

Приложение 3
к приказу Министерства
здравоохранения Кыргызской
Республики
от 2 апреля 2020 года № 216

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ПЕРЕПОДГОТОВКИ И
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ им.С.Б.Даниярова
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА**

**КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО
по планированию семьи с применением имплантов и
инъекционных форм прогестиновых контрацептивов**

"Клиническое руководство по планированию семьи с применением имплантов и инъекционных форм прогестиновых контрацептивов" для медицинских работников всех уровней организаций здравоохранения утверждено Приказом МЗ КР изменено № _____ от _____ 2020 г.

Клиническая проблема

Предоставление услуг по планированию семьи.

Этапы оказания помощи

Все уровни здравоохранения Кыргызской Республики.

Целевая группа

Медицинские работники ЦСМ/ГСВ/ФАПов, служб родовспоможения и других организаций здравоохранения, оказывающие услуги по планированию семьи.

Целевая группа пользователей

Рекомендуется использовать для клиентов, желающих применять высокоэффективные, безопасные методы контрацепции.

Дата создания

2020 год.

Планируемая дата обновления

Проведение следующего пересмотра планируется в январе 2023 г., либо при появлении новых ключевых доказательств. Все поправки к клиническому руководству будут опубликованы в периодической печати.

Любые комментарии и пожелания по содержанию клинического руководства приветствуются.

Рабочая группа по разработке руководства

Асылбашева Р.Б. - главный специалист по охране материнства и детства МЗ КР;
Максимова Э.М. - заведующая консультацией "Брак и семья" НЦОМид, к.м.н.;
Болоцких И.В. - ассистент кафедры семейной медицины КГМИПипК им.С.Б.Даниярова;
Сманкулова Н. - национальный программный аналитик по РЗ фонда ООН в области народонаселения в КР;
Бозгорпоева Б.Б. - директор ОО "Кыргызский альянс планирования семьи";

Барыктабасова Б. - ответственный эксперт-методолог разработки и внедрения КР/КП и секретарь Экспертного совета Министерства здравоохранения по оценке качества, консультант МЗ по вопросам доказательной медицины и методологии разработки клинических руководств и протоколов, к.м.н.

Эксперты:

Тинатин Гагуа, доктор медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии Медицинского университета им. Давида Твильдиани (Грузия).

Шоонаева Н.Ж., доктор медицинских наук, заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и репродуктологии КГМИПипК им.С.Б.Даниярова.

Адрес для переписки с рабочей группой: Кыргызская Республика, 720040, г.Бишкек. ул. Тоголока Молдо, 1. Тел.: 66-27-98, 62-18-29.

В качестве базовых документов при разработке клинического руководства были использованы:

- "Планирование семьи" - универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи, ВОЗ, 2008;

- "Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции". 5-ое издание, ВОЗ, 2015;

- "Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции", обновление. ВОЗ. 2008 г.

Выражается глубокая признательность Фонду ООН в области народонаселения (ЮНФПА) в Кыргызской Республике за оказанное техническое и методическое содействие при разработке и внедрении руководства по методам контрацепции.

Шкала уровней доказательности

A	-Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию
B	- Высококачественный систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или - Высококачественное когортное или исследование случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или - РКИ с невысоким риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию
C	- Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+), результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или - РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию
D	- Описания серии случаев или - Неконтролируемое исследование или - Мнения экспертов - Рекомендации, основанные на клиническом опыте членов мультидисциплинарной группы

Апробация клинического руководства

Проект данного клинического руководства обсуждался с медицинскими работниками ГСВ/ЦСМ, оказывающими услуги по планированию семьи, и получил одобрение всех специалистов.

В процессе апробации и рецензирования клинического руководства были получены комментарии и рекомендации, которые были учтены при его доработке. После апробирования и

получения комментариев, рецензий, данное клиническое руководство было утверждено Экспертным советом по оценке качества Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

Декларация конфликта интересов

При разработке данного руководства конфликт интересов у членов группы разработчиков отсутствовал. Никто из членов авторского коллектива не имел коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, производящими контрацептивные средства.

Список сокращений

АД	Артериальное давление
АРВ	Антиретровирусная терапия
ВГВ/ВГС	Вирусный гепатит В/вирусный гепатит С
ВЗОМТ	Воспалительные заболевания органов малого таза
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВМС, ВМК	Внутриматочное средство, внутриматочный контрацептив
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДМПА-ВМ	Депо-медроксипрогестерона ацетат для внутримышечного введения
ДМПА-ПК	Депо-медроксипрогестерона ацетат для подкожного введения
ЕИК	Ежемесячные инъекционные контрацептивы
ИКПР	Инъекционный контрацептив прогестинового ряда
ИМН	Изделия медицинского назначения
ИМТ	Индекс массы тела
ИП	Ингибиторы протеазы
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
КГМИПИПК	Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации им.С.Б.Даниярова
КОК	Комбинированные оральные контрацептивы
КПР	Контрацептивы прогестинового ряда
КР	Кыргызская Республика
КС	Контрацептивные средства
ЛНГ-ВМС	Левоноргестрел-содержащее внутриматочное средство
ЛЖВ	Лица, живущие с ВИЧ
МЛА	Метод лактационной аменореи
МОПАПД	Медроксипрогестерона ацетат продолжительного действия
НПВС	Нестероидные противовоспалительные средства
НИОТ	Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы
ННИОТ	Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы
ОЗ	Организация здравоохранения
ПЖВЛС	Перечень жизненно-важных лекарственных средств
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПС	Планирование семьи
ПТП	Противозачаточные таблетки прогестинового ряда
РЗ	Репродуктивное здоровье

СКВ	Системная красная волчанка
Си-ВМС	Медьсодержащее внутриматочное средство
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ТНК	Таблетки неотложной контрацепции
ЧПК	Часто прогестиновые контрацептивы
ЦИН	Цервикальная интраэпителиальная неоплазия
ЦУР	Цели устойчивого развития
ЭЭ	Этинилэстрадиол

Глоссарий

Аборт	искусственное прерывание беременности
Аменорея	патологическое прекращение менструации
Анемия	группа заболеваний, характеризующихся уменьшением в крови эритроцитов или гемоглобина
Внематочная беременность	патологическая беременность, когда плод развивается не в матке, чаще всего в маточных трубах
Внутриматочные средства	небольшое гнущееся устройство, вводимое в полость матки на длительное время для предохранения от беременности
Гепатит В	инфекции печени с желтухой, симптомами или без них. Диагноз основывается на обнаружении поверхностного антигена вируса гепатита В (HBsAg). Путь передачи - кровь, сперма и другие биологические жидкости
Гестаген/Прогестин/Прогестаген	искусственный гормон, аналогичный по действию женскому половому гормону прогестерону на слизистую матки/эндометрий
Гипертония	повышение артериального давления
Гонорея	инфекция, которая передается, в основном, половым путем, вызванная <i>Neisseria gonorrhoeae</i>
Гормон	биологически активное вещество, вырабатываемое в организме специальными клетками и оказывающее влияние на деятельность других органов, тканей и клеток
Гормональная контрацепция	метод контрацепции, заключающийся в основном на гормональном подавлении овуляции
Депрессия	депрессия является серьезной медицинской проблемой, которая вызывает чувство грусти и/или потерю интереса к действиям, которые ранее вызывали удовольствие. Депрессия может снизить функционирование человека на работе или дома
Диабет сахарный	заболевание обмена веществ, обусловленное недостатком инсулина и проявляющееся повышением уровня сахара в крови
Индекс массы тела	отношение веса в кг к росту в м ² низкий ИМТ: < 18,5 нормальный ИМТ: 18,5-25,0 избыточный ИМТ: 26,0-30,0 ожирение: > 30,0
Инсульт	острое нарушение мозгового кровообращения при

Инфаркт миокарда	гипертонической болезни, атеросклерозе и др. заболевание, при котором образуется очаг омертвения в мышце сердца, развитию которого способствует гипертония, сахарный диабет, курение и др.
Контрацепция	предупреждение наступления беременности
Лактация	это процесс, посредством которого молоко синтезируется и выделяется из молочных желез женской груди в послеродовом периоде
Менструация	ежемесячное отделение слизистой оболочки полости матки в виде кровотечения из матки женщины, достигшей половой зрелости (при беременности менструации отсутствуют)
Мигрень	приступы голодной боли, чаще в одной половине головы, сопровождающиеся тошнотой, головокружением
Неотложная контрацепция	методы контрацепции, использующиеся после полового акта, когда существует возможность наступления беременности
Овуляция	выход зрелой яйцеклетки из яичника
Оплодотворение	слияние женской яйцеклетки со сперматозоидом, в результате чего получается плодное яйцо или зигота, развивающаяся в новый организм
Остеопороз	заболевание, характеризующееся разрежением костного вещества
Презерватив	средство барьерной контрацепции
Прогестерон	естественный гормон, вырабатываемый желтым телом яичника
Репродуктивная система	половая система или система органов, отвечающих за воспроизведение
Тромбоз	образование внутрисосудистых сгустков крови, препятствующих нормальному кровотоку
Хламидиоз	инфекция, которая передается половым путем
Эндометрий	слизистая оболочка полости матки
Эстроген	естественный гормон, вырабатываемый яичником, а также синтетический его аналог или производное

Введение

Кыргызская Республика входит в ряд стран, приверженных реализации Стратегии-2030 по достижению Целей Устойчивого Развития, направленных на снижение материнской смертности путем обеспечения всеобщего доступа к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья через услуги по планированию семьи, с использованием современных методов контрацепции. Всеобщее известно, что в странах широко использующих методы контрацепции, показатели материнской смертности и заболеваемости находятся на низком уровне.

За последние годы в Кыргызской Республике происходит снижение доли женщин, пользующихся контрацептивными средствами (КС). Так, в 2015 году доля женщин репродуктивного возраста использующих КС составило 33,0; а в 2018 году этот показатель снизился до 21,8. Следует отметить, что с 2015 года прекращены поставки КС со стороны международных доноров. К снижению использования КС также могли привести низкая информированность, недостаточность доступных услуг по планированию семьи, ограниченный выбор КС на фармацевтическом рынке, в том числе долгосрочных методов контрацепции.

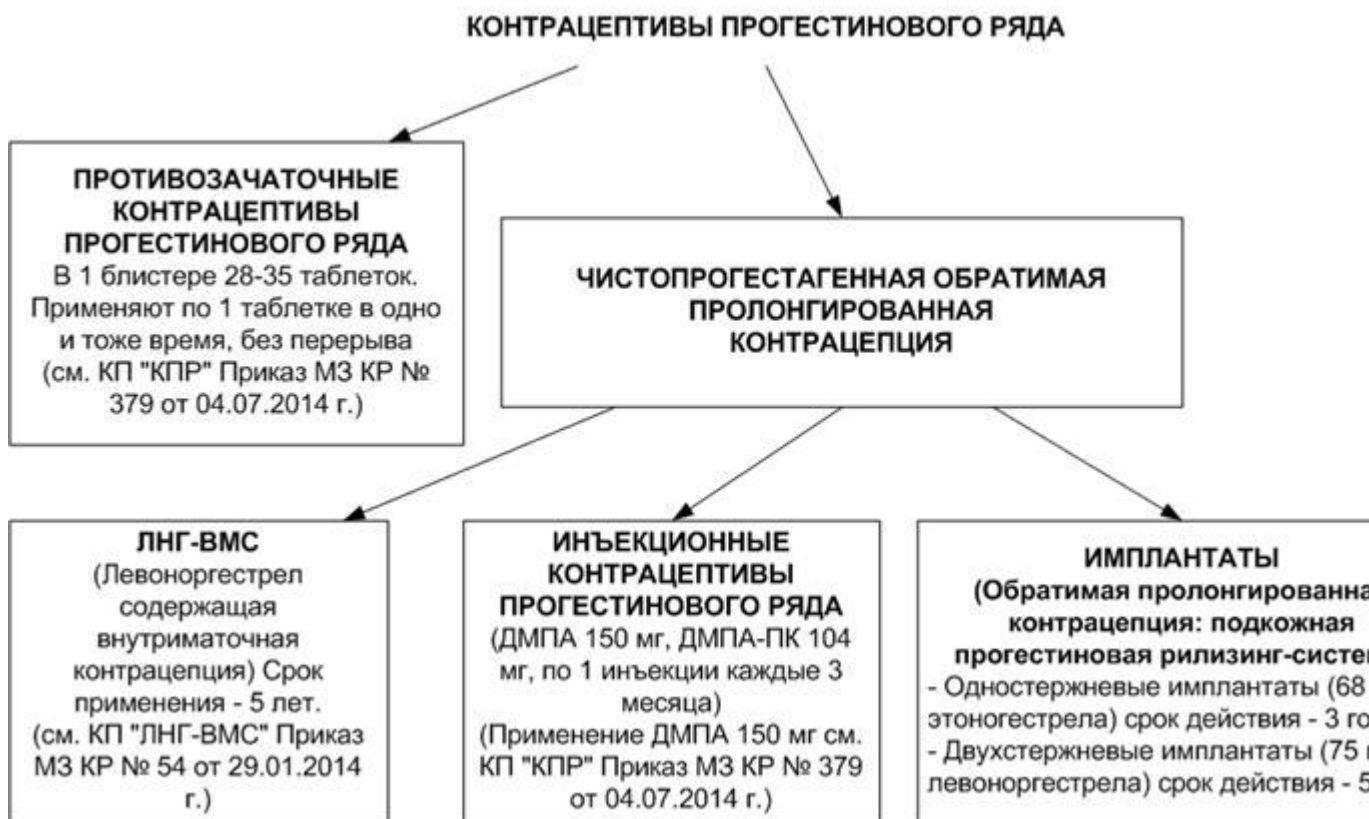
В 2018 году в рамках проекта SWAP приобретены долгосрочные внутриматочные контрацептивы для ЖРВ из медико-социальной группы риска. За счет бюджетных средств закупки КС (комбинированные оральные контрацептивы) в небольшом объеме стали осуществляться

также с 2018 года. Страна планирует осуществлять закупки долгосрочных гормональных методов контрацепции таких как имплантаты и инъекционные формы прогестинов.

В мировой практике долгосрочные гормональные методы контрацепции зарекомендовали себя как эффективные, с минимальным количеством побочных эффектов, наличием дополнительных неконтрацептивных лечебных свойств.

У провайдеров услуг нет опыта применения долгосрочных гормональных методов, в связи с чем возникла необходимость разработки клинического руководства по использованию гормональных имплантатов и внесению дополнений к клиническому протоколу "Контрацептивы прогестинового ряда" в раздел "Инъекционные контрацептивы прогестинового ряда" с учетом применения нового препарата с меньшей дозировкой ДМПА 104 мг. Кроме того, вышеуказанные КС внесены и Перечень ВОЗ как жизненно важные контрацептивные средства от 2017 года.

Краткий обзор



Контрацептивы прогестинового ряда - группа препаратов, в составе которых содержится прогестин (искусственный аналог естественного гормона прогестерона).

В КР зарегистрированы таблетки для орального применения ("мини-пили"), каждая таблетка содержит 300-500 мкг прогестина. Эффективность при правильном применении в течение первого года составляет почти 100%. Применяют ежедневно, орально, по 1 таблетке в сутки, в течение 28-35 дней, без паузы; по окончании одной упаковки начинают прием следующей. Продолжительность времени приема КПР регулируется клиенткой/парой. Обладают рядом лечебных неконтрацептивных эффектов.

Можно использовать в качестве средства для неотложной контрацепции. Таблетки, содержащие 750-1500 мкг левоноргестрела, применяют только в качестве средства для неотложной контрацепции.

Левоноргестрел-содержащее внутриматочное средство контрацепции (ЛНГ-ВМС) вводится в полость матки сроком на 5 лет. Это высокоэффективный метод, обладающий рядом неконтрацептивных свойств.

Контрацептивы прогестиновые инъекционные в виде суспензии содержат 150 мг медроксипрогестерона ацетат (МОПАПД). Это высокоэффективные противозачаточные средства, которые применяются 1 раз в 3 месяца (плюс-минус 4 недели). Для введения препарата требуется обученный медработник. Дополнительно, обладают рядом неконтрацептивных свойств. Продолжительность времени использования регулируется клиенткой/парой.

Препарат с содержанием 104 мг ДМПА предназначен для подкожных инъекций. Дополнительно обладает рядом лечебных неконтрацептивных свойств. Возможно ведение самой клиенткой. Продолжительность времени использования регулируется клиенткой/парой.

Имплантаты представляют собой пластиковые капсулы (в количестве 1-2 в зависимости от торгового производителя), содержащие гестаген. Вводятся подкожно на 3-7 лет (в зависимости от торгового производителя). Дополнительно обладают рядом неконтрацептивных свойств. Для вживления и удаления имплантата требуется специально обученный медицинский работник.

"Имплантаты (обратимая пролонгированная контрацепция: подкожная прогестиновая рилизинг-система)"

Шифр МКБ-10 - Z30 - Наблюдение за применением противозачаточных средств

Определение

Имплантаты представляют собой небольшие гибкие стержни или капсулы размером со спичку, вживляемые под кожу верхней части плеча и высвобождающие в кровь прогестин - искусственный аналог естественного гормона прогестерона.

Имплантаты не содержат эстрогена, и соответственно, могут применяться кормящими матерями, а также женщинами, для которых эстрогены противопоказаны [8, 9].

Разновидности имплантатов

- Одностержневые имплантаты (в том числе с автоматическими аппликаторами), срок действия - 3 года. Стержень содержит 68 мг этоноргестрела (биологически активного метаболита дезогестрела - прогестагена), длина его - от 3,8 до 4,2 см, диаметр от 1,95 до 2,05 мм.

- Двухстержневые имплантаты, срок действия - 5 лет. Каждый стержень содержит 75 мг левоноргестрела. Длина его - 43 мм, диаметр - 2,5 мм.

- Устанавливать одностержневой имплантат технически более просто, и он может быть обнаружен посредством рентген-исследования [3].

Механизм действия

Механизм действия имплантата основан на высвобождении гормона прогестагена в кровоток, который предотвращает выброс яйцеклетки каждый месяц (овуляцию). Гормон также сгущает цервикальную слизь, что затрудняет прохождение сперматозоидов через шейку матки, и утончает слизистую оболочку матки, так что оплодотворенная яйцеклетка с меньшей вероятностью сможет имплантироваться.

Эффективность применения имплантатов

Имплантаты являются высокоэффективными противозачаточными средствами.

Показатель эффективности составляет менее 1 случая незапланированной беременности на каждые 100 женщин, применяющих метод первый год (5 случаев на 10000 женщин). Это означает, что 9995 женщин из каждых 10000 женщин, пользующихся имплантатом, достигнут желаемого результата (предохранение от беременности), то есть эффективность составляет более 99%. Незначительный риск наступления незапланированной беременности продолжает сохраняться и по истечении первого года - вплоть до отказа от дальнейшего пользования имплантатами [3, 8, 9].

Преимущества применения имплантатов [9]

- Обеспечивается длительный, в течение 3-7 лет, контрацептивный эффект, в зависимости от вида имплантата.
- Использование высокорентабельно и экономично. Нет необходимости частого посещения аптеки для пополнения запасов.
- Действие обратимо, характеризуется быстрым восстановлением фертильности после удаления.
- Применение не зависит от полового акта, мотивации женщин и соблюдения режима приема.
- Возможно применение для женщин, которые не могут использовать контрацептивы с содержанием эстрогена.
- Дисменорея и боль при овуляции, которая не может быть объяснена какой-либо патологией, может быть облегчена гормональными методами контрацепции, за счет подавления овуляции.
- Имплантат можно извлечь в любое время по желанию клиентки, а также при появлении побочных эффектов [3].
- Не увеличивает риск внематочной беременности.
- Не существует известных рисков для здоровья.

Основные недостатки имплантатов [9]

- Назначить, установить и удалить систему может только врач или специально обученный медицинский персонал (возможно неправильное введение имплантата, например, в кровеносное русло).
- Женщина не может самостоятельно прекратить метод.
- Подкожные имплантаты не защищают от инфекций, передаваемых половым путем.
- Эффективность снижается при одновременном приеме некоторых антидепрессантов (зверобой), противосудорожных (барбитураты, карбамазепин, окскарбазепин, фенитоин, примидон, топирамат) противотуберкулезных (рифампицин, рифабутин), антиретровирусных препаратов.
- Инфицирование в месте инъекций, чаще в течение 2-х месяцев после введения.
- Остается, пусть небольшой и малозаметный, но все-таки шрам после установки и удаления капсул.
- Трудности с удалением имплантата (редко).
- Экспульсия имплантата в течение первых 4 месяцев после введения (редко).
- Менструации могут стать более длительными и нерегулярными (изменение менструального цикла в большинстве случаев не представляет угрозы; но, если это проблема беспокоит пациентку, то качественное консультирование часто оказывается эффективным) [3, 8, 9].
- Могут сохраняться постоянные мажущие выделения. Возможные побочные эффекты: изменение настроения, чувство тошноты, акне (улучшение или ухудшение), головная боль, изменение веса [3, 8, 9].

Медицинские критерии допустимости применения имплантата [1, 3, 4]

Категория 1. Состояние, при котором нет никаких противопоказаний к использованию данного метода контрацепции. Метод может использоваться при любых обстоятельствах.

Персональные характеристики и репродуктивный анамнез

- Любой возраст.
- Возраст от менархе до 18 лет и ИМТ ≥ 30 кг/м².
- ИМТ ≥ 30 кг/м².
- Курение, независимо от возраста и количества выкуриваемых сигарет.

- Ранее не рожавшие и рожавшие.

- Послеродовой период (при грудном вскармливании) > 30 дней с наличием и без одного фактора риска для тромбоэмболических осложнений (например, возраст ≥ 35 лет, тромбоэмболические осложнения в анамнезе, тромбофилия, длительная иммобилизация, гемотрансфузия в родах, кардиомиопатия, ИМТ ≥ 30 кг/м², послеродовое кровотечение, кесарево сечение, преэклампсия или курение).

- Послеродовой период (при отсутствии грудного вскармливания) в любое время после родов без или с одним из факторов риска на тромбоэмболические осложнения (см. выше).

- Послеабортный период (первый и второй триместр, сразу после септического аборта).

- После внематочной беременности.

Сердечно-сосудистые заболевания

- Высокое артериальное давление во время беременности (когда измеряемое в настоящее время артериальное давление находится в норме).

- Адекватно контролируемая гипертензия, когда артериальное давление МОЖНО измерить.

- Повышенное артериальное давление (правильно измеренное): систолическое 140-159 или диастолическое 90-99 мм рт.ст.

- Семейный анамнез тромбоза глубоких вен/легочная эмболия (у ближайших родственников).

- Заболевания поверхностных вен: варикозное расширение и тромбофлебит.

- Поражение клапанов сердца с осложнениями и без осложнений (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе).

- Кардиомиопатия без или с нарушением функции (ФК 1 или 2).

Ревматические болезни

- Ревматоидный артрит на фоне и без иммуносупрессивной терапии (кортикостероиды).

Хирургические вмешательства

- Хирургическое вмешательство на органах ЖКТ в анамнезе.

- Малая хирургия без длительной иммобилизации.

- Радикальная хирургия без длительной иммобилизации.

Неврологические состояния

- Головные боли немигренозные.

- Мигрень без ауры и с аурой, включая мигрень, связанную с менструацией.

- Эпилепсия.

- Рассеянный склероз.

Депрессивные расстройства

Инфекции и расстройства полового тракта

- Эндометриоз.

- Доброкачественные опухоли яичника, включая кисты.

- Выраженная дисменорея.

- Гестационная трофобластическая болезнь.

- Цервикальный эктропион.

- Гиперплазия эндометрия.

- Доброкачественное заболевание молочной железы.

- Семейный анамнез рака молочной железы.

- Рак эндометрия.

- Рак яичников.
- Фибромиома матки.
- ВЗОМТ в анамнезе и в настоящее время.
- ИППП (за исключением ВИЧ и гепатита), высокий риск ИППП, ВИЧ/СПИД.
- ВИЧ (высокий риск ВИЧ-инфицирования, ВИЧ-позитивные).

Другие инфекции

- Шистосомоз без осложнений или с фиброзным поражением печени.
- Туберкулез нетазовый и установленный тазовый.
- Малярия.

Эндокринные заболевания

- Сахарный диабет во время беременности.
- Нарушения функции щитовидной железы (простой зоб, гипертиреоз, гипотиреоз).

Желудочно-кишечные заболевания

- Заболевания желудочно-кишечного тракта: воспалительное заболевание кишечника (язвенный колит или болезнь Крона).
- Холестаз в анамнезе, связанный с беременностью.
- Вирусный гепатит острый, хронический, носительство.
- Цирроз компенсированный.
- Муковисцидоз.

Анемии

- Анемия (железодефицитная, серповидно-клеточная, талассемия: в анамнезе или на данный момент).

Лекарственные взаимодействия

- АРВТ:
- НИОТ: Абакавир (ABC), Тенофовир (TDF), Зидовудин (AZT), Ламивудин (3TC), Диданозин (DDI), Эмтрицитабин, (FTC), Ставудин;
- ННИОТ: Этравирин (ETR), Нейрапин (NVP), Рилпивирин (RPV);
- ИП, усиленные Ритонавиром (RTV): Лопинавир, усиленный ритонавиром (LPV/r);
- ИП без Ритонавира (RTV): Атазанавир (ATV); Индинавир (IDV);
- Антагонисты корцептора CCR5: Маравирик (MVC);
- Ингибиторы слияния: Энфувиртид;
- Ингибиторы интегразы: Ралтегравир (RAL); Долутегравир (DTG); Элвитегравир (HVG).
- Противосудорожная терапия (ламотригин).
- Прием антибиотиков (широкого спектра действия), противогрибковых, противопаразитарных препаратов.

- Психотропные препараты: селективные ингибиторы обратного захвата серотонина.

Категория 2. Состояние, при котором ожидаемая польза от применения данного метода контрацепции в целом превосходит терапевтические или доказанные риски.

Персональные характеристики и репродуктивный анамнез

- Возраст от менархе до 18 лет.
- Послеродовой период (при грудном вскармливании) < 30 дней с наличием и без факторов риска для тромбозных осложнений (например, возраст \geq 35 лет, тромбозные осложнения в анамнезе, тромбофилия, длительная иммобилизация, гемотрансфузия в родах,

кардиомиопатия, ИМТ ≥ 30 кг/м², послеродовое кровотечение, кесарево сечение, преэклампсия или курение).

Сердечно-сосудистые заболевания

- В анамнезе гипертензия, при которой артериальное давление НЕ МОЖЕТ быть измерено (включая гипертензию во время беременности).

- Множественные факторы риска развития артериальных сердечно-сосудистых заболеваний: более старший возраст, курение, диабет, гипертония, низкий уровень ЛПВП, высокий уровень ЛПНП или высокий уровень триглицеридов.

- Повышенное артериальное давление (правильно измеренное) систолическое > 160 или диастолическое > 100 .

- Тромбоз глубоких вен/легочная эмболия (ТГВ/ЛЭ):

а) в анамнезе без антикоагулянтной терапии:

- с более высоким риском рецидивов (один или несколько факторов риска: эстроген-ассоциированные состояния, ТГВ/ЛЭ связанный с беременностью, идиопатический, известные тромбофилии, в том числе антифосфолипидный синдром, активный рак (метастатический, прием терапия или в течение 6 месяцев после клинической ремиссии), исключая немеланомный рак кожи, частые рецидивы ТГВ/ЛЭ;

- с низким риском рецидива ТГВ/ЛЭ (без факторов риска).

б) Тромбоз глубоких вен/легочная эмболия (ТГВ/ЛЭ) на терапии антикоагулянтами в течение не менее 3-х месяцев.

в) Радикальная хирургия с длительной иммобилизацией.

- Выявленные тромбогенные мутации.

- Ишемическая болезнь сердца в настоящее время или в анамнезе (инициация).

- Кардиомиопатия вследствие беременности с нарушением сердечной функции (ФК 3 или 4).

- Инсульт в анамнезе (инициация).

Ревматические болезни

- Системная красная волчанка с тяжелой тромбоцитопенией.

- Системная красная волчанка с иммуносупрессивной терапией.

Хирургические вмешательства

- Трансплантация органа.

Инфекции и расстройства полового тракта

- Нерегулярные менструации без большой кровопотери.

- Обильные или длительные кровотечения (включая регулярные и нерегулярные).

- Цервикальная интраэпителиальная неоплазия или цервикальная дисплазия.

- Рак шейки матки (в ожидании лечения).

- Недиагностированное образование молочной железы.

Эндокринные заболевания

- Сахарный диабет без поражения сосудов инсулинонезависимый и инсулинозависимый.

- Сахарный диабет с нефропатией/ретинопатией/нейропатией, другими сосудистыми осложнениями или диабет продолжительностью > 20 лет.

Желудочно-кишечные заболевания

- Заболевания желчного пузыря с клиническими симптомами (после холецистэктомии, после медикаментозного лечения, в настоящее время), бессимптомные.

- Холестаз в анамнезе, связанный с применением КОК.

- Фокальная очаговая гиперплазия печени.

Лекарственные взаимодействия

- Прием рифампицина или рифабутина.
- Противосудорожная терапия (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин).
- Психотропные препараты: препараты зверобоя.
- АРВТ:
- ННИОТ: Эфавиренц (EFV);
- ИП, усиленные Ритонавиром (RTV): Атазанавир, усиленный ритонавиром (ATV/r); Лопинавир, усиленный ритонавиром (LPV/r); Дарунавир, усиленный ритонавиром (DRV/r); Фозампренавир, усиленный ритонавиром (FPV/r); Саквинавир, усиленный ритонавиром (SQV/r); Типранавир, усиленный ритонавиром (TPV/r);
- ИП без Ритонавира (RTV): Фосампренавир (FPV); Нелфинавир (NFV).

Категория 3. Состояние, при котором теоретические или доказанные риски в целом превосходят ожидаемую пользу от применения данного метода контрацепции.

Сердечно-сосудистые заболевания

- Тромбоз глубоких вен/легочная эмболия в настоящее время.
- Ишемическая болезнь сердца в настоящее время или в анамнезе (продолжение(*)).
- Инсульт на фоне использования имплантата.

Инфекции и расстройства полового тракта

- Необъяснимые вагинальные кровотечения до обследования.
- Рак молочной железы в прошлом и без рецидивов в последние 5 лет.

Желудочно-кишечные заболевания

- Цирроз печени острый и декомпенсированный.
- Доброкачественная опухоль печени (гепатоцеллюлярная аденома).
- Злокачественная опухоль печени (гепатома).

Ревматические заболевания

- Системная красная волчанка с положительными антифосфолипидными антителами.

Категория 4. Состояние, при котором использование данного метода контрацепции абсолютно противопоказано.

- Рак молочной железы в настоящее время.

Когда допускается приступать к применению метода [3, 7, 8, 9]?

ВНИМАНИЕ: При желании, к применению имплантатов допускается приступать в любое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. При этом, дополнительных обследований перед назначением имплантата не требуется.

Ситуация	Когда рекомендуется приступать к применению метода?
Наличие регулярного менструального цикла	Имплантат может быть вживлен в течение 7 дней (5 дней, если речь идет об одностержневом имплантате, содержащем 68 мг этоноргестрела, в т.ч. с автоматическими аппликаторами) после начала менструального кровотечения. Вспомогательный метод контрацепции не требуется
	После 7-го дня менструального цикла - имплантат может быть вживлен в любое время, если имеются достаточные

	<p>основания полагать, что женщина не беременна.</p> <p>Вспомогательный метод контрацепции - требуется в течение последующих 7 дней</p>
Отказ от ВМС в пользу имплантата	Имплантат может быть вживлен без промежуточных пауз
Отказ от другого гормонального метода контрацепции в пользу имплантата	<p>Без промежуточных пауз, при условии, что женщина неукоснительно и правильно применяла предыдущий метод контрацепции, либо если имеются достаточные основания полагать, что она не беременна.</p> <p>Вспомогательный метод контрацепции не требуется</p>
	<p>Если предыдущий метод предусматривал применение инъекционного контрацептива, имплантат может быть вживлен в тот день, когда женщина должна была получить очередную инъекцию.</p> <p>Вспомогательный метод контрацепции не требуется</p>
После приема таблеток для неотложной контрацепции (ТНК)	Имплантат может быть вживлен в течение 7 дней (5 дней, если речь идет об имплантате марки "Implanon") после начала очередного менструального цикла, или в любое другое время при наличии достаточной уверенности в том, что женщина не беременна
Менструальный цикл отсутствует (вне связи с рождением ребенка или грудным вскармливанием: частично и исключительно грудным вскармливанием)	<p>Имплантат может быть вживлен в любое время при наличии достаточной уверенности в том, что женщина не беременна.</p> <p>Вспомогательный метод контрацепции - требуется в течение последующих 7 дней</p>
Состояние после искусственного или самопроизвольного аборта	<p>Имплантат может быть вживлен в течение 7 дней после аборта (в I или II триместре беременности).</p> <p>Вспомогательный метод контрацепции не требуется.</p>
	<p>Через 7 дней после аборта (в I или II триместре беременности) - имплантат может быть вживлен в любое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна.</p> <p>Вспомогательный метод контрацепции - требуется в течение последующих 7 дней.</p>
Послеродовой период. Ребенок находится полностью или почти полностью на грудном вскармливании	<p>Послеродовой период < 30 дней.</p> <p>С наличием или без одного фактора риска на ТЭО* Категория 2.</p>
	<p>Послеродовой период > 30 дней.</p> <p>С наличием или без одного фактора риска на ТЭО* Категория 2.</p> <p>- Менструальный цикл еще не восстановлен - имплантат может быть вживлен в любое время при наличии достаточной уверенности в том, что женщина не беременна.</p> <p>Вспомогательный метод контрацепции - требуется в течение последующих 7 дней.</p> <p>Менструальный цикл восстановился - рекомендации как при регулярном менструальном цикле (см. выше)</p>
Послеродовой период.	Имплантат может быть вживлен в любое время после родов, без или с одним из факторов риска на ТЭО* -

Ребенок находится на искусственном вскармливании	Категория 1. Послеродовый период < 21 дня. Имплантат может быть вживлен в любое время. Вспомогательный метод контрацепции - не требуется.
	Послеродовый период > 21 дня. Менструальный цикл еще не восстановился - имплантат может быть вживлен в любое время при наличии достаточной уверенности в том, что женщина не беременна. Вспомогательный метод контрацепции - требуется в течение последующих 7 дней. Менструальный цикл восстановился - рекомендации как при регулярном менструальном цикле (см. выше)

(*) Факторы риска на ТЭО. Например, возраст ≥ 35 лет, тромбоемболические осложнения в анамнезе, тромбофилия, длительная иммобилизация, гемотрансфузия в родах, кардиомиопатия, ИМТ ≥ 30 кг/м², послеродовое кровотечение, кесарево сечение, преэклампсия или курение.

Обследования, проводимые в плановом порядке перед началом применения метода [1, 3, 8]

1. Сбор анамнеза.
2. Измерение артериального давления.
3. Оценка риска заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, включая ВИЧ/ВГВ/ВГС и проведение консультирования о двойном методе контрацепции (применение презерватива).
4. Других дополнительных обследований перед назначением имплантата не требуется.
5. Предоставление информации о процедуре введения и удаления имплантата, о побочных эффектах, о тревожных признаках и случаях, при которых необходимо обратиться к медицинскому работнику/

Необходимый перечень оснащения для введения имплантата [1, 2, 9]

Медицинский инвентарь	Медицинские инструменты, ИМН	Медикаменты, дезинфицирующие средства, другое
1. Кушетка. 2. Осветительный прибор/лампа. 3. Манипуляционный столик. 4. Стул. 5. Емкость для отходов. 6. Емкость для обеззараживания инструментов с дезинфицирующим раствором (применяемым в данной ОЗ)	1. Стерильная пленка или простыня. 2. Стерильные перчатки. 3. Стерильные ватные тампоны, пропитанные антисептиком. 4. Стерильный пинцет или зажим. 5. Имплантат. 6. Стерильный шприц	1. Лидокаин 1% - 2 мл или любой анестезирующий аэрозоль без адреналина. 2. Антисептик для рук (применяемый в данной ОЗ). 3. Жидкое мыло. 4. Одноразовое полотенце. 5. Шариковая ручка или водостойкий маркер. Медицинская документация: 1. Медицинская карта амбулаторного/стационарного

	(5 или 10 мл) и игла длиной 5 см. 7. Эластический бинт. 8. Стерильный лоток. 9. Лейкопластырь или марля с хирургической лентой.	больного. 2. Информированное согласие. 3. Памятка для пациента
--	--	--

Рекомендации по предотвращению инфекционных и других осложнений при введении и удалении имплантатов [1, 2, 3, 6]

1. Введение и удаление имплантата необходимо выполнять в асептических условиях обученным персоналом.

2. Строго соблюдать требования по инфекционному контролю (обработка рук, применение средств индивидуальной защиты, при обработке кожи стерильным ватным тампоном, пропитанным антисептиком, использовать стерильный пинцет или зажим) во избежание инфицирования.

3. Для каждого клиента необходимо использовать новую пару перчаток, чтобы избежать перекрестного загрязнения. Не используйте перчатки с тальком, во избежание образования рубца (фиброзная реакция).

4. До начала процедуры клиентка, должна вымыть всю руку тщательно с мылом и водой, хорошо промыв под проточной водой. Необходимо убедиться, что все следы мыла удалены, поскольку остаточное мыло снижает эффективность некоторых антисептиков. Этот шаг особенно важен, в случае несоблюдения личной гигиены клиентом.

5. Уточните, нет ли у клиента аллергии на местный антисептик и местный анестетик, который будет использован при введении имплантата.

6. Также, убедитесь, что имплантаты упакованы, опечатаны, и стерильность их не нарушена. Двух-стержневые имплантаты упакованы в стерильные мешочки, и их одноразовые троакары упакованы в отдельной стерильной упаковке, предназначенной для одноразового использования. Одно-стержневые имплантаты предварительно загружены в троакар, и, таким образом, упакованы вместе.

В итоге:

- Двух-стержневые имплантаты: два пакета.

- Одно-стержневые имплантаты: один пакет.

Введение имплантата

Введение имплантата необходимо выполнять в асептических условиях обученным персоналом. Процедура введения имплантата опытным медицинским работником в среднем занимает 1-2 минуты для одно-стержневого и 3-5 минут - для двух-стержневого имплантата. Рекомендуется, чтобы медицинский работник находился в положении сидя в течение всей процедуры введения так, чтобы он мог отчетливо видеть место введения и перемещение иглы под кожей.

ПОМНИТЕ! Имплантат должен быть введен правильно - подкожно, в этом случае его удаление будет без затруднений и проблем.

Большинство проблем, связанных с удалением, было связано с неправильным или небрежным введением. Поэтому, выполнять эти процедуры должны только обученные и владеющие техникой правильного введения и удаления имплантатов медицинские работники.

Техника введения двух-стержневого имплантата

(рисунок)	Оптимальное положение пациентки: лежа на спине, предплечье поднято к голове, недоминантная рука супинирована, согнута в локте или прямая, так как удобно медицинскому работнику
(рисунок)	Место введения - на внутренней стороне плеча, на 8-10 см выше медиального надмыщелка плечевой кости - отметьте водостойким маркером. Вторую отметку поставьте на несколько сантиметров проксимальнее по отношению к первой: во время установки она будет служить направляющей. Имплантат следует вводить непосредственно под кожу, чтобы не травмировать крупные сосуды и нервы, расположенные глубже в борозде между двуглавой и трехглавой мышцами
(рисунок)	<p>Подготовьте стерильный столик со стерильными инструментами.</p> <p>Осторожно откройте стерильную упаковку с имплантатами (2 стержня) и аккуратно выложите их на отдельный стерильный лоток/чашу.</p> <p>Примечание:</p> <p>Необходимо, чтобы стержни не касались стерильной ваты или марли, т.к. в случае попадания мелких частиц хлопка в стержни, высока вероятность образования спаек или рубцов в последующем.</p> <p>Если стержень падает на пол, он загрязнен. Необходимо открыть новый пакет и продолжить процедуру.</p> <p>Никогда не пытайтесь дезинфицировать и стерилизовать загрязненные стержни!</p>
(рисунок)	<p>Двукратно обработайте область предполагаемого надреза, с помощью пинцета и ватного или марлевого тампона, пропитанным антисептиком. Начинайте протирание в месте введения, двигаясь круговыми движениями наружу на 8-13 см.</p> <p>После накройте руку стерильной пленкой чуть ниже области введения имплантата.</p>
(рисунок)	<p>Для местной анестезии используйте 2 мл местного анестетика (Н: 1% раствора лидокаина).</p> <p>Введите иглу под кожу в месте разреза (точка ближе к локтю).</p> <p>Введите небольшое количество анестетика, чтобы образовался волдырь, затем, не снимая иглу, осторожно продвигайте ее под кожу примерно на 4-5 см, где будут введены два стержня. Это поднимет кожу вверх от основной мягкой ткани.</p> <p>Оттяните поршень шприца назад, чтобы убедиться, что игла не находится в кровеносном сосуде. По ходу выведения иглы медленно введите 1 мл местного анестетика.</p> <p>Примечание: Для того, чтобы предотвратить локальную токсичность анестетика, общая доза местного анестетика не должна превышать 10 мл (10 г/л) - 1% эpineфрина</p>
	Слегка надавите кончиком пинцета на участок предполагаемого разреза, чтобы убедиться в том, что анестетик начал действовать. При необходимости подождите еще 2 минуты и повторно протестируйте на чувствительность. Сделайте на коже небольшой надрез 4 мм
(рисунок)	<p>Одноразовый троакар имеет 2 кольцевые метки и поршень. Первая, ближайшая к кончику троакара метка используется в качестве маркера для ориентира уровня нахождения троакара под кожей после введения каждого стержня.</p> <p>Вторая метка, которая находится ближе к ступице, указывает на то, как далеко следует вводить троакар перед введением каждого стержня в троакар.</p> <p>Используйте одноразовый троакар с фаской на конце, обращенном вверх, и, используя мягкое давление, введите стержень непосредственно под кожу.</p>
(рисунок)	<p>Вставьте троакар и поршень через разрез под небольшим углом около 20-30 градусов от поверхности кожи, скошенным кончиком троакара лицевой стороной вверх.</p> <p>Перемещайте троакар вперед, до его погружения под дерму (2-3 мм за конец скоса) до</p>

	1 метки. Никогда насильно не вводите троакары. Если вы чувствуете сопротивление, попробуйте другой угол введения
(рисунок)	<p>После чего троакар наклоните вверх, параллельно поверхности кожи. Медленно и плавно продвигайте троакар и поршень в направлении к одной из меток на коже, которые были нанесены ранее.</p> <p>Троакар при пальпации должен ощущаться пальцем, и при правильном его подкожном введении (неглубокое введение) он будет легко двигаться.</p> <p>Примечание: Для того, чтобы избежать загрязнения троакара при использовании, старайтесь не прикасаться к нему, особенно к той части, которая вводится под кожу.</p> <p>Помните! Очень важно, чтобы стержни были размещены подкожно.</p> <p>Глубокое размещение сделает удаление гораздо более трудным и может повредить кровеносные сосуды или нервные окончания</p>
(рисунок)	<p>Когда троакар был введен до отметки для первого стержня, выньте поршень из троакара.</p> <p>Вставьте первый стержень в троакар. Для этого используйте пинцет, либо большим и указательным пальцами одной руки вставьте стержень в троакар. Другой рукой придерживайте троакар, чтобы поймать стержень в случае его выпадения.</p> <p>Вставьте стержень в троакар, после чего вставьте поршень.</p> <p>Примечание: если стержень подобран вручную, убедитесь, что перчатки свободны от талька</p>
(рисунок)	<p>Используйте поршень осторожно для продвижения вперед стержня по направлению к кончику троакара, пока не почувствуете сопротивление, но никогда не вводите насильно. Поршень используется только для стабилизации стержня, при снятии троакара (сопротивление должно чувствоваться, когда поршень вставлен на полпути в троакар). Поскольку стержни являются мягкими, они будут гнуться, если поршень вводить под сильным давлением.</p> <p>Удерживайте поршень плотно, с одной стороны, чтобы стабилизировать его. НИКОГДА не давите на плунжер. Убедитесь, что троакар еще вставлен до нужной отметки. Затем, большим и указательным пальцами снимите троакар обратно в направлении разреза.</p> <p>Важно, чтобы поршень только придерживал стержень и не выталкивал в ткань дальше от метки</p>
(рисунок)	<p>Когда ступица троакара коснется ручки плунжера, должна быть видна в разрезе вторая метка троакара ближе к кончику, и стержень должен теперь лежать под кожей, вне троакара.</p> <p>Примечание: чтобы свести к минимуму травмы тканей, уменьшить вероятность заражения, а также сократить время введения, не удаляйте троакар из разреза (до первой метки троакара)</p>
(рисунок)	Без полного удаления троакара, переместите кончик троакара в боковом направлении от конца первого стержня, чтобы быть уверенным, что конец полностью свободен
(рисунок)	Затем, поверните троакар на 15°, формируя форму "V", как обозначено на руке. Далее, зафиксируйте положение первого стержня, поместив указательный палец свободной руки над его концом. Затем медленно продвигайте троакар вдоль стороны этого пальца по направлению к ранее обозначенной маркером второй отметке, обеспечивая подходящее расстояние между стержнями (2-3 мм)
	При достижении второй отметки, загрузите второй стержень в троакар и используйте ту же технику, что была применена при введении первого стержня.
Пропальпируйте концы стержней, чтобы убедиться, что стержни установлены правильно. Концы стержней должны находиться от края разреза кожи на 5 мм, в этом случае риск самопроизвольного изгнания стержней будет минимальным	
Осторожно снимите троакар и надавите пальцем на разрез кожи в течение минуты или около того,	

чтобы остановить кровотечение. Удалить пеленку
Очистите область вокруг места введения имплантата ватным или марлевым тампоном, пропитанным антисептиком.
Сведите края разреза вместе, закройте рану с помощью хирургической ленты. Швы не нужны, они могут увеличить рубцевание. Проверьте, нет ли кровотечения. Накройте область введения имплантата сухим стерильным марлевым тампоном, слегка надавите, облекая рукой, чтобы убедиться, что нет кровотечения и свести к минимуму кровоподтеки

Техника введения одно-стержневого имплантата с помощью специального аппликатора [1, 2, 3]

(рисунок)	Оптимальное положение пациентки: лежа на спине, недоминантная рука супинирована, согнута в локте, предплечье поднято к голове. Такое положение не только максимально удобно для внедрения имплантата, но и позволяет контролировать наиболее важное условие - введение препарата непосредственно под кожу (слишком глубокая имплантация может осложниться парестезией)
(рисунок)	Место введения - на внутренней стороне плеча, на 8-10 см выше медиального надмыщелка плечевой кости - отмечают маркером. Вторую отметку поставьте на несколько сантиметров проксимальнее по отношению к первой: во время установки она будет служить направляющей. Имплантат следует вводить непосредственно под кожу, чтобы не травмировать крупные сосуды и нервы, расположенные глубже в борозде между двуглавой и трехглавой мышцами
(рисунок)	Из блистера извлеките стерильный одноразовый аппликатор. Держа его в области текстурированной поверхности, удалите прозрачный защитный колпачок с иглы (посмотрев на ее наконечник, можно увидеть белый имплантат внутри). Если колпачок легко не удаляется, данный аппликатор использовать не следует. Нельзя дотрагиваться до пурпурного слайдера до тех пор, пока игла полностью не введена подкожно, поскольку это приведет к втягиванию иглы и преждевременному высвобождению имплантата из аппликатора.
Обработайте место введения антисептическим раствором. Выполните локальную анестезию (например, используя анестезирующий аэрозоль или инъекцию 2 мл 1% лидокаина непосредственно под кожу вдоль планируемого канала введения). Извлеките из блистера стерильный одноразовый аппликатор, в котором находится имплантат. Аппликатор нельзя использовать, если есть сомнения в его стерильности.	
(рисунок)	Большим и указательным пальцами свободной руки растяните кожу над местом введения.
(рисунок)	Наконечником иглы, расположенной приблизительно под углом в 30 °, проколите кожу
(рисунок)	Аппликатор опустите в горизонтальное положение. Поднимая кожу наконечником иглы, плавно введите иглу на всю ее длину, при этом не следует оказывать давление с чрезмерной силой. Движение иглы удобнее наблюдать со стороны, сидя, а не сверху
В процессе введения иглы можно почувствовать небольшое сопротивление, однако не следует оказывать давление с чрезмерной силой.	
(рисунок)	Удерживая аппликатор в том же положении (это можно делать свободной рукой), разблокируйте слайдер, слегка надавив на него вниз, и перемещайте назад до тех пор, пока он не остановится, - после этого аппликатор можно снять. Если аппликатор не удерживать в неизменном положении во время процедуры, или слайдер не полностью перемещен назад, имплантат не будет введен правильно
(рисунок)	После введения пропальпируйте имплантат (стержень длиной 4 см) под кожей плеча. После окончания процедуры заполните карточку пользователя и передайте ее

женщине, а также сделайте запись на стикерах, прикрепляя их к медицинской карте пациентки

Рекомендации клиентке после процедуры введения имплантата [1, 2, 3]

- Предоставить информацию о типе имплантата, дате удаления или замены имплантата, куда обратится в случае осложнений. Предоставьте клиенту памятку.
 - Держать область места введения имплантата сухой и чистой, по крайней мере 48 часов.
 - Оставить марлевую повязку на 48 часов, прикрыть пластырем или хирургической лентой, пока не заживут насечки (обычно 3-5 дней).
 - В течение нескольких дней может сохраняться гематома, отек или болезненность в месте введения.
 - При боли необходимо применить ибупрофен (200-400 мг), парацетамол (325-1000 мг) или другой обезболивающий препарат).
 - Избегать нагрузки на руку, в которую был введен имплантат.
- Состояния, при которых необходимо немедленно обратиться к врачу за консультацией:
- не прекращающаяся боль после введения или удаления имплантата;
 - покраснение, болезненность, локальное повышение температуры и гнойные выделения с места введения имплантата;
 - сильная пульсирующая головная боль, сопровождающаяся тошнотой, рвотой и повышением чувствительности к свету, нарушением функции зрения, осязания, речи;
 - сильная боль внизу живота (могут быть признаком внематочной беременности);
 - появление кровотечения неясной причины;
 - боли в нижних конечностях, сопровождающиеся отеком или покраснением кожи;
 - боль за грудиной, одышка, холодный пот;
 - желтуха;
 - подозрение на беременность.

Побочные эффекты, осложнения и решение проблем, связанных с применением метода [1, 2, 3, 8, 9]

Побочные эффекты, осложнения	Меры устранения возможных проблем
Нерегулярные, обильные или затяжные кровотечения (количество теряемой крови в два раза превышает обычное, либо кровотечение длится более 8 дней)	<ul style="list-style-type: none"> - Наблюдаются у многих женщин, пользующихся имплантатами, и не приносят вреда здоровью. - Обычно становятся менее выраженными или полностью исчезают в течение одного года после вживления имплантатов. - Рекомендации: ибупрофен (по 800 мг 3 раза в день после еды в течение 5 дней) или мефенаминовая кислота (по 500 мг 3 раза в день после еды в течение 5 дней). - В случае отсутствия эффекта, назначьте комбинированные оральные контрацептивы (прогестин + левоноргестрел): по 1 таблетке в день в течение 21 дня, начиная с момента появления обильного кровотечения. - В случае отсутствия эффекта от применения КОК. имплантаты, возможно, должны быть удалены по медицинским причинам (чрезмерное кровотечение) или по желанию клиента.

<p>Отсутствие менструальных кровотечений</p>	<p>Успокойте женщину, объяснив ей, что в некоторых случаях использование имплантов приводит к постепенному прекращению менструальных кровотечений, и такое явление не приносит вреда здоровью. Нет никакой необходимости в ежемесячной потере крови. Исчезновение кровотечений в данном случае аналогично по своей природе отсутствию менструаций во время беременности. Детородная функция женщины при этом не нарушается. Кровь не накапливается в организме. Если у женщины нет менструации вскоре после введения имплантата, необходимо исключить беременность (может быть она была беременна во время инсталляции контрацептива). В случае подтверждения беременности удалите имплантат</p>
<p>Обычная головная боль (не мигреноподобная)</p>	<p>Аспирин (325-650 мг), ибупрофен (200-400 мг), парацетамол (325-1000 мг) или другой обезболивающий препарат. Любые головные боли, усиливающиеся либо учащающиеся при использовании имплантов, являются показанием для соответствующего обследования женщины</p>
<p>Болезненность молочных желез</p>	<p>Посоветуйте женщине носить поддерживающий бюстгальтер (как в течение дня, так и во время сна). Попробуйте назначить горячие или холодные компрессы. Попробуйте назначить аспирин (325-650 мг), ибупрофен (200-400 мг), парацетамол (325-1000 мг) или другой обезболивающий препарат</p>
<p>Боль после вживления или удаления имплантов</p>	<p>Проверьте, не слишком ли туго наложена повязка на руке. Наложите новую повязку и порекомендуйте женщине оберегать место вживления в течение нескольких дней. Назначьте аспирин (325-650 мг), ибупрофен (400-800 мг), парацетамол (325-1000 мг) или другой обезболивающий препарат</p>
<p>Инфицирование места вживления имплантов (покраснение, локальное повышение температуры, болезненность, гнойные выделения)</p>	<p>Не удаляйте имплантаты. Промойте инфицированный участок кожи водой с мылом или антисептиком. Назначьте 7-10-дневный курс лечения антибиотиками (в таблетках). В случае отсутствия эффекта от лечения следует удалить имплантаты. Инфицирование часто сопровождается полной или частичной экспульсией имплантата. Целесообразно информировать пациента о необходимости обращения к медицинскому работнику в случае экспульсии имплантата</p>
<p>Абсцесс (гнойный карман, образующийся под кожей вследствие инфекции)</p>	<p>Очистите кожу в районе абсцесса при помощи антисептика. Вскройте абсцесс и удалите гной. Обработайте рану. Назначьте 7-10-дневный курс лечения антибиотиками (в таблетках). При обнаружении признаков инфекции (повышенная температура, гиперемия, боль и гнойные выделения из раны) в момент повторного осмотра после лечения следует удалить имплантаты</p>

Сильная боль внизу живота	Следует исключить внематочную беременность или увеличение фолликула/кисты яичника. Фолликулярные образования и кисты яичника не нуждаются в лечении, за исключением случаев избыточного увеличения, перекручивания ножки или разрыва фолликула/кисты. Успокойте женщину, заверив ее, что симптомы исчезнут самостоятельно. Для того, чтобы убедиться в полном разрешении проблемы, желательно провести контрольный осмотр через 6 недель
Слабая боль в животе	Назначьте аспирин (325-650 мг), ибупрофен (200-400 мг), парацетамол (325-1000 мг) или другой обезболивающий препарат. Попробуйте назначить другие средства, имеющиеся в продаже
Угри	Если женщина хочет отказаться от дальнейшего применения имплантатов по причине появления угрей, она может перейти на КОК. В большинстве случаев проблема угрей снимается с началом приема КОК. Попробуйте назначить другие средства, имеющиеся в продаже
Изменение веса	Изучите диету, которой придерживается женщина, и дайте ей необходимые советы
Перепады настроения или нарушения либидо	Поинтересуйтесь, не произошли ли у женщины какие-либо изменения в личной жизни, которые могут влиять на ее настроение или либидо. При необходимости, окажите ей моральную поддержку. Женщины, подверженные резким перепадам настроения, включая тяжелую депрессию, должны направляться на консультацию к специалисту. Попробуйте назначить другие средства, имеющиеся в продаже
Отторжение (состояние, когда один или несколько имплантатов изгоняются из места вживления)	Случается редко. В большинстве случаев отторжение происходит в течение первых нескольких месяцев после вживления либо в результате инфицирования места вживления. При отсутствии признаков инфекции следует заменить отторгнутую капсулу или стержень, вживив новую капсулу/стержень через надрез, сделанный поблизости от сохранившихся капсул/стержней

Возникшие состояния, которые могут требовать смены метода [1, 2, 3]

Внимание: Причина возникновения таких состояний может действительно заключаться в применении метода, но может и не иметь к нему никакого отношения.

- Вагинальные кровотечения неясной этиологии (появление таких кровотечений может указывать на состояние, не связанное с ношением имплантатов).
- Мигренозные головные боли.
- Тяжелые заболевания (подозрение на тромбоз глубоких вен нижних конечностей или легких, заболевание печени, или рак молочных желез).
- Заболевание сердца, вызванное обструкцией или сужением артериальных сосудов (ишемическая болезнь сердца) или инсульт.
- Подозрение на беременность.

Диспансерное наблюдение [8, 9]

При ношении имплантатов диспансерное наблюдение не требуется.

Хотя ежегодные посещения кабинета специалиста по планированию семьи могут быть полезными в плане профилактики тех или иных заболеваний, они не являются обязательными (измерение артериального давления; обследование молочных желез).

Тем не менее, женщина должна знать, что она может в любой момент нанести повторный визит при возникновении у нее тех или иных вопросов, связанных с применением метода. Повторная консультация возможна через 3 месяца после установки имплантата, во время которой необходимо оценить характер кровотечений за прошедший период.

Также, необходимо информировать женщину о необходимости удаления имплантата по истечению срока действия. Если используется двух-стержневой имплантат, содержащий 75 мг левоноргестрела - по прошествии 5 лет, если одно-стержневой имплантат, содержащий 68 мг этоноргестрела - через 3 года.

Удаление имплантата [1, 2, 3]

Успешное и легкое удаление зависит от правильного введения имплантата и может занять больше времени, чем его введение. Если стержни размещены правильно - подкожно, в средней трети верхней части руки, они будут легко удалены. В случае глубокого расположения (в фасции мышцы), удаление может быть затрудненным и может привести к повреждению нервов и кровеносных сосудов.

Необходимый перечень оснащения для удаления имплантата

Медицинский инвентарь	Медицинские инструменты, ИМН	Медикаменты, дезинфицирующие средства, другое
1. Кушетка (лежать не обязательно)/опорный рычаг или боковой стол. 2. Осветительный прибор/лампа. 3. Манипуляционный столик. 4. Стул. 5. Емкость для отходов. 6. Емкость для обеззараживания инструментов с дезинфицирующим раствором (применяемым в данной ОЗ)	1. Стерильная пеленка или простыня. 2. Стерильные перчатки. 3. Стерильные ватные тампоны, пропитанные антисептиком. 4. Стерильный пинцет или изогнутый зажим. 5. Имплантат. 6. Стерильный шприц (5 или 10 мл) и игла длиной 5 см (22-го калибра). 7. Стерильный лоток. 8. Лейкопластырь или стерильная марля с хирургической лентой. 9. Скальпель/лезвие	1. Лидокаин 1% - 2 мл или любой анестезирующий аэрозоль без адреналина. 2. Антисептик для рук (применяемый в данной ОЗ). 3. Жидкое мыло. 4. Одноразовое полотенце. 5. Шариковая ручка или водостойкий маркер. 6. Протившоковая аптечка Медицинская документация: 1. Медицинская карта амбулаторного/стационарного больного. 2. Информированное согласие. 3. Памятка для пациента

Техника удаления имплантата

(рисунок)	Оптимальное положение пациентки: лежа на спине, предплечье поднято к голове, рука согнута в локте или прямая, как удобно медицинскому работнику
	Подготовьте все необходимые инструменты. Убедитесь, что местный анестетик 1%,

	без адреналина
(рисунок)	<p>С помощью пальпации без перчаток определите расположение стержня, прощупайте его концы и оцените, место, где необходимо сделать надрез.</p> <p>Примечание: для того, чтобы было легче определить размещение стержня, увлажните кончики пальцев небольшим количеством мыльной воды или раствором антисептика для уменьшения трения между пальцами и кожей клиента.</p> <p>Водостойким маркером или ручкой с несмываемыми чернилами сделайте отметку на обоих концах стержня</p>
(рисунок)	<p>Двукратно обработайте область предполагаемого надреза, с помощью пинцета и ватного или марлевого тампона, пропитанным антисептиком. Начинайте протирание в месте введения, двигаясь круговыми движениями наружу на 8-13 см.</p> <p>После накройте руку стерильной пленкой чуть ниже области введения имплантата</p>
(рисунок)	<p>В отмеченном месте предполагаемого разреза введите местный анестетик 1 мл 1%лидокаина.</p> <p>Обязательно вводить местный анестетик под имплантат</p>
(рисунок)	<p>Надавите на проксимальный конец имплантата, чтобы стабилизировать его. Должна появиться выпуклость на дистальном конце имплантата. Начиная с дистального конца имплантата, сделайте продольный разрез (длиной 2 мм при удалении одно-стержневого имплантата, длиной 4 мм - в случае удаления двух-стержневого имплантата) в сторону локтя, достаточно глубоко, чтобы обнажить стержень.</p> <p>Примечание: перед тем, как сделать надрез, убедитесь с помощью щипцов в том, что анестетик начал действовать</p>
(рисунок)	<p>Аккуратно выведите конец имплантата в сторону разреза, ухватите кончик щипцами (предпочтительно изогнутые щипцы) и осторожно удалите имплантат.</p> <p>При удалении двух-стержневых имплантатов, в первую очередь удалите стержень, который находится ближе к разрезу или ближе к поверхности кожи</p>
(рисунок)	<p>Если имплантат инкапсулирован, используйте пинцет, чтобы аккуратно захватить и стабилизировать открытый, но инкапсулированный стержень, а затем сделайте небольшой разрез вглубь ткани, чтобы выделить кончик стержня. Другим набором изогнутых щипцов осторожно удалите имплантат, придерживая его пинцетом</p>
(рисунок)	<p>Если кончик имплантата не виден в разрезе, аккуратно введите кончик зажима через разрез на коже. После придерживайте зажим другой рукой</p>
(рисунок)	<p>Второй парой щипцов тщательно рассеките ткани вокруг имплантата, после чего имплантат может быть удален</p>
<p>Убедитесь, что весь имплантат, длиной 4,0/4,3 см, был удален. Если имплантат удален частично (менее 4,0/4,3 см), оставшаяся часть также должна быть удалена</p>	
<p>При удалении двух-стержневых имплантатов, повторите процедуру для второго стержня</p>	
<p>Удалить пленку. Очистите область вокруг места удаления имплантата ватным или марлевым тампоном с антисептиком</p>	
<p>Сведите края разреза вместе, закройте рану с помощью хирургической ленты. Швы не нужны, они могут увеличить рубцевание. Проверьте, нет ли кровотечения. Накройте область удаления имплантата сухим стерильным марлевым тампоном, слегка надавите, облекая рукой, чтобы убедиться, что нет кровотечения и свести к минимуму кровоподтеки.</p>	

Возможные сложные ситуации при удалении имплантата

[1, 2, 3]

- Когда трудно удалить имплантат при первом посещении

Иногда стержни не могут быть легко удалены при первом посещении. Если процедура удаления стержней затруднена, и они не удалены в течение 30 минут, лучше остановить процедуру для удобства клиента. В случае, если один стержень удален, а второй остается в руке, женщина должна быть снабжена дополнительным методом контрацепции. Она должна вернуться на вторую попытку удаления, когда рана полностью зажила (примерно через 4-6 недель). Обычно стержни будут легко обнаружены и удалены при втором визите. Помните: клиенту должен быть предоставлен для использования резервный метод контрацепции до удаления стержня, на период ожидания второй попытки удаления стержня, если она не хочет забеременеть.

- Когда стержни сломаны

Удаление стержней сложнее, если они сломались во время попытки их удаления. После того, как стержень поврежден, он может сломаться снова с каждой попыткой схватить его с изогнутыми щипцами.

Редко, но для удаления сломанного стержня может потребоваться дополнительный разрез на проксимальном конце стержня (конец ближе к плечу), так что оставшаяся часть может быть удалена более легко.

Для того, чтобы удалить оставшиеся части стержня через оригинальный разрез, требуется:

- с помощью пальпации определить недостающую часть;
- провести дополнительно анестезию, если это необходимо;
- для захвата конца стержня изогнутым зажимом ("москитом") аккуратно вывести часть в рану.

- Когда стержни не прощупываются

Есть два способа определения места расположения стержней, которые были введены слишком глубоко и не определяются пальпаторно - это, рентген и ультразвук.

Стержни, которые также являются рентгенконтрастными, как правило, могут быть обнаружены с помощью рентгеновских лучей (набор на 50-55 киловольт и 4-5 миллиампер, время экспозиции 0,03 секунды). Глубина их погружения, как правило, не может быть определена с помощью одного рентгена, таким образом, может потребоваться дальнейшее исследование.

Стержни также могут быть обнаружены при помощи ультразвука со специальными настройками.

В данном случае, когда стержни расположены глубоко или не прощупываются, рекомендуется удаление имплантата с применением модифицированной U техники.

Особенности удаления имплантата, с использованием модифицированной U техники

1. Необходимо определить локализацию стержня или его проекцию.
2. Для данной модификации, кроме стандартного набора для удаления имплантата, дополнительно требуются модифицированные щипцы для вазэктомии.

Рисунок.

3. Необходимо сделать продольный разрез длиной 4 мм (над имплантатом) в средней части.

4. Захватить стержень щипцами перпендикулярно по отношению к разрезу, поднять вверх и вывести из раны, при этом образуется перевернутая U образная петля. Плотно прижмите проксимальные концы имплантата для фиксации. С помощью пинцета или зажима тупо рассеките фиброзную капсулу, образованную вокруг имплантата.

Рисунок.

5. Если клиент почувствует любую боль во время удаления, остановитесь и направьте клиента к хирургу для удаления.

Инъекционный контрацептив прогестинового ряда депо медроксипрогестерона ацетат 104 мг для подкожного введения

Шифр МКБ-10 - Z30 - Наблюдение за применением противозачаточных средств

Определение

Инъекционный контрацептив прогестинового ряда депо медроксипрогестерона ацетата для подкожного введения (ДМПА-ПК) содержит прогестин в количестве 104 мг, являющийся искусственным аналогом естественного гормона прогестерона. ДМПА-ПК вводится подкожно, с интервалом в 3 месяца (12-14 недель).

ДМПА-ПК - инъекционная суспензия белого цвета ацетата медроксипрогестерона 104 мг/0,65 мл доступна в виде одноразового предварительно заполненного шприца, упакованного с иглой 26-го калибра x 3/8 дюйма (0,95 мм).

ДМПА-ПК и ДМПА-ВМ являются терапевтически эквивалентными препаратами с одинаковыми профилями безопасности при их применении здоровыми женщинами. Доказательства, представленные по ДМПА-ВМ, применимы для ДМПА-ПК, и, следовательно, применение ДМПА-ПК должно иметь те же категории, что ДМПА-ВМ; предписанные рекомендации следует рассматривать в качестве предварительных, которые будут пересматриваться после поступления новых данных.

Механизм действия [6, 9]

Основной механизм действия заключается в блокировании созревания фолликулов и выхода яйцеклеток из яичников (овуляции).

Эффективность [3, 8, 9]

Эффективность метода зависит от пользователя: риск наступления беременности наиболее высок в тех случаях, когда женщина опаздывает с введением очередной дозы контрацептива.

При распространенном характере применения метода, на 100 женщин, пользующихся ДМПА-ПК первый год, обычно приходится 3 случая незапланированной беременности.

При своевременном получении инъекций, на 100 женщин, применяющих ДМПА-ПК первый год, приходится менее 1 случая незапланированной беременности, то есть эффективность составляет более 99%.

Преимущества применения ДМПА-ПК

- Метод не влияет на выработку грудного молока и может быть использован в период кормления грудью.

- Метод не зависит от полового акта.

- Обладает рядом неконтрацептивных свойств: уменьшение обильных или болезненных менструаций, уменьшает симптомы, связанные с эндометриозом (боль, нерегулярные менструации). Смягчает выраженность предменструальных симптомов, обладает защитным действием против развития рака эндометрия и развития миомы.

- Использование метода не требует предварительного гинекологического обследования.

- Может быть применен женщинами, которым противопоказаны препараты с эстрогеном.

- Можно сделать инъекцию самостоятельно.

Недостатки применения метода ДМПА-ПК

- Не защищает от ИППП/ВИЧ. Если существует риск возникновения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов.

- Возможно изменение менструального цикла (максимум после 2 инъекции): отсутствие менструации, нерегулярные менструации, кровотечения между менструациями. Подобные

изменения не наносят вред. Если это беспокоит женщину, желательно провести дополнительную консультацию.

- Возможна незначительная прибавка в весе (в среднем 1-2 кг в год). В некоторых случаях идет потеря веса или отсутствие изменений веса.

- Возврат фертильности после последней инъекции может занять период до 10-12 месяцев.

- Применение инъекций может привести к повышению хрупкости костей, особенно у женщин с факторами риска остеопороза. Однако, после прекращения инъекций, костная ткань восстанавливается.

- ДМПА-ПК не следует использовать в качестве долгосрочного метода контроля рождаемости (т.е. более 2 лет), если другие методы контроля рождаемости не считаются неадекватными.

- Возможны побочные эффекты: головные боли, уменьшение сексуального влечения, изменение настроения, головокружение.

Медицинские критерии допустимости применения ДМПА-ПК [3, 4, 5]

Категория 1. Состояние, при котором нет никаких противопоказаний к использованию данного метода контрацепции. Метод может использоваться при любых обстоятельствах.

Персональные характеристики и репродуктивный анамнез

- Возраст от 18 до 45 лет.

- Курение независимо от возраста и количества выкуриваемых сигарет.

- ИМТ ≥ 30 кг/м².

- Ранее не рожавшие и рожавшие.

- Послеродовый период (при использовании трудного вскармливания) > 30 дней с наличием и без факторов риска для тромбэмболических осложнений (например, возраст ≥ 35 лет, тромбэмболические осложнения в анамнезе, тромбофилия, длительная иммобилизация, гемотрансфузия в родах, кардиомиопатия, ИМТ ≥ 30 кг/м², послеродовое кровотечение, кесарево сечение, преэклампсия или курение).

- Послеродовый период (без использования грудного вскармливания) в любое время после родов без или с одним из факторов риска на тромбэмболические осложнения (см. выше).

- Послеабортный период (первый и второй триместр, сразу после септического аборта).

- После внематочной беременности.

Сердечно-сосудистые заболевания

- Высокое артериальное давление во время беременности (когда измеряемое в настоящее время артериальное давление находится в норме).

- Семейный анамнез тромбоза глубоких вен/легочная эмболия (у ближайших родственников).

- Заболевания поверхностных вен: варикозное расширение и тромбофлебит.

- Кардиомиопатия вследствие беременности: без или с нарушением сердечной функции (ФК функциональный класс 1 или 2).

- Поражение клапанов сердца с осложнениями и без осложнений (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе).

Хирургические вмешательства

- Хирургическое вмешательство на органах ЖКТ в анамнезе.

- Радикальная хирургия без длительной иммобилизации.

- Малая хирургия без длительной иммобилизации.

Неврологические состояния

- Головные боли немигренозные.
- Мигрень без ауры и с аурой, включая мигрень, связанную с менструацией.
- Эпилепсия.

Депрессивные расстройства

Инфекции и расстройства полового тракта

- Эндометриоз.
- Доброкачественные опухоли яичника, включая кисты.
- Выраженная дисменорея.
- Гестационная трофобластическая болезнь.
- Цервикальный эктропион.
- Доброкачественное заболевание молочной железы.
- Семейный анамнез рака молочной железы.
- Рак эндометрия.
- Рак яичников.
- Гиперплазия эндометрия.
- Фибромиома матки.
- ВЗОМТ в анамнезе и в настоящее время.
- ИППП (за исключением ВИЧ и гепатита), высокий риск ИППП.

Другие инфекции

- Шистосомоз без осложнений или с фиброзным поражением печени.
- Туберкулез нетазовый и установленный тазовый.
- Малярия.

Эндокринные заболевания

- Сахарный диабет во время беременности.
- Нарушения функции щитовидной железы (простой зоб, гипертиреоз, гипотиреоз).

Желудочно-кишечные заболевания

- Холестаз в анамнезе, связанный с беременностью.
- Вирусный гепатит острый, хронический, носительство.
- Цирроз компенсированный.

Анемии

- Анемия (железодефицитная, серповидно-клеточная, талассемия).

ВИЧ/СПИД

- ВИЧ (высокий риск ВИЧ-инфицирования, ВИЧ-позитивные), независимо от того, проводится или нет антиретровирусная терапия.

Примечания: имеются данные исследований, что у женщин, использующих этот метод контрацепции, и у которых в этот период отмечается экспозиция ВИЧ, с большей вероятностью развивается ВИЧ-инфекция [3, 8].

Лекарственные взаимодействия

- АРВТ:
- НИОТ: Абакавир (ABC), Тенофовир (TDF), Зидовудин (AZT), Ламивудин (ЗТС), Диданозин (DDI), Эмтрицитабин, (FTC), Ставудин.

- ННИОТ: Эфавиренц (EFV), Этравирин (ETR), Невирапин (NVP), Рилпивирин (RPV).
- ИП, усиленные Ритонавиром (RTV): Атазанавир, усиленный ритонавиром (ATV/r); Лопинавир, усиленный ритонавиром (LPV/r); Дарунавир, усиленный ритонавиром (DRV/r); Фозампренавир, усиленный ритонавиром (FPV/r); Саквинавир, усиленный ритонавиром (SQV/r); Типранавир, усиленный ритонавиром (TPV/r).
- ИП без Ритонавира (RTV): Атазанавир (ATV); Индинавир (IDV); Нелфинавир (NFV).
- Антагонисты корцептора CCR5: Маравирик (MVC).
- Ингибиторы слияния: Энфувиртид.
- Ингибиторы интегразы: Ралтегравир (RAL); Долутегравир (DTG); Элвитегравир (EVG).
- Противосудорожная терапия (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин, ламотригин).
- Прием антибиотиков (широкого спектра действия, рифампицин или рифабутин), противогрибковых, противопаразитарных препаратов.
- Психотропные препараты: селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, препараты травы зверобоя.

Категория 2. Состояние, при котором ожидаемая польза от применения данного метода контрацепции в целом превосходит терапевтические или доказанные риски.

Персональные характеристики и репродуктивный анамнез

- Возраст от менархе до 18 лет.
- Возраст от менархе до 18 лет и ИМТ ≥ 30 кг/м².
- Послеродовый период (при грудном вскармливании) < 30 дней с наличием и без факторов риска для тромбоемболических осложнений (например, возраст ≥ 35 лет, тромбоемболические осложнения в анамнезе, тромбофилия, длительная иммобилизация, гемотрансфузия в родах, кардиомиопатия, ИМТ ≥ 30 кг/м², послеродовое кровотечение, кесарево сечение, преэклампсия или курение).

Сердечно-сосудистые заболевания

- В анамнезе гипертензия, при которой артериальное давление НЕ МОЖЕТ быть измерено (включая гипертензию во время беременности).
- Адекватно контролируемая гипертензия, когда артериальное давление МОЖНО измерить.
- Повышенное артериальное давление (правильно измеренное): систолическое 140-159 или диастолическое 90-99 мм рт.ст.
- Тромбоз глубоких вен/легочная эмболия (ТГВ/ЛЭ):
 - а) в анамнезе без антикоагулянтной терапии:
 - с более высоким риском рецидивов (один или несколько факторов риска: эстроген-ассоциированные состояния, ТГВ/ЛЭ связанный с беременностью, идиопатический, известные тромбофилии, в том числе антифосфолипидный синдром, активный рак (метастатический, прием терапия или в течение 6 месяцев после клиническая ремиссия), исключая немеланомный рак кожи, частые рецидивы ТГВ/ПЭ;
 - с низким риском рецидива ТГВ/ПЭ (без факторов риска);
 - б) тромбоз глубоких вен/легочная эмболия (ТГВ/ЛЭ) на терапии антикоагулянтами в течение не менее 3-х месяцев;
 - в) радикальная хирургия с длительной иммобилизацией.
- Выявленные тромбогенные мутации.
- Кардиомиопатия вследствие беременности с нарушением сердечной функции (ФК 3 или 4).

Хирургические вмешательства

- Трансплантация органа.

Неврологические состояния

- Рассеянный склероз.

Инфекции и расстройства полового тракта

- Нерегулярные менструации без большой кровопотери.
- Обильные или длительные кровотечения (включая регулярные и нерегулярные).
- Цервикальная интраэпителиальная неоплазия или цервикальная дисплазия.
- Рак шейки матки (в ожидании лечения).
- Недиагностированное образование молочной железы.

Эндокринные заболевания

- Сахарный диабет без поражения сосудов инсулино-независимый и инсулинозависимый.

Желудочно-кишечные заболевания

- Заболевания желудочно-кишечного тракта. Воспалительное заболевание кишечника (язвенный колит или болезнь Крона).
- Заболевания желчного пузыря с клиническими симптомами (после холецистэктомии, после медикаментозного лечения, в настоящее время), бессимптомные.
- Холестаз в анамнезе, связанный с применением КОК.
- Фокальная очаговая гиперплазия печени.

Ревматические заболевания

- Системная красная волчанка с тяжелой тромбоцитопенией (продолжение).
- Системная красная волчанка с иммуносупрессивной терапией (инициация и продолжение).
- Ревматоидный артрит на фоне и без иммуносупрессивной терапии (кортикостероиды).
- Муковисцидоз.

Лекарственные взаимодействия

- АРВТ:
- ИП без Ритонавира (RTV): Фосампренавир (FPV).

Категория 3. Состояние, при котором теоретические или доказанные риски в целом превосходят ожидаемую пользу от применения данного метода контрацепции.

Персональные характеристики и репродуктивный анамнез

- Грудное вскармливание и менее 6 недель после родов.

Сердечно-сосудистые заболевания

- Множественные факторы риска развития артериальных сердечно-сосудистых заболеваний: более старший возраст, курение, диабет, гипертония, низкий уровень ЛПВП, высокий уровень ЛПНП или высокий уровень триглицеридов.
- Повышенное артериальное давление (правильно измеренное) систолическое > 160 или диастолическое > 100.
- Тромбоз глубоких вен/легочная эмболия в настоящее время.
- Ишемическая болезнь сердца в настоящее время или в анамнезе.
- Инсульт в настоящее время или в анамнезе.

Инфекции и расстройства полового тракта

- Необъяснимые вагинальные кровотечения до обследования.
- Рак молочной железы в прошлом и без рецидивов в последние 5 лет.

Эндокринные заболевания

- Сахарный диабет с нефропатией/ретинопатией/нейропатией, другими сосудистыми осложнениями или диабет продолжительностью > 20 лет.

Желудочно-кишечные заболевания

- Цирроз печени декомпенсированный.
- Доброкачественная опухоль печени (гепатоцеллюлярная аденома).
- Злокачественная опухоль печени (гепатома).

Ревматические заболевания

- Системная красная волчанка с положительными антифосфолипидными антителами (инициация и продолжение).
- Системная красная волчанка с тяжелой тромбоцитопенией (инициация).
- Ревматоидный артрит на фоне длительной терапии кортикостероидами или с факторами риска или нетравматическими переломами.

Категория 4. Состояние, при котором использование данного метода контрацепции абсолютно противопоказано.

- Рак молочной железы в настоящее время.

Когда допускается приступать к применению метода [8, 9]

Наличие регулярного менструального цикла	<ul style="list-style-type: none"> - Женщина может получить первую инъекцию ДМПА-ПК в течение 5-7 дней после начала менструального кровотечения. При этом применения какого-либо дополнительного средства контрацепции не требуется. - Также, допускается начинать инъекции в любое другое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. Если использование ДМПА-ПК начинается по прошествии 7 дней после начала менструального кровотечения, женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительный метод контрацепции в течение последующих 7 дней
Отсутствие менструальных циклов	<ul style="list-style-type: none"> - При отсутствии менструального цикла первую инъекцию ДМПА-ПК допускается производить в любое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. В этом случае женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительный метод контрацепции в течение последующих 7 дней
Период после аборта	<ul style="list-style-type: none"> - Женщина может начинать применение ДМПА-ПК практически сразу после производства аборта. При этом не требуется дополнительного использования какого-либо другого противозачаточного средства
Отказ от другого метода гормональной контрацепции в пользу ДМПА-ПК	<ul style="list-style-type: none"> - При отказе от какого-либо другого гормонального противозачаточного средства в пользу ДМПА-ПК, первая инъекция может производиться без промежуточной паузы, при условии, что женщина последовательно и точно выполняла рекомендации по приему предыдущего препарата, или имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. При этом нет необходимости дожидаться начала следующего менструального цикла. - Если предыдущий гормональный контрацептив вводился также инъекционным путем, то первое введение ДМПА-ПК должно производиться в день предполагаемой очередной инъекции предыдущего контрацептива. При этом нет необходимости прибегать к

	какому-либо дополнительному способу контрацепции
Отказ от негормональной контрацепции (исключая ВМС) в пользу ДМПА-ПК	- Женщина может получить первую инъекцию ДМПА-ПК немедленно после отказа от предыдущего метода контрацепции, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. При этом нет необходимости дожидаться начала следующего менструального цикла. - Если первая инъекция ДМПА-ПК производится в течение 7 (*)
период. Ребенок находится на искусственном вскармливании	- Если послеродовой период < 21 дня, вспомогательный метод контрацепции - не требуется. - Если послеродовой период > 21 дня и менструальный цикл еще не восстановился - в любое время при наличии достаточной уверенности в том, что женщина не беременна. - Вспомогательный метод контрацепции - требуется в течение последующих 7 дней. - Если послеродовой период > 21 дня и менструальный цикл восстановился - рекомендации как при регулярном менструальном цикле (см. выше)

Обследования, проводимые в плановом порядке перед началом применения метода [3, 8, 9]

1. Сбор анамнеза и общий осмотр.
2. Измерение артериального давления. Если показатели артериального давления меньше 160/100 мм рт.ст. или пациентка получает лечение по поводу артериальной гипертензии, и показатели артериального давления контролируются, тогда нет никаких противопоказаний.
3. Оценка риска заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, включая ВИЧ/ВГВ/ВГС и проведение консультирования о "тройном" методе контрацепции (применение презерватива).
4. Других дополнительных обследований перед назначением имплантата не требуется.
5. Консультирование о возможных побочных эффектах и их лечении.

Рекомендации по правильному эффективному применению метода [3, 8, 9]

Повторные инъекции ДМПА-ПК рекомендуется производить через каждые 3 месяца (12-14 недель). Вторая и последующие инъекции должны проводиться с интервалом в 13 недель.

Если по каким-либо обстоятельствам соблюдение рекомендуемого интервала между повторными инъекциями ДМПА-ПК является невозможным, допускается произвести инъекцию на 2 недели раньше графика или на 4 недели позже установленного графика. При этом нет необходимости прибегать к какому-либо дополнительному средству контрацепции.

Если запоздание превышает 4 недели, повторная инъекция ДМПА-ПК может быть произведена, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. В этом случае женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительное средство контрацепции в течение последующих 7 дней. При необходимости, женщина может прибегнуть к неотложной контрацепции.

В случае, если тип предыдущего инъекционного контрацептива и/или время предшествующей инъекции неизвестны, инъекция может быть произведена, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. В этом случае женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительное (*).

	(*) - Этинилэстрадиол: по 50 мкг в день, 21-дневный курс, начиная с момента
--	--

	<p>появления обильного кровотечения.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Нестероидные противовоспалительные препараты: - Ибупрофен 800 мг 3 раза в день после еды в течение 5 дней Мефенаминовая кислота (по 500 мг 2 раза в день после еды в течение 5 дней); - Вальдекоксиб. - Если обильные или затяжные кровотечения начинают представлять опасность для здоровья женщины, либо если этого желает сама женщина, помогите ей выбрать альтернативный метод контрацепции. - Тем временем, женщина может попытаться снизить интенсивность или продолжительность кровотечений, принимая этинилэстрадиол или КОК в соответствии с вышеуказанными схемами. - В целях профилактики анемии порекомендуйте женщине принимать препараты железа и включать в рацион питания железосодержащие продукты - мясо, птицу (в особенности, говядину и куриную печень), рыбу, листовые овощи и плоды бобовых культур (фасоль, соевый творог, чечевица и горох). - Если обильные или затяжные кровотечения продолжаются, несмотря на проводимое лечение, или появляются после серии обычных менструальных циклов или отсутствия таковых, либо при подозрении на какое-либо расстройство здоровья, вызванное другими причинами, следует проанализировать возможные этиологические факторы, не связанные с применением ДМПА-ПК.
<p>Обычная головная боль (не связанная с мигренью)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Предложите женщине попробовать принимать аспирин (325-650 мг), ибупрофен (200-400 мг), парацетамола (325-1000 мг) или другой обезболивающий препарат. - Любые головные боли, усиливающиеся либо учащающиеся при применении ДМПА-ПК, являются основанием для соответствующего обследования женщины
<p>Перепады настроения или изменение полового влечения</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Поинтересуйтесь, не возникли ли в жизни женщины какие-либо обстоятельства, которые могут влиять на ее настроение или либидо, включая изменения во взаимоотношениях со своим партнером. Окажите ей необходимую моральную поддержку. - Резкие перепады настроения, включая приступы глубокой депрессии, являются основанием для направления женщины на прием к специалисту. - Попробуйте назначить препараты, имеющиеся в розничной продаже
<p>Головокружения</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Попробуйте назначить препараты, имеющиеся в розничной продаже. (*)

(*) изменение цвета. При изменении цвета или других проблемах замените препарат на другой.

<p>(рисунок)</p>	<p>Выбор и подготовка места инъекции</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Инъекция проводится в область передней брюшной стенки или передненаружной поверхности верхней трети бедра. Избегайте костных участков и пупка. <p>Примечание: это место инъекции рекомендуется в случае, если пациентка самостоятельно делает инъекцию. Если инъекция делается медицинским персоналом, то место инъекции зависит от выбора женщины. Возможна инъекция в дельтовидную мышцу плеча или в верхне-наружный квадрант ягодичной мышцы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Вымойте руки согласно стандартам мытья рук, наденьте смотровые перчатки. 3. Нащупайте в верхней части бедра большой вертел бедренной кости, наложите ладонь так, чтобы ее основание пришлось сразу под вертелом. В данном случае
------------------	--

	<p>площадь ладони ограничивает область, куда можно выполнять инъекцию.</p> <p>4. Перед каждой инъекцией необходимо выбирать новое место введения.</p> <p>5. Обработайте кожу в месте инъекции спиртовой салфеткой. Позвольте коже высохнуть</p>
(рисунок)	<p>Подготовка шприца</p> <p>6. Аккуратно извлеките иглу и шприц из упаковки</p>
(рисунок)	<p>7. Крепко захватив шприц за корпус наконечником вверх, энергично встряхните его в течение, по крайней мере, 1 минуты, чтобы тщательно перемешать лекарство. Будьте осторожны, чтобы не повредить резервуар.</p> <p>Лекарство должно выглядеть белым и однородным.</p>
(рисунок)	<p>(*)</p> <p>Введение препарата</p> <p>13. Большим и указательным пальцами аккуратно сожмите складку кожи в выбранной области инъекции, оттягивая ее вверх.</p>
(рисунок)	<p>14. Проведите иглой прокол кожи в основании складки под углом 45 градусов так, чтобы большая часть иглы была введена в подкожно-жировую клетчатку. Канюля иглы должна касаться или почти касаться кожи.</p>
(рисунок)	<p>15. Медленно, в течение 5-7 секунд, введите всю дозу препарата.</p>
(рисунок)	<p>16. После завершения инъекции удалите иглу из кожи и активируйте щиток. Для этого расположите щиток под углом около 40°-45°, твердым быстрым движением нажмите на плоскую поверхность, пока не услышите или не почувствуете щелчок.</p> <p>Если вы не уверены, что щиток полностью встал на место, повторите этот шаг</p>
	<p>17. Чистым ватным диском (шариком) слегка надавите на область инъекции в течение нескольких секунд.</p> <p>Не трите область инъекции</p>
	<p>18. Использованный шприц поместите в непротыкаемый контейнер</p>

Рекомендации клиентке после процедуры введения ДМПА-ПК

- Предоставить информацию о дате следующей инъекции, составить график для проведения инъекции в случае самостоятельного введения после предварительного обучения по желанию клиента. Предоставьте клиенту памятку.

Список литературы:

1. Skills Update for Contraceptive Implant Side Effect Management and Removal: Implementation Guide, © Jhpiego Corporation, 2018. Published by: Jhpiego Corporation Brown's Wharf 1615 Thames Street Baltimore. Maryland 21231-3492, USA www.jhpiego.org.
2. Skills Update for Contraceptive Implant Side Effect Management and Removal: Learner Workbook, Published by: Jhpiego Corporation Brown's Wharf 1615 Thames Street Baltimore. Maryland 21231-3492, USA www.jhpiego.org, © Jhpiego Corporation, 2018.
3. Family Planning: A Global Handbook for Providers. Updated 3rd edition, 2018. WHO <https://www.fphandbook.org/sites/default/files/global-handbook-2018-full-web.pdf>.
4. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 2016. US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention MMWR/July 29, 2016/Vol. 65/No. 3
5. "Medical eligibility criteria for contraceptive use", Fifth edition, 2015, WHO.
6. Faculty of Sexual & Reproductive Health Care Clinical Guidance. Progestogen-only Implants Clinical Effectiveness Unit February 2014.
7. Клинический протокол "Контрацептивы прогестагенового ряда", приказ МЗ КР № 379 от 04.07.2014 г.

8. "Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции", обновление, ВОЗ, 2008 г. http://whqlibdoe.who.int/hq/2008/WHO_RHR_08.17_rus.pdf.

9. "Планирование семьи" - универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи, ВОЗ, 2008 г. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/ru/.

	<p>(*)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Остается пусть небольшой и малозаметный, но все-таки шрам после установки и удаления капсул. - Возможны трудности с удалением имплантата (редко). - Менструации могут стать более длительными и нерегулярными. - Могут сохраняться постоянные мажущие кровянистые выделения
Когда нельзя применять Имплантаты?	<p>Имплантаты нельзя применять, если вы, например:</p> <ul style="list-style-type: none"> - уже беременны; - больны раком молочной железы или перенесли это заболевание в течение последних пяти лет; - испытываете необъяснимое вагинальное кровотечение (например, между менструациями или после полового контакта); - больны сахарным диабетом и есть осложнения от этой болезни; - страдаете от сердечно-сосудистых заболеваний, либо у вас были серьезные заболевания сердца или инсульт; - больны серьезным заболеванием печени, с нарушением ее функции, или страдаете от цирроза или опухолей печени
Когда я могу начать пользоваться этим методом?	<p>При желании, к применению имплантатов допускается приступать в любое время, если имеются достаточные основания полагать, что вы не беременны.</p> <p>Также, имплантат можно применять сразу после аборта или после родов</p>
А что делать, если я хочу прекратить использовать этот метод или перейти на другой?	<p>Если вы хотите прекратить пользоваться контрацептивными имплантатами, то вам необходимо обратиться к медицинскому работнику для его удаления.</p> <p>Перейти на другой метод предохранения от нежелательной беременности вам поможет медицинский работник</p>
Куда вводится имплантат?	<p>Имплантат вводится под кожу на внутренней стороне плеча после предварительного обезболивания места введения.</p> <p>Процедура введения занимает в среднем 3-5 минут</p>
Что необходимо делать сразу после введения имплантата?	<ul style="list-style-type: none"> - Держите область введения имплантата сухой и чистой, по крайней мере 48 часов. Если намокнет повязка, то разрез может воспалиться и нагноиться. - Оставьте марлевую повязку на 48 часов, прикрытую пластырем или хирургической лентой, пока не заживут насечки (обычно 3-5 дней).

- В месте введения в течение нескольких дней могут быть (*)

Приложение 2

Информация для пациентов, которые желают использовать инъекционный контрацептив прогестинового ряда

Что это за метод и как он действует?	Инъекционный контрацептив прогестинового ряда депо медроксипрогестерона ацетат в виде подкожной инъекции (ДМПА-ПК) - это метод предохранения от нежелательной беременности при помощи гормонального вещества, похожего на естественный гормон прогестерон, который вырабатывают яичники женщины. Он предотвращает беременность, тормозя появление овуляции
Чем этот метод отличается от других методов?	<p>У этого метода очень высокая эффективность, она составляет больше 99%, т.е. в течение одного года применения из ста женщин может забеременеть менее одной. Это хороший метод контрацепции, если вам противопоказан эстроген, который входит в состав некоторых комбинированных противозачаточных средств.</p> <p>Гормон, содержащийся в препарате, не снижает выработку молока у кормящей женщины, поэтому его можно использовать при грудном вскармливании, он не взаимодействует с другими лекарственными препаратами.</p> <p>Применение метода не зависит от полового акта.</p> <p>Метод дает только временный противозачаточный эффект, по окончании действия препарата вы можете запланировать следующую беременность.</p> <p>Действие одной инъекции рассчитано на 3 месяца.</p> <p>Перед назначением контрацептивной инъекции не требуется гинекологическое обследование.</p> <p>Инъекции обладают рядом лечебных свойств: могут уменьшить обильные или болезненные менструации, а также смягчить предменструальные симптомы у некоторых женщин. Они защищают от рака яичников и матки, лечат некоторые женские болезни</p>
Есть ли недостатки у этого метода?	При применении этого метода наблюдается изменение менструального цикла (после второй-третьей инъекции возможно отсутствие менструации, но это не означает наступления беременности), нерегулярные менструации
	<p>(*)</p> <p>дней от начала вашего менструального цикла, то вы тут же будете защищены от нежелательной беременности. Если вы начнете применять инъекции в другой день цикла, то защита от беременности наступит только через семь дней, в течение которых вам необходимо воздерживаться от половых сношений или пользоваться дополнительным методом контрацепции, например, презервативами. Вы можете начать применять инъекции сразу после аборта или выкидыша. Вы сразу же будете защищены от новой беременности</p>
Когда я могу начать	Если вы не кормите грудью, инъекции можно начать применять в

<p>пользоваться этим методом после родов?</p>	<p>любое время после родов. Если вы начнете принимать инъекции в течение первых трех недель (21 дня) после родов, вы сразу будете защищены от новой беременности. Если вы начнете прием препарата позже, чем через 21 день, то вам потребуется другой метод контрацепции в течение первых семи дней.</p> <p>Если вы кормите грудью, то инъекции можно начать принимать не раньше, чем через шесть недель после родов, когда ферментная система младенца будет более развита.</p>
<p>А что делать, если я хочу прекратить использовать этот метод или перейти на другой?</p>	<p>Если вы хотите прекратить пользоваться контрацептивными инъекциями, то вам просто нужно отказаться от следующей инъекции. Перейти на другой метод предохранения от нежелательной беременности вам поможет медицинский работник.</p>
<p>Куда и как вводится препарат?</p>	<p>Инъекцию контрацептивного препарата делает медицинский работник, подкожно, по вашему желанию, обычно в область передней брюшной стенки, в переднюю часть бедра, в верхнюю треть плеча, в ягодицу каждые 12 недель. В некоторых случаях инъекцию после обучения вы сможете выполнять самостоятельно.</p> <p>Вы можете произвести инъекцию на 2 недели раньше графика, или на 4 недели после назначенного срока. Если запоздание превышает 4 недели, повторная инъекция может быть произведена, если вы уверены, что не беременны. В этом случае рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительное средство контрацепции в течение последующих 7 дней. При необходимости, можно прибегнуть к неотложной контрацепции.</p> <p>Если вдруг вы не успеваете прийти на прием для очередной инъекции, воспользуйтесь другим методом предохранения от (*)</p>

Приложение 3

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРИМЕНЕНИЕ ИМПЛАНТАТА

Я, _____ года рождения,

согласно закона Кыргызской Республики "О репродуктивных правах граждан и гарантиях их реализации" от 4 июля 2015 года № 148, полностью информирована о своих правах как пациентка.

Претензий по соблюдению моих прав медицинским работником не имею.

Я получила от медицинского работника исчерпывающую информацию о состоянии моего здоровья, включая сведения о рисках развития заболеваний, результатах обследования, возможных медицинских вмешательствах и связанных с ними рисках.

Я получила информацию о эффективности, преимуществах и побочных эффектах применения имплантата.

Мне объяснено содержание процедуры введения имплантата, которая осуществляется с применением местного обезболивания.

Также мне известно о том, что у меня нет противопоказаний для применения имплантата. Я информирована о возможных инфекционных осложнениях после введения имплантата.

Я предупреждена, что имплантаты не предохраняют от инфекций, передаваемых половым путем, в том числе от ВИЧ-инфекции!

Меня проинформировали о возможности получения консультации медицинского работника по моему желанию. Я обучена настораживающим признакам, когда я должна срочно обратиться к медицинскому работнику во избежание каких-либо осложнений:

- покраснение, болезненность, локальное повышение температуры и гнойные выделения из места введения имплантата;
- боль после введения или удаления имплантата;
- сильная пульсирующая головная боль, сопровождающаяся тошнотой, рвотой и повышением чувствительности к свету, нарушением функции зрения, осязания, речи;
- появление кровотечения неясной причины;
- боли в нижних конечностях, сопровождающиеся отеком или покраснением кожи;
- боль за грудиной, одышка, холодный пот;
- желтуха;
- подозрение на беременность.

Медицинский работник предоставил мне буклет о методах контрацепции.

" ___ " _____ 20__ г. Подпись клиентки _____

" ___ " _____ 20__ г. Подпись медицинского работника _____

Приложение 5

1. Индикаторы оценки качества предоставления услуг по использованию имплантатов.

Индикаторы ресурсов

- 1.1. Количество медицинских работников в ОЗ, обученных технике введения имплантата.
- 1.2. Наличие имплантатов в ОЗ.

Индикаторы процесса

- 1.3. Количество медицинских работников, правильно консультирующих по применению имплантатов.
- 1.4. Количество медицинских работников, умеющих правильно применяющих технику введения и удаления имплантата.

Индикаторы результата

- 1.5. Доля женщин, использующих имплантаты.
- 1.6. Доля женщин, использующих ДМПА-ПК 104 мг.
- 1.7. Количество инфекционных осложнений после введения имплантата.
- 1.8. Удовлетворенность клиентов консультированием по использованию метода.

2. Индикаторы оценки качества предоставления услуг по использованию ДМПА-ПК 104 мг

Индикаторы ресурсов

- 1.1. Количество медицинских работников в ОЗ, обученных технике введения ДМПА-ПК 104 мг.
- 1.2. Наличие ДМПА-ПК 104 мг в ОЗ.

Индикаторы процесса

1.3. Количество медицинских работников, правильно консультирующих по применению ДМПА-ПК 104 мг.

1.4. Количество медицинских работников, умеющих правильно применяющих технику введения ДМПА-ПК 104 мг.

Индикаторы результата

1.5. Доля женщин, использующих ДМПА-ПК 104 мг.

1.6. Количество инфекционных осложнений после введения ДМПА-ПК 104 мг.

1.7. Удовлетворенность клиентов консультированием по использованию метода.

() Примечание ИЦ "Токтом": Текст в оригинале отсутствует.*