка. Поясните, почему важно использовать контрацепцию для предотвращения нежелательной беременности. Спросите, использует ли она в настоящее время какой-либо метод контрацепции. Довольна ли она этим методом? Если нет, то почему? Если она впервые сталкивается с вопросами планирования семьи или хотела бы сменить метод, спросите, какие методы контрацепции ей известны и есть ли какой-либо конкретный метод, которым она хотела бы пользоваться.

Этап II. Информация о методах контрацепции

Кратко назовите имеющиеся методы контрацепции и их преимущества и недостатки. Обратите внимание на разницу методов в отношении необходимости ежедневного контроля или длительности действия, побочных и лечебных эффектов, экономичности тех или иных методов, удобство применения и другие. Выясните ожидания женщины в отношении сказанного и узнайте, какой метод ее больше заинтересовал. Далее ориентируйтесь на тот метод, на который настроена женщина. Это объясняется тем, что, если предлагается тот же метод, который она сама планировала использовать или выбрала в процессе консультирования, гораздо выше вероятность того, что она будет довольна им, и будет продолжать применять его длительное время. Предоставьте более подробную информацию по тем методам, которые ее больше интересуют. Снабдите ее брошюрами по методам контрацепции, если таковые имеются.

Какие факторы может и должна принимать во внимание женщина при выборе метода контрацепции

Личные репродуктивные намерения клиента:

- Отложить наступление первой беременности?
- Увеличить промежуток перед последующей беременностью?
- Полностью исключить вероятность беременности на будущее?

Индивидуальные особенности сексуального поведения клиента:

- Частота сексуальных контактов
- Число партнеров
- Риск контакта с ИППП/ВИЧ-инфекцией

Характеристики рассматриваемых методов:

- Эффективность при типичном применении
- Безопасность
- Побочные эффекты
- Удобство и простота в применении
- Предоставление защиты от ИППП/ВИЧ-инфекции
- Необходимость предпринимать какие-либо действия во время полового акта

- Продолжительность действия (например, презервативы – один половой акт, ВМС Т Cu 380А– 10 лет)
- Необходимое время для восстановления фертильности
- Что необходимо сделать пользователю, чтобы приобрести и успешно применять метод (ежедневно принимать по одной таблетке; обратиться к специально подготовленному медицинскому работнику; ввести перед половым актом, и т.д.).
- Дополнительные преимущества, помимо предохранения от беременности.
- Конфиденциальность (Легко ли скрыть использование метода? Узнает ли партнер о том, что метод применяется?)

Характеристики имеющихся услуг:

- Наличие необходимых средств.
- Наличие специально подготовленных медицинских работников.
- Стоимость и экономическая эффективность (первичные расходы, расходы на продолжение применения метода).

Все эти факторы являются значимыми, и женщине следует принимать их во внимание.

Этап III. Выбор метода

На этом этапе необходимо оценить желание пользоваться контрацепцией и узнать, каким методом пациентка желала бы воспользоваться, а также оценить приемлемость выбранного метода с помощью критериев ВОЗ (исключить противопоказания).

В ходе консультирования Вы можете спросить: «Вы приняли решение относительно метода контрацепции, который Вы бы хотели использовать?» Если выбранный женщиной метод подходит ей с медицинской точки зрения, то можно перейти к следующему этапу.

Если выбранный метод не подходит для нее, **кратко** объясните, почему, и познакомьте ее с другими подходящими методами.

Учитывайте наличие гинекологических заболеваний и то, что неконтрацептивными (лечебными) свойствами обладают не только КОК, но и методы пролонгированного действия.

В том случае, если женщина обратилась к врачу по поводу какого-либо заболевания, важно позиционировать гормональную контрацепцию не только для лечения, но и для дальнейшего длительного приема с целью контрацепции и вторичной профилактики имеющегося заболевания.

Предложите высказать свое мнение по поводу предлагаемого метода и задать возникающие вопросы.

Соблюдайте краткость: если Вы будете пояснять каждый метод со множеством подробностей, пациентка может быть перегружена информацией, что может привести к большей путанице. Краткое объяснение также займет у Вас меньше времени.

Если у Вас имеются брошюры по различным методам контрацепции, то – это очень хороший способ предоставить информацию, позволяющий женщине взять ее с собой домой, и которую она может обдумать в удобное для нее время и при желании обсудить с партнером.

В заключение убедитесь, что она приняла четкое информированное решение об использовании выбранного метода.

Как определить, является ли тот или иной метод контрацепции приемлемым для пациентки

Для каждой женщины любой метод контрацепции имеет свои преимущества и недостатки, а также как абсолютные, так и относительные противопоказания. *Приемлемый метод контрацепции подразумевает, что его польза в значительной степени превосходит риск от его использования.*

Используйте «Медицинские критерии приемлемости критериев методов контрацепции РФ», Москва, 2012.

Этап IV. Объяснить, как пользоваться выбранным методом

На данном этапе процесса консультирования Вам следует сосредоточиться на том методе или методах, которые выбрал клиент или к которым проявляет наибольший интерес.

Вам всегда необходимо максимально уважать право женщины на собственный выбор. Если она принимает решение не выбирать на данный момент никакого метода, следует порекомендовать ей прийти еще раз, если возникнут вопросы или, если возникнет желание, использовать метод контрацепции в будущем.

Какую информацию следует сообщать о выбранном методе

Объясните эффективность метода, его преимущества и недостатки.

Предупредите и успокойте относительно распространенных (не серьезных) побочных эффектов. Сообщите о возможных осложнениях (если таковые имеются). Женщинам необходимо знать, какие побочные эффекты могут доставлять неприятности, но не являются признаками опасности для здоровья или серьезного заболевания, и при появлении каких симптомов следует обратиться в медицинское учреждение.

Известно, что, если женщина заранее предупреждена о возможных побочных эффектах и их продолжительности, то она относится к ним с пониманием и не прекращает пользоваться выбранным контрацептивом. Помните, что факторы, являющиеся недостатками для одних, могут быть преимуществами для других.

Объясните, как пользоваться методом.

Сообщите, предоставляет ли метод защиту от ИППП/ВИЧ-инфекции.

Убедитесь, что пациентка понимает Вас и дайте возможность задать вопросы.

Когда Вы объясняете, как использовать метод:

- Объясняйте правила применения метода четко, в практической форме.
- Необходимо объяснить, что следует делать клиентам, если у них возникнут проблемы с применением данного метода.
- Если требуется выполнить определенную процедуру (введение ВМС или имплантата, инъекция Депо-Провера, перевязка маточных труб и т.д.), объясните, что будет происходить во время процедуры.

- Женщинам с повышенным риском контакта с ИППП/ВИЧ-инфекцией нужно знать, что им следует использовать презервативы, даже если они используют другой метод контрацепции.
- Вы можете попросить женщину повторить основные инструкции, или задать ей несколько открытых вопросов, чтобы убедиться, что она все поняла. Не следует спрашивать просто «Вам понятно?»

Этап V. Последующий визит и дальнейшая помощь

Существует множество причин, по которым женщине может потребоваться вновь обратиться к врачу за помощью. Для некоторых методов необходимы повторные визиты для пополнения запасов контрацептивов или выполнения определенной процедуры. При необходимости следует сообщить, где можно приобрести контрацептивы. Если пациентке введено ВМС или выполнена процедура стерилизации, как правило, достаточно лишь одного повторного визита. Не следует предлагать прийти с повторным визитом, если в этом нет необходимости. Медицинскому работнику следует предложить прийти снова в любое время в случае возникновения каких-либо вопросов, симптомов возможных осложнений, если потребуется получить информацию или совет, а также, если она захочет сменить метод контрацепции на другой.

Краткая программа консультирования по информированному выбору контрацепции для повседневного использования в амбулаторной практике представлена в приложении.

Сроки начала использования контрацепции после аборта

Овуляция может произойти уже на 8-10 день после искусственного аборта при отсутствии разницы между медикаментозным и хирургическим абортом, и 85% женщин имеют овуляции уже в течение первого цикла после аборта.

Отмечается, что более 50% женщин возобновляют сексуальную активность в течение двух недель после аборта, а 6% из них имеют новую беременность уже в следующем цикле. В связи с этим ведущие мировые эксперты

рекомендуют начинать использовать контрацепцию сразу после аборта (раннее начало).

Не было найдено достаточных данных, свидетельствующих о серьезных изменениях в репродуктивной системе после аборта, требующих дополнительных вмешательств с целью «реабилитации», и необходимость в использовании контрацепции определяется только целями предотвращения повторной нежелательной беременности и целесообразностью раннего начала ее применения. Поэтому методом выбора после аборта являются не КОК, как считалось ранее, а LARC.

Введение LARC рекомендуется выполнить как можно скорее – в идеале сразу после окончания манипуляции по прерыванию беременности.

Рекомендуется введение Импланона в день хирургического или во время второго визита при медикаментозном аборте (в день приема мизопростола) или сразу после выкидыша: никакого дополнительного метода контрацепции при этом не требуется. Если прошло > 5 дней после аборта или выкидыша необходимы дополнительные методы контрацепции в течение 7 дней.

В настоящее время считается, что введение ВМС сразу после аборта является лучшим обратимым методом контрацепции для предупреждения повторной нежелательной беременности. В отношении ВМС (Т-Сu или LNG) рекомендуется их введение в день хирургического аборта (сразу после завершения манипуляции) или между 9 и 14 днем после приема мифепристона (в день контрольного осмотра) – при медикаментозном аборте. Возможно также введение между 3 и 9 днями, если есть уверенность, что аборт произошел. Никакого дополнительного метода не требуется.

Соблюдение данных рекомендаций демонстрирует значительно более низкий процент повторных абортов, чем при выборе других сроков (34,6 по сравнению с 91,3 абортов на 1000 женщин-лет).

В случае наличия противопоказаний для использования средств длительного действия, или предпочтении женщиной КОК, пластыря или влагалищного

кольца, их следует начать принимать в день приема мифепристона (для влагалищного кольца возможно через 2-3 дня, но не позднее 5-го дня).

При консультировании по вопросам контрацепции женщин, прервавших беременность абортom, важно довести до их сознания, что оплодотворение может произойти уже в течение первого месяца после прерывания беременности и даже в цикле прерывания. Необходимо обсудить с ними проблему повторного прерывания беременности с позиции риска для их здоровья, чтобы при планировании семьи женщины выбирали контрацепцию, а не повторное прерывание беременности.

Список литературы

1. Дикке Г.Б. Медикаментозный аборт: Руководство для врачей / Под ред. В.Е. Радзинского. – М.: МЕДпресс-информ, 2015. – 344 с.: ил.
2. ИНФОРМИРОВАННЫЙ ВЫБОР: модель медицинской помощи по выбору контрацепции. Учебно-методическое пособие для слушателей курсов повышения квалификации и клинических ординаторов / Г.Б. Дикке // Под ред. В.Е.Радзинского. – М.: Изд-во РУДН, 2015. – 26 с.
3. Медицинские критерии приемлемости методов контрацепции РФ, М., 2012. – 242 с.
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2012 г. № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».
5. Федеральный закон РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ».
6. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynecologic Practice; Long-Acting Reversible Contraception Working Group. ACOG Committee Opinion no. 450: Increasing use of contraceptive implants and intrauterine devices to reduce unintended pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2009 Dec;114(6):1434-8
7. Arrowsmith ME, Aicken CRH, Saxena S, Majeed A. Strategies for improving the acceptability and acceptance of the copper intrauterine device. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 3. Art. No.: CD008896. DOI.
8. Blumenthal PD, Shah NM, Jain K, Saunders A, Clemente C, Lucas B, Jafa K, Eber M. Revitalizing long-acting reversible contraceptives in settings with high unmet need: a multicountry experience matching demand creation and service delivery. *Contraception.* 2013 Feb;87(2):170-5.
9. Halpern V, Lopez LM, Grimes DA, Gallo MF. Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods of contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 4. Art. No.: CD004317. DOI: 10.1002/14651858.CD004317.pub3.
10. Human Rights, Unwanted Pregnancy & Abortion-Related Care: Reference information and illustrative cases. США: Ipas, 2002. – 58 с.
11. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. 2012.

ИНФОРМИРОВАННЫЙ ВЫБОР

Памятка по консультированию (на рабочий стол врача акушера-гинеколога –
под стекло)

Этап	Описание
I	<p>Опрос, или мотивационное интервью: выяснить потребность клиента в контрацепции и помочь ей осознать эту потребность.</p> <p>Задать вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • О репродуктивных планах; • О ранее используемых методах контрацепции; почему они не устроили; • Об известных женщине методах и возможных предпочтениях.
II	<p>Информация о методах контрацепции: выяснить ожидания женщины в отношении контрацепции</p> <ul style="list-style-type: none"> • Расскажите пациентке о методах, которые она может использовать; • Используйте наглядные материалы при объяснении методов; • Поощряйте пациентку задавать вопросы; • Спросите, в каких методах она заинтересована; • Восполните пробелы в информации у пациентки о методе, в котором она заинтересована.
III	<p>Выбор метода: принятие четкого информированного решения об использовании выбранного метода</p> <ul style="list-style-type: none"> • оценить желание пользоваться контрацепцией • узнать, каким методом пациентка желала бы воспользоваться • оценить приемлемость выбранного метода с помощью критериев ВОЗ (исключить противопоказания) • если пациентка не приняла решения, обеспечьте литературой, назначьте следующий визит
IV	<p>Объяснить, как пользоваться выбранным методом:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Объясните пациентке, как пользоваться методом и попросите ее повторить, что она поняла из объяснения • Опишите возможные побочные эффекты и признаки осложнения, в особенности те, которые требуют обращения к врачу • Если пациентка, выбрала метод, который отсутствует в данном лечебном учреждении, направьте ее в соответствующее медицинское учреждение.
V	<p>Последующий визит и дальнейшая помощь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Сообщите пациентке, когда ей следует прийти на повторный визит (при необходимости), назначьте дату и время посещения • Подчеркните, что она может вновь обратиться в клинику в любое время, если у нее возникнут проблемы • При повторном визите предоставьте необходимую (по потребности) структурированную информацию.

