



Институт за јавно здравје
Institute of public health
Institut i shëndetit publik



Република Македонија
МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО



ПРИРАЧНИК ЗА СОВЕТУВАЊЕ ЗА СЕКСУАЛНО И РЕПРОДУКТИВНО ЗДРАВЈЕ

Скопје, 2010

Прирачникот за советување за сексуално и репродуктивно здравје е изготвен во соработка на Министерството за здравство на РМ, Институтот за јавно здравје и канцеларијата на УНФПА во Скопје во рамките на проектот за “Подобрување на националниот одговор во однос на сексуалното и репродуктивно здравје и права во Република Македонија”. Проектот е финансиран од Канцеларијата на УНФПА во Скопје и амбасадата на Кралството Холандија.

Издавач на оваа едиција:

Институт за јавно здравје на Република Македонија - Скопје

За издавачот:

асс.д-р Шабан Мемети

Главен и одговорен уредник:

асс.д-р Шабан Мемети

Членови на авторскиот тим кои учествуваа во изработка на Прирачникот:

м-р д-р Драган Тантуровски	Клиника за гинекологија и акушерство - Скопје, претставник на Лекарската комора на Македонија
д-р Мендух Јегени	Специјална болница за гинекологија и акушерство – Чаир
м-р д-р Глигор Тофоски	Клиника за гинекологија и акушерство - Скопје, претставник на Македонско лекарско друштво
г-дин Бојан Јовановски	Директор на НВО ХЕРА

Рецензенти:

проф. д-р Јован Тофоски	Преседател на македонско лекарско друштво
проф. д-р Славејко Сапунов	Преседател на здружение на гинеколози на РМ

Ревизија:

Д-р Јованка Костовска	Министерство за здравство на РМ
М-р Ангелина Бачановиќ	Министерство за здравство на РМ

Проектен тим:

д-р Перихан Тафилоска	Институт за јавно здравје на РМ, менаџер на проектот за Подобрување на националниот одговор во однос на СРЗ и права во Република Македонија
д-р Владимир Микиќ	Институт за јавно здравје на РМ, асистент на проектот за Подобрување на националниот одговор во однос на СРЗ и права во Република Македонија

Лектура:

Магдалена Шамбевска

Компјутерски дизајн и обработка:

Борче Андоновски
Сузана Дунгевска

CIP - КАТАЛОГИЗАЦИЈА ВО ПУБЛИКАЦИЈА
НАЦИОНАЛНА И УНИВЕРЗИТЕТСКА БИБЛИОТЕКА “СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ”, СКОПЈЕ
613.88-053.6(035)
616.97/.98-084-056.3(035)
ПРИРАЧНИК ЗА СОВЕТУВАЊЕ ЗА СЕКСУАЛНО И РЕПРОДУКТИВНО ЗДРАВЈЕ /
[ЧЛЕНОВИ НА АВТОРСКИОТ ТИМ ДРАГАН ТАНТУРОВСКИ ... И ДР.]. - СКОПЈЕ :
ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЈЕ НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА, 2010. - 91 СТР. :
ТАБЕЛИ ; 24 СМ
БИБЛИОГРАФИЈА: СТР. 81. - СОДРЖИ И: АНЕКСИ 1-2
ISBN 978-608-4623-00-7
1. ТАНТУРОВСКИ, ДРАГАН [АВТОР] 2. ЈЕГЕНИ, МЕНДУХ [АВТОР] 3.
ТОФОСКИ, ГЛИГОР [АВТОР] 4. ЈОВАНОВСКИ, БОЈАН [АВТОР]
А) РЕПРОДУКТИВНО ЗДРАВЈЕ - МЛАДИ - ПРИРАЧНИЦИ Б) ПОЛОВИ БОЛЕСТИ -
МЛАДИ - ПРИРАЧНИЦИ
COBISS.MK-ID 84780810



Институт за јавно здравје
Institute of public health
Institut i shëndetit publik



Република Македонија
МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО



ПРИРАЧНИК ЗА СОВЕТУВАЊЕ ЗА СЕКСУАЛНО И РЕПРОДУКТИВНО ЗДРАВЈЕ

ГЛАВЕН И ОДГОВОРЕН УРЕДНИК
асис. д-р Шабан Мемети

УРЕДНИЦИ И АВТОРИ

м-р д-р Драган Тантуровски
д-р Мендух Јегени
м-р д-р Глигор Тофоски
г-дин Бојан Јовановски

Скопје, 2010 година

Содржина

ПРЕДГОВОР	5
ВОВЕД	7
I. СОВЕТУВАЊЕ.....	9
1. ШТО Е СОВЕТУВАЊЕ ЗА СЕКСУАЛНО И РЕПРОДУКТИВНО ЗДРАВЈЕ?	9
2. СОВЕТУВАЊЕ ВО РАМКИ НА ИНСТИТУЦИИТЕ ЗА СЕКСУАЛНО И РЕПРОДУКТИВНО ЗДРАВЈЕ	10
3. КАРАКТЕРИСТИКИ НА ДОБАР СОВЕТУВАЧ	11
4. ОПКРУЖУВАЊЕ	12
5. ВРСКА МЕЃУ ИНФОРМИРАЊЕ/ЕДУКАЦИЈА И СОВЕТУВАЊЕ	15
6. СОВЕТУВАЊЕ ЗА КОНТРАЦЕПЦИЈА	16
7. СОВЕТУВАЊЕ ЗА СЕКСУАЛНО-ПРЕНОСЛИВИ ИНФЕКЦИИ	23
8. ДОБРОВОЛНО СОВЕТУВАЊЕ И ТЕСТИРАЊЕ ЗА ХИВ.....	24
II. ОСНОВНИ ИНФОРМАЦИИ ЗА РЕПРОДУКТИВНОТО ЗДРАВЈЕ.....	29
1. СЕКСУАЛНИОТ РАЗВОЈ И РЕПРОДУКТИВНАТА ФУНКЦИЈА	29
3. БРЕМЕНОСТ.....	32
4. ПРЕКИН НА БРЕМЕНОСТА: БЕЗБЕДЕН АБОРТУС.....	34
5. ПЛАНИРАНА БРЕМЕНОСТ: ОСНОВНИ ПРЕПОРАКИ И ИСПИТУВАЊА.....	36
III. КОНТРАЦЕПЦИЈА.....	39
1. ХОРМОНСКА КОНТРАЦЕПЦИЈА.....	40
2. ИНТРАУТЕРИНА ВЛОШКА - СПИРАЛА	48
3. БАРИЕРНИ МЕТОДИ (СРЕДСТВА) ЗА КОНТРАЦЕПЦИЈА	50
4. ХЕМИСКИ СРЕДСТВА - СПЕРМИЦИДИ	53
5. МЕТОДИ ЗА КОНТРАЦЕПЦИЈА БАЗИРАНИ НА ФЕРТИЛНОСТА	54
6. СТЕРИЛИЗАЦИЈА	58
7. ИТНА КОНТРАЦЕПЦИЈА	60
IV. СЕКСУАЛНО-ПРЕНОСЛИВИ ИНФЕКЦИИ	63
1. СИФИЛИС	63
2. ГОНОРЕЈА.....	65
3. ХЛАМИДИЈА	68
4. ТРИХОМОНИЈАЗА.....	70
5. ГЕНИТАЛЕН ХЕРПЕС	72
6. ХПВ – ХУМАН ПАПИЛОМА ВИРУС	74
7. ХИВ/СИДА.....	78
КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА	81
АНЕКС 1	84
АНЕКС 2	89

ВОВЕД

Потребата за изготвувањето на Прирачникот за советување за сексуално и репродуктивно здравје, се јави по спроведувањето на проектот на Министерството за здравство и Републичкиот завод за здравствена заштита (сега Институт за јавно здравје на РМ), поддржан од УНФПА и амбасадата на Кралството Холандија, за стратешка проценка на политиките, квалитетот и пристапот до контрацепција и абортус во Р. Македонија. Анализите од оваа проценка недвосмислено укажаа на потребата за стратешки пристап кон решавање на некои од детектираните проблемите поврзани со сексуално и репродуктивно здравје со посебен осврт кон подобрување на пристапот до информации поврзани со сексуалното и репродуктивно здравје. Во тој контекст, како продолжение на работата од Стратешката проценка, се пристапи кон дизајн и спроведување на Проектот за подобрувања на националниот одговор во поглед на сексуалното и репродуктивно здравје и права во Р. Македонија.

Како дел од Проектот беше предвидено и отварање на најмалку десет советувашишта за сексуално и репродуктивно здравје (СРЗ), со цел да се намалат бариерите поврзани со институционалниот пристап кон СРЗ и да се олесни пристапот до релевантни информации за граѓаните, а пред се на младата популација во однос на прашањата поврзани со СРЗ. Сепак, при дизајнирањето на компонентата за советување поврзано со СРЗ

се утврди дека во Републиката постои недостаток од литература и стандарди за советување (пред се на младата популација), а со тоа се наметна потребата за изработка на Прирачник за СРЗ.

Овој Прирачник за советување е наменет за здравствени работници кои ќе работат на полето на советување за СРЗ и е прв обид за стандардизирање на постапката за советување во Р. Македонија. Во прирачникот опфатени се најчестите теми поврзани со СРЗ, но посебно внимание е посветено на пристапот кон младите и начинот на доверливо советување за прашањата поврзани со оваа тема. Се надеваме дека овој прирачник ќе го надомести недостатокот од стручна литература од областа на советување за СРЗ и ќе претставува основа за понатамошна едукација на медицински кадри.

Крајна цел на овој прирачник е да се олесни пристапот до соодветни информации на младите и воопшто да се подигне свеста за значењето на сексуалното и репродуктивното здравје.

I. СОВЕТУВАЊЕ

1. ШТО Е СОВЕТУВАЊЕ ЗА СЕКСУАЛНО И РЕПРОДУКТИВНО ЗДРАВЈЕ?

Советување за СРЗ е процес на комуникација лице в лице при кој давателот на услугата им помага на клиентот, или на двојката, на семејството, или на одредена група поединци, да ги идентификуваат своите потреби со цел да донесат одлуки по сопствен избор за своето сексуално и репродуктивно здравје, базирани на информираност.

Советувањето е структуриран разговор меѓу две или повеќе лица преку кој клиентите се соочуваат и ги испитуваат своите потреби и чувства и работат на решавање на грижите и проблемите поврзани со сексуалното и репродуктивното здравје и контрацепцијата. Советувачите ги охрабруваат клиентите да ги препознаат и да ги развијат сопствените капацитети за да можат поуспешно да се справуваат со своите потреби и проблеми. Советувањето настојува да создаде позитивни промени кај клиентите. Промените можат да се однесуваат на внатрешните чувства на клиентот (да се чувствува поинаку во однос на проблемот), на однесувањето (на пример, клиентот да започне да практикува безбеден секс) или кон нешто што се случува во неговото социјално опкружување.

Советувањето им помага на луѓето:

- појасно да ги разберат своите грижи, потреби или проблеми,
- да идентификуваат различни можности за подобрување на ситуацијата,
- да донесуваат одлуки по сопствен избор, вклучувајќи ја и одлуката за изборот на контрацепција, кои одговараат на нивните навики на живеење, чувства, потреби и вредности,
- да дејствуваат согласно со одлуките што ги донеле,
- подобро да се справуваат и со други проблеми и грижи во иднина,
- да развијат вештини на живеење, како на пример, способност да се зборува отворено за сексуалноста и за сексуалните односи со партнерот,
- да ја понудат поддршката на другите, но истовремено и да ги штедат сопствените сили.

2. СОВЕТУВАЊЕ ВО РАМКИ НА ИНСТИТУЦИИТЕ ЗА СЕКСУАЛНО И РЕПРОДУКТИВНО ЗДРАВЈЕ

Во рамки на институциите (ординациите, клиниките, советувалицата...) кои нудат услуги за сексуалното и репродуктивното здравје, советувањето се применува за разни цели, вклучувајќи:

- донесување одлука со која клиентот прифаќа односно одбива да користи одреден метод на контрацепција,
- донесување слободна одлука во однос на избор на средство за контрацепција од страна на клиентот, базирано на претходни информации,
- учење на клиентот за избраното контрацептивно средство,
- правилно користење на избраното контрацептивно средство од страна на клиентот,

- надминување на грижите, анксиозноста кај клиентите поврзани со нивното сексуално и репродуктивно здравје и донесување соодветни одлуки ако се појават проблеми,
- да им се помогне на клиентите околу грижите и потребите поврзани со сексуално-преносливите инфекции и ХИВ-инфекцијата (на пример, донесување одлука за правење на ХИВ-тест),
- да се подготват двојките за родители,
- да им се помогне на жените при изборот за прекинување или за задржување на бременоста.

3. КАРАКТЕРИСТИКИ НА ДОБАР СОВЕТУВАЧ

За да се биде добар советувач потребно е:

- Да се поседува знаење:
 - на релевантни теми поврзани со сексуалното и репродуктивно здравје,
 - за сите достапни ресурси (институции што нудат услуги, профил на даватели на услуги, пристап до терапија, контрацепција...) поврзани со сексуалното и репродуктивното здравје во своето опкружување,
 - за новините и промените во областа на сексуалното и репродуктивното здравје;
- Да се биде мотивиран и посветен на работата;
- Да се поседуваат вештини на советување, вклучувајќи:
 - активно слушање,
 - невербална комуникација,
 - парафразирање,
 - поставување прашања,
 - обезбедување информации,
 - искажување на чувствата;

- Да се поседуваат правилни и толерантни ставови:
 - да не се осудува (на пример, советувачот да не го осудува клиентот за неговата сексуална ориентација),
 - да не ги наметнува своите ставови над клиентот,
 - да е пријатен и достапен за клиентот,
 - да сочувствува со грижите и проблемите на клиентот,
 - да покажува почит кон клиентот,
 - да е посветен на здравјето и благосостојбата на клиентот,
 - да има желба континуирано да се надградува и да учи од сопствените грешки,
 - добро да се познава себеси, вклучително сопствените можности и недостатоци,
 - да има разбирање и знаење за животот на луѓето со различна култура, сексуална определба и стил на живеење.

4. ОПКРУЖУВАЊЕ

Од посебна важност е клиентите да се чувствуваат опуштено, сигурно и безбедно при советувањето. Создавањето на физички услови се предуслов за креирање на безбедна околина во процесот на советување. Без разлика каде се врши советувањето, **приватноста** мора да биде гарантирана и обезбедена за клиентите.

Тоа значи:

- Обезбедување целосна приватност и доверливост при советувањето со кое на клиентот му се овозможува релаксирано и отворено да зборува за своето сексуално однесување, навики и ризици;
- Уредување на просторијата на начин со кое советувањето нуди висок степен на приватност и доверливост и ја олеснува комуникацијата меѓу советувачот и клиентот;

- Користење нагледни средства за да се олесни комуникацијата со клиентот (на пример, анатомски модели на пенис/вагина, модели на контрацептивни средства, постери, табла за пишување и сл.).

Пристапот и ставовите на советувачот се клучни за успех во советувањето. Советувачот треба да го третира клиентот на начин со кој покажува почит и топол прием со цел тој да се чувствува безбедно и доверливо, и да користи јазик и терминологија која е разбирлива за клиентот. Пристапот на советувачот треба да биде на начин при кој клиентот нема да почувствува дека е потценет и помалку вреден туку дека ќе се чувствува доволно сигурно за да зборува за своите потреби и грижи поотворено. Доколку е соодветно и прифатливо, советувајте ги заедно и клиентот и неговиот партнер/ка или семејството.

- Во текот на советувањето, бидете целосно посветени на клиентот.
- Поздравете го учтиво и претставете се (име и професија).
- Прашајте го клиентот која е причината за посетата и како можете да му помогнете.
- Слушајте со внимание и покажете дека активно го следите клиентот преку користење на невербална комуникација и карактеристични движења на делови од телото.
- Дајте му на клиентот доволно време да ги искаже своите идеи и да донесе сопствени одлуки. Имајте разбирање ако настане тишина додека клиентот зборува, за да му оставите повеќе време за размислување и преиспитување на сопствените чувства.
- Бидете свесни за можните културолошки разлики меѓу Вас и клиентот и барајте дополнително објаснување ако не го разбирате во целост Вашиот клиент или имате потреба да дознаете повеќе.

- Ефикасната интерперсонална комуникација бара остварување на контакт со очите во текот на советувањето. Меѓутоа користењето на контакт со очи не секогаш е културолошки прифатливо.
- Охрабрете го клиентот да зборува или да продолжи со зборување преку користење на искази од типот на „разбирам“, „продолжете“. Овие мали нешта се особено значајни бидејќи покажуваат на одреден начин дека сте заинтересирани за тоа што го зборува клиентот и дека сте задоволни што клиентот ги изразува своите чувства и грижи.
- Помогнете му на клиентот да зборува за своите потреби и охрабрете го да поставува какви било прашања кои ќе му помогнат да ги задоволи потребите поврзани со неговото сексуално и репродуктивно здравје.
- Објаснете му на клиентот дека прашањата што му ги поставувате имаат само за цел тој полесно да донесе правилни одлуки за своите потреби и грижи.
- Помогнете му на клиентот да се фокусира само на оние работи за кои активно може да направи позитивна промена отколку да се пренатрупува од низа проблеми поврзани со проблемот, а за кои и самиот во моментот нема соодветни решенија. Помогнете му да разговара и со други лица на кои може да им верува и да добие дополнителна помош и поддршка.
- Обидете се да одговарате искрено, точно и целосно на прашањата на Вашиот клиент без разлика колку да се тешки и непријатни. На клиентот нема да му помогне лажно уверување за да престане да се грижи околу својот проблем.
- Објаснете му ги на клиентот сите чекори низ кои мора да помине за да ја добие бараната услуга, вклучувајќи со кој ќе разговара дополнително, какви испитувања и тестови ќе бидат направени и причините поради кои тие се неопходни, колку долго сето тоа ќе трае и колкави ќе бидат евентуалните трошоци.

- Информирајте го и упатете го клиентот до сите оние услуги што му се потребни.
- Обезбедете континуирана поддршка на клиентот, но избегнувајте клиентот да стане зависен од Вас, и помогнете му да развие сопствени вештини за решавање на проблемите.

5. ВРСКА МЕЃУ ИНФОРМИРАЊЕ/ЕДУКАЦИЈА И СОВЕТУВАЊЕ

Клиентите можат да учат за аспектите на сексуалното и репродуктивното здравје, како планирањето на семејството, безбедниот секс, сексуално-преносливите инфекции, контрацепцијата, ХИВ, преку други едукативни активности во рамки на институцијата која обезбедува услуги, како на пример читање постери и брошури поставени во чекалните, гледање филмови или ДВД, нивно вклучување во групни едукации и слично. **Времето што го поминуваат клиентите во чекалните треба да биде корисно искористено за нивно едуцирање за сексуалното и репродуктивното здравје.**

Советувањето е дел од процесот на информирање и едукација на клиентот. Обезбедувањето информација и едукација пред советувањето може да заштеди време во индивидуалното советување, но советувачот сепак треба да провери дали клиентот ги разбира основните факти поврзани со неговите потреби и проблеми.

Добрата информираност и едукација што ја поседува клиентот пред да биде советуван ќе го олесни процесот на советување и на донесувањето одлуки од страна на клиентот.

6. СОВЕТУВАЊЕ ЗА КОНТРАЦЕПЦИЈА

а) Избор на контрацептивно средство

Клиентите треба сами да донесат одлука кое е контрацептивно средство најсоодветно за нив да го користат. Советувачот треба да му помогне на клиентот да ги усогласи нејзините/неговите потреби за планирање на семејството и можностите за безбедно и соодветно контрацептивно средство.

Ако клиентот сака да започне да користи некое од контрацептивните средства, советувачот треба прво да го праша клиентот дали тој/таа одбрал која контрацепција би сакал да ја користи.

Ако клиентот веќе одбрал да користи одредено контрацептивно средство:

- Советувачот треба преку разговор да направи медицинска и социјална анамнеза за клиентот со цел да утврди дали средството кое сака да го користи клиентот одговара на неговите карактеристики, потреби и околности;
- Ако советувачот утврди дека контрацепцијата која сака да ја користи клиентот е соодветна за него/неа, испитајте дали клиентот има познавање за останатите контрацептивни методи и бидете сигурни дека тој/таа е цврсто решена за изборот кој/која го направила;
- Ако контрацепцијата која сака да ја користи клиентот не е соодветна (на пример, ако клиентката дои и поминале помалку од 6 месеци од породувањето, а сака да користи комбинирана орална контрацепција) објаснете ги недостатоците од користење на оваа контрацепција и информирајте го клиентот за други контрацептивни методи кои би биле посоодветни на неговата ситуација и стилот на живеење;

- Ако по разговорот за сите контрацептивни опции клиентот сепак ја одбере контрацепцијата којашто и пред советувањето сакал да ја користи, оваа контрацепција може да му се даде на клиентот ако придобивките од неговото користење преовладуваат во однос на ризиците и ако не постојат апсолутно никакви несакани ефекти.

Ако клиентот сè уште не одбрал кое контрацептивно средство да го користи:

- Прашајте го клиентот за кои од контрацептивните средства има познавања. Ова дава можност да се одреди кое е нивото на информираност и едукација на клиентот, но и да се поправат некои погрешни информации кај клиентот.
- На кратко објаснете му за секое од контрацептивните средства. Дадете дополнителни информации за оние средства за кој клиентот е посебно заинтересиран. Покажете му ги (преку модел, постер) контрацептивните средства и дадете му доволно време дополнително да ги разгледа и да ги испита. Бидете сигурни дека сте обезбедиле доволно информации за следново:
 - Како се користи и како дејствува контрацептивното средство?
 - Ефективноста на контрацепцијата;
 - Медицински контраиндикации;
 - Можни несакани ефекти;
 - Предности;
 - Недостатоци.
- Охрабрете го клиентот да поставува прашања.
- Разговарајте со партнерот за сите предности и недостатоци на средствата за контрацепција поврзани со карактеристиките, стилот на живеење и потребите на клиентот (на пример, каква е моменталната состојба во семејството – број на членови, материјална состојба, создавање навика да памти да ја зема

таблетата секој ден, соработка со партнерот, зачестеноста на сексуалните односи, број на партнери).

- Објаснете му на клиентот дека освен кондомите ни една друга контрацепција не заштитува од сексуално-преносливи инфекции и ХИВ.
- Проверете дали клиентот навистина донел одлука кој метод ќе го користи и директно прашајте го „Кој метод одлучивте да го користите?“
- По добивањето информации за сите контрацептивни средства клиентот и понатаму може да не биде одлучен кое средство да го користи и може да праша која контрацепција Вие би му ја предложиле.

Во тој случај понудете му контрацепција која најмногу ќе одговара на карактеристиките и на потребите на клиентот, меѓутоа објаснете му ги причините зошто токму тоа средство му го препорачувате. Бидете сигурни дека клиентот ги разбрал причините зошто токму таа контрацепција да ја користи и дека тој/таа дава согласност за вашиот предлог. Ако клиентот не го прифати Вашиот предлог за контрацепција, понудете му друго средство сè додека клиентот не даде согласност. Ако има клиентот сè уште некакви недоумици за методот, дадете му дополнително време да размисли пред да ја донесе крајната одлука. Преку континуирана едукација и советување, изборот за правилна контрацепција станува појасен и по извесно време клиентот ќе биде во можност сам да донесува одлуки.

Никогаш не наметнувајте контрацепција која е против волјата на клиентот

Специјални околности

- Некои клиенти не можат да користат одредена контрацепција поради здравствени причини. При ваква ситуација со клиентот објаснете кои се контраиндикациите и помогнете му да одбере друг метод.

- Ако клиентот одбере стерилизација како контрацепција, тој или таа ќе треба да добие посебно советување поради тоа што се работи за траен метод за планирање на семејството.

б) Инструкции како клиентот да го користи избраното контрацептивно средство

- Откако клиентот избрал која контрацепција ќе ја користи, следниве области треба да бидат покриени од страна на советувачот во текот на советувањето:
 - како да го користи клиентот избраното средство,
 - можните несакани ефекти,
 - справување со несакани ефекти,
 - потреба од дополнителна медицинска услуга, и каде да ја добие истата, при појава на посериозни симптоми и несакани ефекти,
 - обезбедување дополнителни информации (ако постојат),
 - закажување на следната посета (контрола).
- Прашајте го клиентот дали ги разбрал сите инструкции како да ја користи контрацепцијата и кажете му да ги повтори за да бидете сигурни дека се разбрани од негова страна. Доколку клиентот нешто погрешно разбрал, поправете ги грешките и повторете ги информациите што ги испуштил, а кои се важни за да биде контрацепцијата ефикасна.
- Обезбедете печатен материјал (или брошура) за избраната контрацепција за клиентот. Внимавајте јазикот на текстот да е соодветен со нивото на образование на клиентот. Кога советувате неписмени клиенти, обезбедете материјали со слики. Тие можат да се користат и како нагледни средства што го помагаат советувањето. Овие материјали се особено важни кога клиентот избрал орална контрацепција или кондом бидејќи нивната ефикасност зависи од тоа колку правилно и редовно ќе ја користи клиентот.

- Објаснете му на клиентот дека по некое време ќе треба да направи повторна посета (контрола). Исто така објаснете му ја на клиентот важноста од повторната посета:
 - Дали има несакани ефекти од контрацепцијата што ја користи?
 - Дали има дополнителни прашања?
 - Дали можеби сака да го промени контрацептивното средство?
 - Дали сака да престане да ја употребува избраната контрацепција?

в) Контролна посета

За да ги разбере клиентот целосно информациите поврзани со планирање на семејството и контрацепцијата и да ги развие потребните вештини, најчесто е потребно повеќе од едно советување или посета. Поддршката која треба да му се обезбедува на клиентот за планирање на семејството е континуиран процес кој трае во текот на целиот репродуктивен период. Повторните посети и обезбедувањето на континуирана грижа за клиентот во однос на планирање на семејството се од голема важност, бидејќи:

- ги зајакнува вештините и одлуките на клиентот како да го планира семејството,
- овозможуваат да се разговара за сите проблеми со кои клиентот се соочува со користење на избраното средство за контрацепција,
- дава одговори на некои прашања што клиентот ги има за контрацепцијата и средството што го користи во моментот,
- се прави контрола на моменталниот здравствен статус на клиентот кој може да укаже на потребата од преоѓање кон друго контрацептивно средство или да се престане со користење на моменталната контрацепција.

Во текот на контролната посета:

- На кратко поминете низ здравствениот картон на клиентот поврзан со податоците за состојбата со неговото сексуално и репродуктивно здравје;
- Прашајте го клиентот колку е задоволен од контрацепцијата што ја користи и дали има некои дополнителни прашања;
- Ако кај клиентот се јавуваат одредени проблеми со контрацепцијата, направете проценка за да ја утврдите природата на проблемот и разговарајте за можни решенија;
- Ако се проблемот несакани ефекти, направете проценка колку тие се сериозни и предложете решенија како да се справи клиентот со истите или понудете му (упатете го) на клиентот соодветна терапија;
- Ако не ја користи клиентот повеќе избраната контрацепција, прашајте поради кои причини е тоа (можеби е заради проблеми поврзани со погрешни сфаќања за методот, несакани ефекти, набавка на контрацепцијата). Ако клиентот сè уште сака да продолжи со користење на контрацепција, одговорете на неговите прашања и дадете му дополнителни информации кои ќе му овозможат да продолжи со користење на избраното контрацептивно средство;
- Ако клиентот сè уште ја користи избраната контрацепција, испитајте дали истата ја користи правилно. Дајте му инструкции на клиентот за правилна употреба на избраната контрацепција ако увидите дека има потреба;
- Направете дополнителен преглед и испитувања кај клиентот (доколку се јави потреба) за да тој/таа продолжи со користење на избраната контрацепција;
- Помогнете му на клиентот при изборот на друго средство за контрацепција ако тој/таа не е задоволен со моменталната контрацепција која ја користи, ако се промениле нејзините околности и навики или ако контрацепцијата не е повеќе сигурна за него/неа.;

- Ако сака да остане бремена Вашата клиентка, помогнете и да прекине со контрацепцијата и обезбедете и информации за повторно враќање на фертилитетот (плодноста). Нагласете ја важноста од антенатална грижа и како/каде истата може да ја добие.

г) Што да се прави доколку е избраниот метод на контрацепција неуспешно применуван?

Ако настане бременоста, од особена важност е да се разговара со клиентката за новата ситуација (или заедно со партнерот) и да се обезбеди целосна поддршка и совети кои ќе и бидат потребни. Обидете се да дознаете дали бременоста настанала како резултат на неуспешно и погрешно применуваната контрацепција и идентификувајте ги (ако е тоа можно) причините што довеле до тоа.

Најчесто е многу тешко да се претпостави каква ќе биде реакцијата на бремената жена (или и на нејзиниот партнер) како резултат на настанатата бременост. Првите реакции можат да бидат најразлични. Советувачите и давателите на услуги треба да бидат сензитивни и разумни за промената на чувствата кај клиентката (и тие на партнерот), да обезбедат дополнителна поддршка и да ја охрабрат клиентката (заедно со нејзиниот партнер) да го посетат повторно за дополнителни советувања (по нивна желба).

- Ако сака жената да ја продолжи бременоста: Советувајте ја за важноста од рана антенатална грижа, каде/како може да ја добие и потребата од советување за здрава исхрана.
- Ако не сака жената да ја продолжи бременоста: Советувајте ја за постапката за прекин на бременоста и законската регулатива. Укажете и на последиците од нелегално изведениот абортус.

7. СОВЕТУВАЊЕ ЗА СЕКСУАЛНО-ПРЕНОСЛИВИ ИНФЕКЦИИ

На клиентите обично им е непријатно да разговараат за сексуално-преносливите инфекции и за нивниот сексуален живот, особено ако давателот на услуги не се чувствува комфортно до крај отворено да зборува со клиентот за прашања поврзани со сексуалноста. Советувачите мора да поседуваат изградени комуникациски вештини и толерантни ставови за да се чувствуваат релаксирано кога го прашуваат клиентот за неговата сексуалност и за сексуалните активности. Во продолжение се наведени неколку насоки за советувачот како да советува за сексуално-преносливите инфекции:

- Бидете сензитивни кон чувствата на клиентот при разговорот и избегнувајте да ги осудувате неговите навики и однесување;
- Убедете го клиентот за доверливост на разговорот, во спротивно може нема да добиете целосни информации од клиентот плашејќи се дека тие ќе бидат споделени со трети лица;
- Објаснете му на клиентот зошто ќе му поставите прашања од лична природа, односно прашања кои навлегуваат во неговата интима и приватност;
- Обезбедете доволно време при советувањето особено ако клиентот се чувствува срамежливо.

Советувањето на клиентите е особено важно во понатамошната превенција од сексуално-преносливите инфекции. Од особена важност е и да разговарате со клиентот за потребата од третман за сексуално-преносливата инфекција кај неговиот сексуален партнер/и. Имајќи предвид дека ова е прилично деликатен проблем, на голем дел од клиентите ќе им биде тешко да разговараат за ова со нивните сексуални партнери. Разговарајте со клиентот детално и внимателно на оваа тема, но посочете на неопходноста од терапија за сексуално-преносливата инфекција со цел да се избегне повторна инфекција.

7.1 Упатства за клиентот

Упатствата што ќе му ги дадете на клиентот треба да се јасни и на јазик што одговара на неговото ниво на образование и стил на живеење. Советувајте го клиентот на следново:

- Да ја зема терапијата според тоа како му е препишана дури и кога ќе исчезнат симптомите;
- Да избегнува сексуални односи сè додека не заврши терапијата и не исчезнат симптомите;
- Да избегнува сексуален однос со неговиот партнер сè додека тој/таа не престане со терапија. Ако ова не е прифатливо за клиентот, тогаш клиентот треба да користи кондом;
- Да дојде на контрола за да биде сигурен дека е инфекцијата целосно излечена. Пожелно е на клиентот да му се дадат сите информации и упатства на писмено.

Дајте му простор на клиентот да Ве праша за сè што го интересира или му претставува дилема во однос на проблемот и замолете го да ги повтори најважните информации како проверка на разбраното што ќе овозможи квалитетна превенција и третман.

8. ДОБРОВОЛНО СОВЕТУВАЊЕ И ТЕСТИРАЊЕ ЗА ХИВ

Доброволното советување и тестирање за ХИВ треба да се разбере како нераскинлива компонента од услугите поврзани со сексуалното и репродуктивно здравје. Овој вид советување и тестирање за ХИВ им овозможува на клиентите да го дознаат својот ХИВ-статус и навремено да започнат со превенција, третман и грижа доколку се открие дека резултатот е ХИВ-позитивен. Стратегиите за превенција и намалување на ризиците се од особена важност и кај лицата чијшто ХИВ-тест е негативен.

Оваа услуга особено треба да им се нуди на лицата кои се под поголем ризик за пренос на ХИВ-инфекција. Институциите што работат на доброволно советување и тестирање за ХИВ треба да имаат изграден систем на упатување на клиентите до клиниките или психо-социјалните сервиси што обезбедуваат третман, грижа и поддршка на лицата кои живеат со ХИВ.

Доброволното советување и тестирање за ХИВ ги вклучува следниве принципи:

- доброволно (по барање на клиентот) осознавање на ХИВ-статусот,
- предтест-советување,
- давање согласност за информираност за правење на ХИВ-тестот,
- доверливост на информациите споделени во советувањето,
- ХИВ-тестирање,
- посттест-советување и советување за превенција кај ХИВ+ лица.

8.1 Предтест-советување

Советувањето треба да биде доверливо, да не се осудува клиентот поради неговите навики и стилот на живеење и да биде соодветно на потребите и карактеристиките на клиентот. Само на тој начин клиентот полесно ќе даде согласност за информираност за правење на ХИВ-тестот и при преземање на конкретни дејства за во иднина, и во делот на превенција при негативен резултат и во делот на превенција, грижа и третман при откриен позитивен статус. Клиентот треба да биде свесен дека целиот процес на советување и тестирање е доброволен (по негово барање) и доверлив. Советувањето треба исто така да ги вклучи следниве компоненти:

- Обезбедете јасни општи информации за ХИВ, како се пренесува, која е разликата меѓу ХИВ и СИДА;
- Направете проценка на ризикот и утврдете го т.н. период на прозорец („window period”);
- Објаснете му ја целосно постапката за ХИВ-тестирањето;
- Бидете сигурни дека клиентот ги разбира предностите и значењето да го знае сопствениот ХИВ-статус.

8.2 Давање согласност за информираност за правење на ХИВ-тестот

Ова се однесува на давање дозвола од страна на клиентот до давателот на услуга да му се направи ХИВ-тестот откако тој ги добил сите неопходни информации за придобивките и за можните ризици од ХИВ-тестирањето. Давањето согласност за информираност од страна на клиентот за правење на ХИВ-тестот е од особена важност имајќи ја предвид сериозноста од позитивниот ХИВ-статус и можноста таа да предизвика емоционален стрес кај клиентот, социјално стигматизирање и дискриминација во разни форми.

8.3 Доверливост

Советувачот треба да го убеди клиентот и да гарантира дека сите информации што ќе бидат споделени во текот на советувањето остануваат само меѓу нив и дека нема да бидат споделени со трети лица без претходна согласност од клиентот. На тој начин ќе се зголеми довербата меѓу советувачот и клиентот и ќе се олесни процесот на советувањето.

8.4 ХИВ-тестирање

ХИВ-тестирањето се изведува со употреба на специфични тестови и во согласност со утврдените протоколи за работа. ХИВ-тестирањето не се препорачува без правење на предтест- и посттест-советување.

8.5 Посттест-советување

8.5.1. Негативен резултат

Разговарајте со клиентот:

- Соопштување на резултатот и справување со првичните реакции и емоции на клиентот;
- За т.н. период на прозорец (window period) и ограничувањата на тестот;
- Потреба за повторен тест по 6 месеци од последно утврдено ризично однесување;
- Одговорно однесување и намалување на ризиците, вклучувајќи безбеден секс, правилна употреба на кондом, користење стерилни игли и шприцеви.

8.5.2 Позитивен резултат

- Соопштување на резултатот и справување со првичните реакции и емоции на клиентот;
- Дополнително обидете се да го смириете клиентот и да ја дадете целосната ваша емоционална и психолошка поддршка;
- Објаснете ја разликата меѓу ХИВ-инфекцијата и СИДАТА и дека лицата што живеат со ХИВ можат да останат и подолго време здрави;

- Помогнете им да разговараат со други лица, мрежи и сервиси за да добијат дополнителна психосоцијална и емоционална поддршка и упатете ги до соодветните институции за третман и пристап до терапија;
- Разговарајте со нив дали имаат некакви првични планови и барање и видете дали на нив можете да одговорите или упатете ги до соодветните места;
- Разговарајте за ризикот за пренос на ХИВ кон други лица, ризикот од повторна инфекција со ХИВ-вирус или друга сексуално-пренослива инфекција;
- Разговарајте за одговорно однесување и намалување на ризиците, вклучувајќи безбеден секс, правилна употреба на кондом, користење стерилни игли и шприцеви;
- Охрабрете го клиентот за потребата да го извести својот партнер за правење на доброволно советување и тестирање за ХИВ и спречување на понатамошно ширење на инфекцијата.

II. ОСНОВНИ ИНФОРМАЦИИ ЗА РЕПРОДУКТИВНОТО ЗДРАВЈЕ

1. СЕКСУАЛНИОТ РАЗВОЈ И РЕПРОДУКТИВНАТА ФУНКЦИЈА

Сексуалниот развој и репродуктивната функција се во зависност од координираната активност на хипоталамусот, хипофизата и овариумите - таканаречената хипоталамо-хипофизарно-оваријална оска.

Хипоталамусот лачи гонадотропин – ослободувачки хормон (gonadotropin-releasing hormone GnRH) во пулсирачки режим кој ја стимулира хипофизата да ослободува хормони гонадотропини фоликулостимулирачки и лутеинизирачки (FSH- follicule stimulating hormone-FSH и luteinizing hormone-LH).

FSH и LH ги стимулираат овариумите да произведуваат оваријални хормони (стероиди) – андрогени, естроген и прогестерон.

Излачените естроген и прогестерон, со помош на негативна, а подоцна и позитивна повратна (feed-back) врска, доведуваат до појава на нагло покачување на LH, а со тоа и овулација и ослободување на јајна клетка.

Првата менструација, која се случува во пубертетот, се вика **менарха**. Во пубертетот овулацијата секогаш не претходи на

цикличното крварење од матката, и секогаш не започнува со редовни менструални циклуси, сè додека не настане стабилизирање на хипоталамо-хипофизарно-оваријалната оска.

На менструалниот циклус влијаат и други фактори, како хормони од други жлезди (тироидна, надбубрежна), неуротрансмитери (допамин, катехоламини, серотонин и др.), како и влијанија од исхраната и од надворешните услови.

Уште пред раѓањето на женскиот фетус, неговите овариуми содржат неколку милиони примордијални фоликули кои можат да создадат јајна клетка, но само неколку стотини од нив ќе успеат да го направат тоа во тек на репродуктивниот период на една жена.

2. Менструалниот циклус

Менструалниот циклус се дели на два дела: фоликуларна фаза (или преовулаторна) и лутеална (постовулаторна фаза).

2.1 Фоликуларна (пролиферативна) фаза е претставена со раст на вредностите на FSH во крвта, кој го стимулира растењето на и матурацијата на група на оваријални фоликули.

Најчесто еден фоликул станува најголем (доминантен) и тој, ако се одвива циклусот нормално, ослободува една јајна клетка.

24-48 часа пред овулацијата, брзиот раст на вредностите на естрогенот предизвикуваат позитивна повратна спрега и предизвикуваат раст на LH од хипофизата, кој предизвикува стимулација за овулацијата, т.е. руптура на фоликулот и ослободување на јајната клетка.

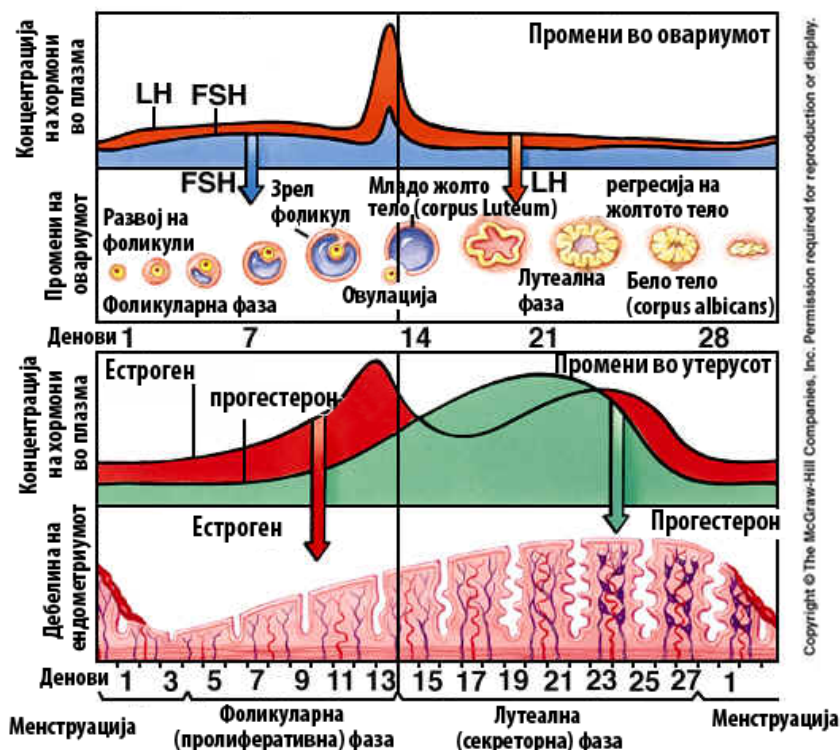
2.2 Лутеална (секреторна) фаза е дел од менструалниот циклус во која руптурираниот фоликул се трансформира во жолто тело (*corpus luteum*), кој има функција на производство на дополнителна количина на хормони - андрогени, естроген и најмногу од сè на прогестерон. Под дејство на прогестеронот, ендометриумот на матката секреторно се променува и е подготвен за имплантација (вгнездување) на ембрионот.

Доколку не настапи оплодување на јајната клетка со сперматозоид, не настане ембрион и нема имплантација во ендометриумот, *corpus luteum* регредира и се намалуваат вредностите на естроген и прогестерон.

Последица на тоа намалување на хормонското дејство е недостаток на хормонска поддршка за ендометриумот, кој се одлупува и предизвикува менструално крварење.

Доколку настапи оплодување на јајната клетка, настанок на ембрион и негова имплантација во ендометриумот, клетките околу имплантираниот ембрион лачат хормон хорионски гонадотропин (HCG). Тој го поддржува постоењето на *corpus luteum* и производството на естроген и прогестерон, што овозможува успешно напредување на бременоста.

Шематски приказ на оваријален и менструален циклус



Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. Permission required for reproduction or display.

Шема менструален циклус Speroff

3. БРЕМЕНОСТ

Дијагнозата на бременоста може да се постави на различни начини.

Таа е важна за определување на гестациската старост на бременоста, како за определување на веројатниот термин за раѓање, дијагностицирање на одредени компликации на бременоста (вонматерична бременост или претечки абортус), или желбата за намерен абортус.

Симптомите на бременост вклучуваат:

отсуство на менструација, гадење (со или без повраќање) и промени во апетитот, постојан замор, болна осетливост во градите и нивно зголемување, почесто уринирање, чувствување на феталните движења (подоцна 16. – 20. гестациска недела).

Знаците на бременост вклучуваат:

При бимануелен вагинален преглед (омекнатост, заобленост и зголеменост на утерусот во зависност од гестациската старост), слушање на феталните тонови или чувствување на феталните движења.

Со помош на знаците и симптомите на бременоста, и внимателно земена анамнеза од пациентката, може да се постави клиничка дијагноза на бременоста, најчесто од 6. – 8. недела на бременоста.

Најчесто првичната дијагноза на бременоста е со помош на биохемиските тестови кои го откриваат присуството на хорионскиот гонадотропин (HCG) во урината или крвта. Се користи најчесто детекцијата на бета-субединицата на HCG, која е високо специфична. Најновите мерачи на β -HCG во крвта и урината се осетливи дури и 2-3 дена пред да дојде менструацијата, но сепак најсигурно е тестирањето по нејзиното задоцнување.

Дефинитивната дијагноза на бременоста се поставува со употребата на ултразвукот (ехосонографијата), која е составен дел од секоја гинеколошка ординација во Република Македонија. При тоа се визуелизира локацијата на бременоста (во кавумот на утерусот или ектопична локализација), гестациската недела на бременоста (по големината на ембрионот- CRL crown-rump length), како и присуството или отсуството на срцева акција кај плодот. Ваквата рана детекција на бременоста овозможува

навремено следење на текот на бременоста и по потреба соодветна интервенција од медицински или немедицински причини (во случај на ектопична или несакана бременост), која е најдобра за здравјето на пациентката.

Дијагностицирањето на бременоста е важно како за оние што сакаат да останат бремени и да го планираат семејството, така и за оние што имале незаштитен сексуален однос, се сомневаат дека се несакано бремени или контрацепцијата не ги заштитила.

Бременост треба да се исклучи и пред да се почне со употреба на контрацептивни средства, што се обезбедува како со клиничко, така и со соодветно биохемско тестирање.

По дијагностицирањето на бременоста, секоја жена треба да е соодветно советувана: доколку е планирана бременост, да и се објасни важноста на пренаталната грижа (определување на крвна група и Rh-фактор, редовни антенатални контроли за навремена дијагностика на хромозомопатии и структурни аномалии кај плодот, и редовни контроли и скрининзи за појава на гестациски дијабетис и прееклампија); доколку е непланирана да и се овозможи да донесе информирано решение за продолжување или прекин на бременоста (и исто така да и се објасни важноста од определување на крвна група и Rh-фактор и добивање на соодветна Rh-профилакса по интервенцијата).

4. ПРЕКИН НА БРЕМЕНОСТА: БЕЗБЕДЕН АБОРТУС

Прекилот на бременоста, во земјите каде тоа е законски дозволена медицинска процедура, треба да биде соодветно организирана, безбедна процедура која се извршува во рамките на центрите за планирање на семејството или во соодветно опремени гинеколошко-акушерски институции.

Освен безбедно извршување на процедурата за прекин на бременоста, треба да се обрне големо внимание за понатамошно советување за заштита на жената од други несакани бремености и повторно враќање за абортус.

Намерен прекин на бременоста (абортус) може да се предизвика со помош на хируршки методи – вакуум-аспирација или дилатација и киретажа, или со медикаментозни методи-употреба на антипрогестоген и/или простагландини.

Безбеден абортус е оној што е изведен од соодветно едуцирани лица во соодветно опремена институција, а небезбеден е секој друг начин.

Абортусот, изведен безбедно, е една од најбезбедните медицински процедури. Со зголемување на гестациската старост расте и ризикот од интервенцијата.

Жените треба да бидат информирани дека доколку треба да се направи прекин на бременоста, најбезбедно е тој да биде до 12. гестациска недела, во институција со обучени професионалци.

Абортусот сепак може да има свои рани и доцни компликации. Раните можат да бидат крварење, инфекција, перфорација на матката, резидуални маси по абортусот, компликации од анестезијата, додека во подоцнежната гестациска старост можат да настанат одредени медицински состојби кои можат да доведат и до појава на стерилитет.

Пред извршување на абортусот, треба да се добијат сите релевантни информации за бремената, а во интерес на безбедно извршување на процедурата:

- анамнеза на пациентката (последна менструација, симптоми на бременост, сегашни и претходни заболувања, алергии, употреба на медикаменти),

- преглед на бремената пациентка (општа здравствена состоја, бимануелен гинеколошки преглед, ултразвучен преглед и/или тест за бременост),
- лабораториски анализи (крвна група и Rh-фактор, советување за ХИВ-тест, PAP/VF-тест).

Доколку има сомневање за инфекција на гениталниот тракт, прво да се ординира антибиотска терапија.

Методот за прекин на бременоста зависи од гестациската старост, обуката на медицинскиот персонал, постојната опрема и од желбата на жената.

Советувањето по абортусот треба да биде насочено кон давање јасни усни или пишани совети и препораки:

- нормалната менструација се воспоставува за 4-8 недели, да не се практикуваат сексуални односи додека не престане крвавењето, лесно крварење има во првите неколку дена, доколку се појават грчеви(болки) во долниот дел на абдоменот треба да земе аналгетик и сл.;
- кои се знаци за компликации - обилно крварење, појава на температура или треска, силни болки во абдоменот и сл., и каде да се јави во случај на појава на истите;
- да се препорачаат средства за контрацепција за понатаму и каде да се обрати за понатамошно советување.

5. ПЛАНИРАНА БРЕМЕНОСТ: ОСНОВНИ ПРЕПОРАКИ И ИСПИТУВАЊА

Во индустриски развиените земји околу 15% од сите нови бракови (партнерства) ќе бидат периодично инфертилни т.е. тие нема да зачат во тек на една година на редовни незаштитени сексуални односи.

Евалуацијата на нивниот инфертилитет треба да биде направена методично така што испитувањата се изведуваат по одреден редослед и во лимитиран временски период.

Од огромна важност е да се посвети доволно внимание и да се добие исцрпна анамнеза за репродуктивниот и сексуалниот живот на партнерите, вклучително и сите други здравствени и социјални состојби и однесувања на партнерите, а кои би можеле да влијаат на појавата и на лекувањето на инфертилитетот. Исто така треба да се нагласи и значењето на целосниот клинички преглед кај двата партнера, која за искусниот специјалист може да значи и откривање на многу специфични состојби кои имаат свое влијание на фертилитетот кај брачните партнери.

Најважните причини за инфертилитет се нарушувања во овулацијата, оштетување на тубите, ендометриоза, намален квалитет на спермата и необјаснив инфертилитет.

Во самиот почеток на евалуацијата прво треба да се направи спермограм, како и да се земат добри анамнестички податоци (возраст, години на инфертилитет, сексуална фреквенција и дисфункција, професија на партнерите, алкохол и болести на зависност, венерични болести, религиозен и социо-економски статус, медицински состојби од интерес и сл.).

Потребно е да се направат микробиолошки испитувања кај двата партнера.

Неопходно е да се направи хормонски статус кај пациентката.

Се вршат испитувања и на морфологијата на женскиот генитален тракт (хистеросалпингографија и/или хистероскопија/лапароскопија).

Примарно третманот треба да биде насочен кон едноставните

состојби како вагинална/цервикална инфекција, животниот стил, фреквенцијата и времето на коитусот.

Треба да се охрабрат партнерите да побараат помош во специјализирана институција, како и да се смират и да се мотивираат во однос на успешноста на лекувањето.

Во случај на долгогодишен инфертилитет, поодмината возраст на пациентката, како и на неуспешноста на третманот (first-line treatment), треба да се употребат методите на асистирани репродукција (ин витро-фертилизација-IVF).

III. КОНТРАЦЕПЦИЈА

Ефективната контрола на репродукцијата може да биде од суштинско значење за жената, нејзините индивидуални цели и нејзиното чувство на благосостојба. За избор на контрацепцискиот метод влијаат факторите како ефикасност, безбедност, трошоци и лични размислувања.

Ефикасноста на контрацепцијата зависи од методот на контрацепција што е избран, но и од правилната употреба на избраниот метод. Затоа и стапката на неуспех зависи од правилната и/или несоодветната употреба на контрацептивниот метод и обично е варијабилна.

Методите за контрацепција можат да бидат поделени на трајни и привремени, бариерни и небариерни, хормонски и нехормонски и слично. За одбележување е дека освен правилната употреба на кондомот, ниту еден метод на контрацепција не заштитува од сексуално-преносливите болести.

За поедноставно и поефикасно избирање на методот за контрацепција, најчесто се делат на:

- хормонска контрацепција (орална или инјекциска),
- интраутерини влошки,
- бариерни методи,

- методи базирани на фертилноста,
- стерилизација
- и итна контрацепција.

1. ХОРМОНСКА КОНТРАЦЕПЦИЈА

Хормонската контрацепција обезбедува едноставна и безбедна заштита од несакана бременост. Таа има системско дејство, кое се базира на неколку ефекти од примените хормони. Примарно дејствува на инхибиција на овулацијата, ја менува (згуснува) конзистенцијата на цервикалниот мукус и влијае на нерецептибилноста на ендометриумот за имплантација.

Хормонските средства за контрацепција се базирани на комбинирано дејство на прогестаген и естроген, или само на прогестагенски формулации.

Начинот на внес може да биде по орален пат, со средства за инјектирање (периодични инјекции или со импланти) и со хормонски депоа во внатрешноста на интраутерината влошка.

1.1 Комбинирани орални контрацептиви (КОК)

Комбинираните орални контрацептиви содржат комбинација на естроген и прогестеронска компонента. Естрогенската компонента е ethinyl-estradiol, а прогестинската компонента се состои од norethindrone, levonorgestrel, norgestrel, norethindrone ацетат, ethynodiol diacetate, norgestimate и desogestrel. Најновиот плус на прогестинската група е додавањето на drospirenone.

Препаратите можат да бидат монофазни, кога во сите таблети има фиксна концентрација на естроген и прогестаген во тек на 21 ден, следен со 7 дена хормонски неактивни таблети

или без таблети. Има и мултифазни комбинирани орални контрацептиви, каде концентрацијата на естроген и прогестаген варира во таблетите кои се земаат во текот на циклусот. Нема докази дека мултифазичните таблети се поефикасни и безбедни од монофазните и нивните ефекти се споредливи.

Со намалувањето на дозите на хормонските компоненти (посебно на естрогенот) се намалуваат и можните нусефекти, а се зголемува безбедноста на употреба на контрацептивните таблети. Денес, најголемиот број на контрацептивни таблети имаат 28 таблети, од кои 21 хормонално активни апчиња и 7 плацебо таблети, а со цел да не се изгуби секојдневниот ритам на земање на таблетите.

Ако жената не земе 1 или 2 таблети, таа треба да земе дополнително уште една таблета првиот ден, а потоа да продолжи со регуларниот начин на земање. Жените што имаат пропуштено повеќе од 2 последователни таблети треба да се советуваат да користат резервен метод на контрацепција сè до завршувањето на пакетот на апчиња до нивната следна менструација.

Спречувањето на овулација се смета дека е доминантниот механизам на дејство. Или прогестеронот или естрогенот е способен сам за инхибиција FSH и LH доволно за да се спречи овулацијата. Комбинацијата на два стероиди создава синергистички ефект. Тие исто така ја менуваат конзистентноста на слузта на грлото и влијаат на ендометриумот.

Комбинираните орални контрацептиви можат да бидат метод на избор за контрацепција за жените што сакаат да користат хормонална контрацепција, а при тоа сакаат:

- високоефективен метод на контрацепција,
- можат да земаат секојдневно и регуларно контрацепција и постојано имаат начин за нивно обезбедување,

- имаат потреба и од некој од дополнителните здравствени ефекти на КОК (анемија од обилни менструални крварења, болни менструации, повторувачки бенигни цисти, анамнеза за ектопична бременост, фамилијарно оптоварување со рак на овариуми и ризик од пелвична инфламаторна болест),
- ефикасност (стапка на неуспех од 0,1% со правилна употреба, до 5% со типична употреба).

Предности

Оралните контрацептиви се користат како третман за менструални неправилности, бидејќи го регулираат менструалниот циклус. Ја намалуваат менструалната крвозагуба, овозможуваат одложување на менструалното крварење по потреба или желба. Оралните контрацептиви ја намалуваат инвиденцата на пелвична инфламаторна болест и функционални цисти.

Недостатоци

Оралните контрацептивни средства не обезбедуваат заштита од СПБ. Секојдневно земање на таблетите е неопходно, и непостојаната употреба може да ја зголеми стапката на неуспех. Пред почнување со употреба треба да се исклучат апсолутните и релативни контраиндикации за примена на оваа хормонска терапија (погледни анекс 1).

1.2 Прогестагенски орални контрацептиви (ПОК)

Прогестагенски орални контрацептиви се орални хормонски контрацептиви кои содржат само прогестаген, во помали дози отколку во комбинираниите препарати. Најчесто употребуваните типови содржат levonorgestrel, desogestrel, noretisterone или lynestrenol.

Се употребуваат како и КОК, еднаш дневно, приближно во исто време.

Механизмот на дејствување се должи на прогестеронското дејство, пред сè на цервикалниот мукус кој оневозможува продирање на спермата. Секундарно, во помал обем дејствува и на настанување на овулацијата и инхибиција на имплантацијата во ендометриумот.

Прогестинските орални контрацептиви се посебно погодни за жените кои сакаат да употребуваат хормонска контрацепција, а имаат состојба која исклучува употреба на естроген.

Ако се пропушти една таблета, тоа треба да се земе што е можно побрзо; следното апче треба да се земе во закажаното време. Додатен метод за контрацепција треба да се користи за следните 48 часа.

Ефикасност

Спречувањето на контрацепцијата е нешто понеефикасно отколку кај комбинираниите орални контрацептиви, посебно кај помладите жени, но се покачува кај пациентките над 35 години.

Предности

ПОК ја намалуваат дисменорејата, предменструалниот синдром, го намалуваат менструалното крварење. Не постојат нусефекти на естрогенското дејство.

Недостатоци

Таблетите треба да се земаат секојдневно. Пред почнување со употреба треба да се исклучат апсолутните и релативни контраиндикации за примена на оваа хормонска терапија (анекс

1), кои се помалубројни заради неприсуството на естроген. Другите негативни ефекти вклучуваат гадење, надуеност на градите, главоболка и аменореја.

1.3 Прогестагенски инјектирачки контрацептиви (ПИК)

Прогестагенските инјектирачки контрацептиви се составени од синтетски стероидни хормони кои го имитираат дејството на прогестеронот. По инјектирањето, тие постепено се ослободуваат системски во крвотокот и обично дејствуваат 2-3 месеци.

Најчесто употребувани препарати се Depot medroxyprogesterone acetate (DMPA) во доза од 150 mg на секои три месеци или Norethisterone enanthate (NET-EN) во доза од 200 mg на секои 2 месеца.

Механизмот на дејствување, како и кај оралните форми, се должи на прогестеронското дејство. Ја менува вискозноста на цервикалната мукус (згуснува) и оневозможува продирање на спермата, а во помал обем дејствува и на настанување на овулацијата и инхибиција на имплантацијата во ендометриумот.

Прогестагенските инјектирачки контрацептиви можат да бидат метод на избор за контрацепција за жените кои сакаат да користат хормонална контрацепција, а при тоа:

- сакаат високоефективен метод на контрацепција,
- се во период на лактација,
- не сакаат да се поврзани со дневен режим на земање контрацептиви,
- не сакаат да чуваат контрацептиви дома,
- не треба да користат естрогенски препарати.

Ефикасност

Прогестагенските инјектирачки контрацептиви претставуваат ефикасен метод, со стапка на неуспех во првата година на користење од 0,3%. Ниту различна тежина, ниту истовремена употреба на лекови не забележува промени во ефикасноста.

Предности

Прогестогенската инјектирачка контрацепција не бара секојдневен режим на употреба. Не произведува несакани ефекти на естроген. Се намалуваат дисменореичните тегоби. Може да се употребува во период на лактација.

Недостатоци

Нарушување на менструалниот циклус, нерегуларни крварења. Подолг период до враќање на фертилноста. Пред почнување со употреба треба да се исклучат апсолутните и релативни контраиндикации за примена на оваа хормонска терапија, кои се помалубројни заради неприсуството на естроген.

1.4 Комбинирани инјектирачки контрацептиви (КИК)

Комбинираните инјектирачки контрацептиви содржат кратко дејствувачки естроген и долго дејствувачки прогестоген. Инјектираниот контрацептив се ослободува полека во тек на 28 дена од местото на инјекцијата. Треба да се прима една инјекција секој месец.

Достапни се два препаратата: една комбинација од 25 mg medroxyprogesterone acetate и 5 mg estradiol cypionate и другата комбинација на 50 mg norethisterone enanthate и 5 mg oestradiol valerate.

Дејството им е примарно на супресија на овулацијата, а помалку на згуснување на цервикалниот мукус и намалена рецептибилност на ендометриумот.

Комбинираните инјектирачки контрацептиви можат да бидат метод на избор за контрацепција за жените кои сакаат да користат хормонална контрацепција, а при тоа:

- сакаат високоефективен метод на контрацепција,
- не сакаат да се поврзани со дневен режим на земање контрацептиви,
- не сакаат да чуваат контрацептиви дома,
- не сакаат да им се случат ирегуларни крварења какви што има понекогаш со ПИК.

Ефикасност

Комбинираните инјектирачки контрацептиви претставуваат ефикасен метод, со стапка на неуспех сличен на ПИК.

Предности

Комбинираните инјектирачки контрацептиви не бараат секојдневен режим на употреба. Не се поврзани со коитусот.

Недостатоци

Комбинираните инјектирачки контрацептиви бараат едномесечно примање на интрамускулна инјекција, што за некои жени претставува дискомфорт. Не се соодветни за жени кои не треба да користат естрогенски препарати. Пред почнување со употреба треба да се исклучат апсолутните и релативни контраиндикации за примена на оваа хормонска терапија.

1.5 Прогестагенски поткожни импланти

Прогестагенските импланти се поставуваат поткожно и ослободуваат постепено прогестоген со контролирана доза, со што се обезбедуваат релативно мали дози секојдневно доволни да се обезбеди контрацептивниот ефект.

Постојат 2 типа контрацептивни импланти кои содржат или levonorgestrel или etonogestrel. Тие обезбедуваат континуирана и долготрајна контрацепција во тек на 5 години (3-7 години во зависност од препаратот). Контрацептивната заштита започнува во рок од 24 часа, ако се вметнат во текот на првата недела од менструалниот циклус. Прачките се вметнуваат поткожно, обично во надлактицата.

Механизмот на акција е примарно развој на вискозен и слаб цервикален слуз во комбинација со потиснување на овулацијата и спречување на имплантација во ендометриумот.

Прогестагенските поткожни импланти можат да бидат метод на избор за контрацепција за жените што сакаат да користат хормонална контрацепција, а при тоа:

- сакаат високоефективен и долготраен метод на контрацепција;
- не сакаат да се поврзани со дневен или повторувачки режим на земање контрацептиви;
- завршиле со репродукцијата, а не сакаат да се стерилизираат;
- не треба да користат препарати што содржат естроген.

Ефикасност

Стапката на неуспех е приближна на хируршката стерилизација.

Предности

Прогестагенски поткожни импланти обезбедуваат долготрајна, континуирана заштита. Употребата не е поврзана со коитусот. Фертилноста се враќа веднаш по отстранувањето на имплантот.

Недостатоци

Мала хируршка процедура е неопходна при имплантацијата и отстранувањето. Можат да се појават менструални неправилности, главоболки, промени на расположението, засилена влакнатост, галактореа и акни. Постојат одреден број апсолутни и релативни контраиндикации кои треба да се земат предвид пред употребата на имплантите.

1.6 Други типови препарати за комбинирана хормонска терапија

Други типови препарати за комбинирана хормонска терапија се трансдермална лепенка која се менува еднаш неделно во тек на 3 недели, а една недела е без лепенка. Друг метод е вагиналниот прстен кој се вметнува и стои 3 недели во вагината, а една недела се вади. Двата метода се високоефикасни доколку се употребуваат правилно.

2. ИНТРАУТЕРИНА ВЛОШКА - СПИРАЛА

Интраутерината влошка (IUD) е високоефикасен метод на контрацепција. Има два типа, интраутерина влошка што содржи бакар и интраутерина влошка со хормонска ослободувачка форма (progesterone или levonorgestrel).

T-380 спиралата има T-форма, направена е од полиетилен обвиткансо бакарна жица која содржи 380 мг бакар.

Контрацепцијата е ефикасна, трае до 10 години.

Медицираните (хормон-ослободувачки) влошки ги има два типа, една што содржи 38 mg прогестерон, кој постепено се ослободува. Ова е доволно количество хормони во траење од 400 дена и друг тип што содржи еден резервоар со levonorgestrel, кој испушта 20 mcg levonorgestrel на ден во утерината празнина во текот на 5 години.

Механизмот на акција е комбинација од инхибиција на спермалната подвижност кон тубите, инхибиција на транспортот на јајната клетка и инхибиција на фертилизацијата и имплантацијата во ендометриумот. Интраутерината влошка со хормонско дејство предизвикува и промени во конзистенцијата на цервикалната слуз, што ја оневозможува миграцијата на сперматозоидите.

Интраутерините влошки можат да бидат метод на избор за контрацепција за жените кои:

- сакаат високоефективен, долготраен и реверзибилен метод на контрацепција,
- не сакаат да се поврзани со дневен или коитален режим на употреба на контрацептиви,
- се во период на лактација,
- сакаат дискретен начин на контрацепција,
- не смеат да употребуваат хормонска контрацепција,
- завршиле со репродукцијата, а не сакаат да се стерилизираат.

Ефикасност

Стапка на неуспех изнесува 0,1-1% кај различните типови интраутерини влошки.

Предности

Интраутерините влошки немаат системски несакани ефекти. Стапката на ектопична бременост е намалена, а исто така се намалува и менструалната крвозагуба.

Недостатоци

Контраиндикации има кај утврдени интраутерини аномалии, недијагностицирани генитални крварења, болести на грлото на матката, зголемена подложност кон инфекции, болести на коагулацијата или ендометријални инфекции.

3. БАРИЕРНИ МЕТОДИ (СРЕДСТВА) ЗА КОНТРАЦЕПЦИЈА

Бариерните методи (**средства**) за контрацепција спречуваат настанување на бременост со оневозможување на спермалната миграција во утерината празнина. Тие се лесни за употреба, безбедни, немаат системско дејство и скоро и да немаат контраиндикации. Нивната употреба е поврзана со коитусот, и затоа правилната употреба при секој коитус е важна за оптимален успех на методот.

Бариерните методи се особено препорачливи:

- за клиенти што немаат регуларни сексуални односи,
- за клиенти што имаат контраиндикации за други контрацептивни методи,
- како привремен метод за контрацепција;
- како дополнителен метод за контрацепција;
- како заштита и од сексуално преносливи болести (кондом).

3.1 Кондом

3.1.1 Машки кондом

Машкиот кондом е тенка латекс гума, која го препокрива еректираниот пенис. Ја задржува спермата и оневозможува нејзино преоѓање во вагината. Се употребува пред секој коитус. Претставува единствен метод за контрацепција кој при правилна употреба штити од сексуално-преносливи болести.

Ефикасност

Стапката на неуспех се проценува на околу 14% во текот на првата година од типична употреба.

Предности

Машкиот кондом е лесно достапен, евтин и едноставен за употреба. Машкиот кондом е ефикасен и во заштита од сексуално-преносливи болести.

Недостатоци

Некои корисници можат да имаат намалено сексуално уживање или алергија од латекс.

3.1.2 Женски кондом

Женскиот кондом е направен од мек полиуретан претходно лубрициран. Се поставува во вагината пред секој коитус. Внатрешниот прстен се вметнува длабоко во вагината, додека надворешниот прстен ги покрива лабиите за време на сексуалниот однос. По ејакулацијата, женскиот кондом ја задржува спермата и не дозволува контакт со цервиксот.

Ефикасност

Стапката на неуспех е 15% за 6 месеци.

Предности

Женскиот кондом обезбедува заштита и на лабиите и на основата на penisот за време на односот, а со тоа и делумна заштита од сексуално-преносливите болести.

Недостатоци

Женскиот кондом понекогаш е тешко да се одржи во вагината. Внатрешниот прстен може да предизвика непријатност.

3.2 Дијафрагма

Дијафрагмата е латекс чашка со свиткувачки рабови. Кога е исправно поставена во вагината го покрива цервиксот во целост. Се произведува во различни дијаметри. Во внатрешноста на куполата се нанесува спермициден крем или желе и се поставува непосредно пред сексуалниот однос. Дејствува како бариера за премин на спермата во грлото на матката. По сексуалниот однос, дијафрагмата треба да се остави во вагината уште неколку часа.

Дијафрагмата може да биде метод на избор за контрацепција за жените кои:

- сакаат сами да бидат одговорни за методот на контрацепција,
- сакаат метод кој не е стриктно поврзан со времето на коитусот,
- можат да научат да ја употребуваат техниката на аплицирање.

Ефикасност

Ефикасноста на дијафрагмата зависи од возраста и од искуството во употребата на корисникот, а стапката на неуспех во рамките на првата година се проценува на 20%.

Предности

Дијафрагмата се поставува непосредно пред односот и не содржи хормони.

Недостатоци

Со помош на стручно лице, треба да се одбере вистинската големина и да се научи правилната употреба на дијафрагмата. Треба да се аплицира и да се одржува дијафрагмата со почитување на сите хигиенски мерки. Почестата употреба може да доведе до лесни повреди на вагиналниот сид и уринарни инфекции.

4. ХЕМИСКИ СРЕДСТВА - СПЕРМИЦИДИ

Спермициди се хемиски средства кои ги инактивираат и ги умртвуваат сперматозоидите. До одреден степен, тие прават бариера преку цервиксот. Постојат различни форми на спермициди, како кремове, желеа, вагиналети, растворувачки таблети и пени.

Употребени сами имаат ниска ефикасност, но комбинирани со други бариерни методи даваат висок степен на заштита.

Тие мора да се вметнуваат во вагината пред секој коитален чин. Дејствуваат бактерицидно и на лактобацилите кои се дел од нормалната вагинална флора, а со тоа го нарушуваат нормалниот однос на вагиналната флора при честа употреба.

Ефикасност

Стапката на неуспех во рамките на првата година е 6%.

Предности

Овој бариерен метод едноставно се применува, достапен е и евтин. Не бара посебна обука и нема системски несакани ефекти.

Недостатоци

Спермицидот обезбедува минимална заштита од сексуално преносливи болести. При честа употреба, можна е вагинална иритација, а поретко и алергиска реакција.

5. МЕТОДИ ЗА КОНТРАЦЕПЦИЈА БАЗИРАНИ НА ФЕРТИЛНОСТА

Методите за контрацепција базирани на фертилноста се методи базирани за свесноста на почетокот и на крајот на фертилниот период во менструалниот циклус. Овој метод вклучува периодична апстиненција, т.е. се обидува да избегне сексуални односи за време на периодот кога е жената плодна т.е. околу време на овулацијата. Тоа овозможува да настане временска бариера во можноста да настапи фертилизацијата (т.е. да се сретнат јајната клетка и сперматозоидите).

Методите за контрацепција базирани на фертилноста можат да ги користат оние клиенти кои сакаат и можат да ги определат деновите на фертилниот период во менструалниот циклус, и кои стриктно ќе се мотивирани и ќе се придржуваат на апстиненцијата кога е тоа потребно. Овие методи се алтернатива за паровите кои имаат религиозни или културолошки забрани, немаат пристап

до контрацепција или се загрижени за нусефектите од употреба на други методи за контрацепција.

5.1 Природно семејно планирање

Техники кои се користат во природното семејно планирање за да се одреди периодот на плодни денови се: календар, цервикалната слуз и базалната температура.

Календарот како метод е базиран на 3 претпоставки како што се: (1) јајната клетка е способна за оплодување само за околу 24 часа по овулацијата, (2) сперматозоидите можат да ги задржат нивните фертилни способности за само 48 часа по коитус, и (3) овулација по правило се случува 12-16 дена пред почетокот на наредната менструација.

Со одредување на конзистенцијата на цервикалната слуз, жената се обидува да го предвиди својот плоден период. Под влијание на естрогенот, количеството на слуз се зголемува постепено и станува еластична и пообемна кон плодните денови. Однос е дозволен во периодот пред појавата на максимална цервикална слуз и по 4 дена до наредната менструација.

Методот на базална температура предвидува мерење на температурата на телото. Овој метод се применува кај оние жени кои имаат стабилни циклуси, најмалку во последните 3-6 месеци. Фундаментално температурата на телото на жената е релативно ниска во текот на фоликуларната фаза и се крева во лутеалната фаза на менструалниот циклус, како одговор на термогенетскиот ефект на прогестерон. Порастот на температурата може да варира 0,2-0,5 ° C, и почнува 1-2 дена по овулацијата и одговара на зголемувањето на нивото на прогестерон. Односите можат да се продолжат по 3 дена од скокот на температурата.

Овие познавања можат да се искористат и за комбинирање со други методи на контрацепција, со можност за употреба на бариерни методи во тек на фертилниот период на менструалниот циклус.

Ефикасност

Стапката на неуспех се очекува да биде околу 25%.

Предности

Нема системски и локални несакани дејства. Клиентите добиваат знаења за сопствената физиологија и сексуалност и партнерите заедно учествуваат во методот за контрацепција.

Недостатоци

Неуспехот на методите зависи силно од посветеноста на партнерите и е повисок од другите методи на контрацепција. Знаците и симптомите кои ја предвидуваат фертилната фаза секогаш не се сигурни, а апстиненцијата не е прифатлива за сите партнери. Жени со нерегуларни циклуси потешко можат да го употребуваат овој метод. Во текот на лактацијата, тешко е да се предвиди фертилната фаза.

5.2 Прекинат однос (Coitus Interruptus)

Coitus interruptus подразбира повлекување на телото на penisот од вагината пред ејакулацијата.

Ефикасност

Ефикасноста зависи од способноста на мажот да го повлече penisот пред ејакулација. Во типична употреба, стапката е околу 19% во текот на првата година на користење.

Предности

Нема трошоци, нема хемиско учество.

Недостатоци

Веројатноста за бременост е висока.

5.3 Лактациона аменореја

Подигнатото ниво на пролактин и намалување на гонадотропин-ослободувачкиот хормон од хипоталамусот за време на лактацијата ја потиснува овулацијата.

Ова води до намалување на ослободувањето на лутеинскиот хормон (LH) и инхибиција на фоликуларното созревање.

Времетраењето на ова потиснување варира и е под влијание на зачестеноста и времетраењето на доењето (и на дневните и на ноќните подои), како и периодот поминат по породувањето. Мајките веднаш по првата менструација мора да почнат да користат друг метод на контрацепција.

Ефикасност:

Стапката на неуспех во првите 6 месеци е 0.5%.

Предности

Овој метод може да се користи веднаш по раѓањето. Честото доење го продолжува ановулаторниот период.

Недостатоци

Може да има овулација и во првиот менструален циклус (т.е. пред првата добиена менструација), што ја зголемува можноста за бременост.

6. СТЕРИЛИЗАЦИЈА

Стерилизацијата е траен метод на контрацепција кој се остварува со хируршка интервенција и претставува еден од најефикасните методи за контрацепција за оние клиенти кои завршиле со репродукцијата (не сакаат повеќе деца). Стерилизацијата е една од најбезбедните методи, со ниска стапка на морталитет и компликации, и кај машката и кај женската стерилизација.

Механизмот на дејство е во спречување на контактот на сперматозоидите и јајната клетка и нивно оплодување.

Стерилизацијата како метод за контрацепција можат да ја користат оние клиенти кои сакаат трајна стерилизација, кои завршиле со својата репродукција, сигурни се во својот избор и имаат потпишана согласност за информираност.

6.1 Женска стерилизација

Стерилизацијата се врши хируршки, најчесто во постпарталниот период. Може да биде со лапаротомија, лапароскопија или колпотомија, при што се прекинуваат или се подврзуваат јајцеводите. Тоа може да биде со клипсирање, коагулација или со шиене со или без делумна салпингектомија. Најнов начин на стерилизација е хистероскопски, со затварање на тубарните остиуми преку интраутерината празнина, со коагулација или поставување на инсерт кој предизвикува слепување на тубите.

Ефикасност

Стапката на неуспех за 10 години е 0,1 - 1%.

Предности

Долготрајна заштита, а без хормонско дејствување.

Недостатоци

Женската стерилизација е постапка која вклучува општа или регионална анестезија. Тоа е трајна контрацепција и подоцна пациентите можат да жалат за својата одлука. Стерилизацијата не штити од сексуално-преносливи болести.

6.2 Машка стерилизација - Вазектомија

Вазектомијата го спречува преминувањето на сперматозоидите во сперма со блокирање на преносните канали (vas deferens) со шиене, лигација или коагулација. Процедурата обично се изведува со локална анестезија во амбулантски амбиент. Компликации вклучуваат настанување на хематом и формирање на спермални грануломи. Спонтаната реканализација е ретка. Човекот не се смета за стерилен т.е. тој произведува сперма.

Ефикасност

Стапка на неуспех изнесува околу 0,1%.

Предности

Вазектомијата не вклучува хормони и претставува траен метод. Постапката е амбулантска, брзо се изведува и носи минимален ризик.

Недостатоци

Вазектомијата не ги спречува сексуално-преносливите болести. Дополнителната контрацепција се бара до прекинот на ослободување на сперматозоидите. Пациентите подоцна можат да жалат за нивната одлука. Краткорочни непријатности се случуваат како и кај сите операции.

7. ИТНА КОНТРАЦЕПЦИЈА

Итната контрацепција се однесува на метод на контрацепција кој се употребува како итна процедура за да се превенира несакана бременост како последица на незаштитен сексуален однос. Итната контрацепција (т.н. посткоитална) се употребува до 5 дена од незаштитениот сексуален однос.

Итната контрацепција како метод на избор за контрацепција се употребува од жените кои имале незаштитен сексуален однос, а при тоа:

- не користеле контрацепција,
- неправилно користеле контрацептивни средства (пропуштиле да земат 3 контрацептивни таблети, кондомот се скинал или испаднал, дијафрагмата предвреме испаднала или е извадена, неуспешен coitus interruptus, неправилно пресметан фертилен период, исфрлање на интраутерината влошка и сл.),
- биле жртви на сексуално насилство.

Итната контрацепција е помалку ефикасен метод од редовните методи за контрацепција, како таблети, кондоми или депо-инјекции. Итната контрацепција не штити од сексуално-преносливи инфекции.

Методи за ургентна контрацепција се:

1. таблети за итна контрацепција (ТИК) со прогестинско дејство или комбинирани естроген/прогестински таблети за орална контрацепција,
2. интраутерина влошка со бакар Т 380.

7.1 Таблети за итна контрацепција (ТИК) со прогестинско дејство или комбинирани естроген/прогестински таблети за орална контрацепција

Се состои од 2 таблети, од кои секоја содржи 0,5 mg на levonorgestrel и 100 МКГ на ethinyl естрадиол, земено во рок од 12 часа и се вкупно 4 апчиња. Првата доза треба да се земе во рамките на првите 72 часа по незаштитен сексуален однос.

Прогестинот levonorgestrel се употребува како итна контрацепција со третман кој се состои од 1 доза од 750 МКГ levonorgestrel земена што е можно побрзо, најдоцна во рок од 48 часа по незаштитен однос и втората доза земена 12 часа подоцна.

Комбинираните орални контрацептиви како итна контрацепција се земаат во две дози, 2 таблети веднаш, а другите 2 таблети по 12 часа. Поради честата појава на нусефекти, најдобро е да се земе антиеметик околу 1 до 2 часа пред втората доза од итната контрацепција.

Механизмот на дејство на итната контрацепција е идентичен со таблетите за орална контрацепција, со исклучок на поголемата доза при итната контрацепција.

Ефикасност

Итната контрацепција е ефикасен и безбеден метод во намалувањето на ризикот од несакана бременост. Ефикасноста на методот се зголемува со порана употреба на контрацептивниот метод, а опаѓа со деновите поминати од незаштитениот сексуален однос. Таблетите што содржат само прогестин се понови и поефикасни и го намалуваат ризикот од несакана бременост за речиси 90%. Комбинираните естроген/прогестински таблети се исто така ефикасни во намалувањето на ризикот од несакана бременост.

Предности

Нема долгорочни несакани ефекти. Фертилноста се враќа со наредниот циклус.

Недостатоци

Итната контрацепција не треба да се употребува како метод за подолготрајна контрацепција, туку претставува средство за контрацепција при непланирани ситуации или неправилно употребувана контрацепција. Може да предизвика гадење, повраќање, замор, главоболка, стомачни болки и вртоглавица. Ектопична бременост е можна ако третманот не успее. Овој метод на контрацепција треба да се користи само во итни случаи, и паровите треба да користат други облици на контрацепција.

7.2 Интраутерина влошка со бакар Т380

Интраутерината влошка со бакар Т380 внесена до 7 дена по незаштитен сексуален однос може да спречи бременост со успех повеќе од 99%.

Механизмот на акција е комбинација од инхибиција на спермалната подвижност кон тубите, инхибиција на транспортот на јајната клетка и инхибиција на фертилизацијата и имплантацијата во ендометриумот.

IV. СЕКСУАЛНО-ПРЕНОСЛИВИ ИНФЕКЦИИ

1. СИФИЛИС

Вовед

Сифилисот е инфективна болест предизвикана од спирохетата *трепонема палидум*. Сифилисот се пренесува преку сексуален контакт со инфективни лезии, вертикално од мајка на фетус ин утеро, преку трансфузија на крвни продукти и ретко преку дефекти во интегритетот на кожата кои доаѓаат во контакт со инфективни лезии.

Сифилисот се презентира на мноштво начини и може да личи на многу други инфекции и имуно-посредувани патофизиолошки процеси во доцните стадиуми.

Од откривањето на пеницилинот во средината на 20. век, ширењето на оваа некогаш многу распространета венерична болест во голема мера е контролирано, но напорите да се ерадицира се сè уште неуспешни.

Клиничка презентација

Инкубација: 10-90 дена пред појавата на шанкр - примарен сифилис. Секундарниот сифилис се појавува 3-6 недели по појавата на шанкр.

Примарниот сифилис се карактеризира со појава на улцер (шанкр) со регионална лимфаденопатија. Улцерот е единечен, безболен, индуриран и со бистар исцедок во аногениталната регија. Може да биде и атипичен: мултипен, болен, пурулентен, екстрагенитален. Секој аногенитален улцер се смета за сифилистичен додека не се докаже дека е од друго потекло.

Секундарен сифилис: бактериемијата резултира со мултисистемско зафаќање во втората година по инфекцијата. Се појавува генерализирана полиморфна егзема, којашто не чеша, најчесто на дланките и на табаните, цондиломата лата, мукулентни лезии, генерализирана лимфаденопатија. Поретко, може да дојде до алопеција ареата, увеитис антериор (окуларен сифилис) кој може да предизвика и склеритис, иритис, ретинитис, папилитис, менингитис, хепатитис, спленомегалија, периоститис и гломерулонефритис. Егземата може да чеша, особено кај пациенти со потемна боја на кожата.

Латентен сифилис: позитивни серолошки тестови за сифилис, без клинички знаци за инфекција со трепонема.

Доцен сифилис:

- гумозен сифилис: типични нодули/плаки или улцери,
- невросифилис: менинговаскуларен, паренхиматозен (пареза, табес дорзалис), асимптоматски (изменет ликвор),
- кардиоваскуларен сифилис: аортитис, ангина, аортна регургитација, аортна аневризма.

Начин на пренесување

Се пренесува преку незаштитен сексуален однос (вагинален, анален, орален) со инфициран (заболен) партнер.

Лекување

Примарната цел на терапијата за сифилис е ерадикација на причинителот - *трепонема палидум*. Лекот на избор за сите стадиуми на болеста е парентерална администрација на пеницилин Г. Поради тоа што досега не е опишана резистенција на *трепонема палидум* на пеницилински препарати, алтернативните препарати (еритромицин, доксициклин и азитромицин) се резервирани само за пациенти алергични на пеницилин.

Ако не се лекува болеста, минува во поодмината фаза зафаќајќи повеќе органски системи (кожа, коски, рбет, мозок, срце). Ако навремено не се лекува, болеста е фатална.

Превенција

- Избегнување на вагинален, анален и/или орален сексуален однос без заштита (кондом);
- Користење на кондоми при секој сексуален однос;
- Избегнување на често менување на сексуални партнери.

2. ГОНОРЕЈА

Вовед

Гонорејата (*gonorrhoea*) е инфекција со грам негативен диплокок *Neisseria gonorrhoea*. Предоминантни места на инфекција се мукозните мембрани на урогениталниот тракт: на уретрата, ендроцервиксот, ректумот, фарингсот и на конјунктивата. Инфекцијата може да ги зафати епидидимитис простатата кај мажите и ендометриумот и пелвичните органи кај жените. Се пренесува со директна инокулација на инфективниот секрет од една на друга мукозна мембрана. Гонорејата е најчесто евидентираната инфективна болест во светот.

Клиничка презентација

Мажи

- Присутни се симптоми и знаци на уретритисот, течење од уретрата на мукопурулентниот или на пурулентниот секрет и печење при микција;
- Ректалната инфекција се карактеризира со исцедок од анусот и со перианална болка;
- Акутен епидимоорхитис кај мажи помлади од 40 години;
- Можни се асимптоматски инфекции: уретра помалку од 10%, ректум повеќе од 85%, фарингс повеќе од 90%;
- Проширувањето на инфекцијата може да биде проследено со температура, петехи- јални или пустуларни кожни лезии, асиметрична артралгија, со септичен артритис, а поретко менингитис или ендокардитис (помалку од 1%).

Жени

- Промени и знаци во смисла на цервицитисот (мукопурулентен секрет, лесно предизвикано контактно крвавење);
- Акутна абдоминална болка;
- Асимптоматската инфекција е честа (цервикс над 50%, ректум повеќе од 85%, фарингс повеќе од 90%);
- Дисеминираната инфекција е со симптоми и знаци како кај мажите;
- Пурулентен конјунктивитис кај новороденчиња.

Инфекцијата *Neisseria gonorrhoea* може да оди заедно со инфекциите од *Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans* и *Chlamidia trachomatis*.

Индикација за тестирање:

- симптоми или знаци од уретра,
- мукопурулентен цервицитис,

- сексуален партнер на лицето со (СПИ) или со (ПИД),
- СТИ-скрининг по барање на пациентот или на новиот сексуален партнер,
- вагинален исцедок кај лица помлади од 25 години, со висок ризик-фактор за СТИ кај новиот сексуален партнер,
- акутен епидимо-орхитис кај мажи помлади од 40 години,
- гноен конјунктивитис кај новороденче.

Лекување

Гонорејата се третира амбулантски со антибиотици. Постојат повеќе модалитети на антибиотска терапија, било како единечна доза или континуирана администрација, во зависност од клиничката презентација. Хоспитализацијата на ваквите пациенти е резервирана во следните случаи:

- дисеминирана гонококна инфекција (пурулентни артритис, менингитис, ендокардитис),
- бременост,
- неуспешност на амбулантска терапија,
- тубо-оваријален апсцес,
- имунодефициенција,
- генерална лоша клиничка слика (јака болка, повраќање и висока телесна температура),
- пелвеоперитонитис и перихепатитис.

За да се избегне повторна инфекција двата партнера **мора** да се лекуваат истовремено. Не се препорачува сексуален однос (вагинален, анален, орален) додека трае третманот.

Начин на пренесување

Преку незаштитен сексуален однос (вагинален, анален, орален) со инфициран (заболен) партнер.

Превенција:

- избегнување на вагинален, анален и/или орален сексуален однос без заштита (кондом),
- употреба на кондоми при секој сексуален однос,
- често менување сексуални партнери го зголемува ризикот од инфекција.

3. ХЛАМИДИЈА

Вовед

Урогениталните инфекции со *chlamidia trachomatis* кај возрасните се најчеста бактериска сексуално-пренослива инфекција кај мажите и кај жените во Европа. Асимптоматските инфекции се чести, особено кај жените (80%), при што остануваат незабележани и доведуваат до инфекција на сексуалните партнери и до долгорочни секвели.

Клиничка презентација

Знаците и симптомите се појавуваат главно заради присутниот цервицитис или уретритис и заради компликациите од нив.

Жени

Урогениталната инфекција е симптоматска во околу 30% од случаите:

- мукопурулентен цервицитис,
- пурулентен вагинален исцедок,
- болка во долниот абдомен,
- посткоитални или интерменструални крвавења,
- дизурија,
- знаци на пелвична инфламаторна болест (ПИБ) и на хронична пелвична болка.

Маж

Урогениталната инфекција е симптоматска во 75% од случаите:

- уретрален исцедок,
- дисурија,
- знаци за епидидимитис и за простатитис.

Симптомите и за мажите и за жените, се:

- аноректален исцедок,
- конјунктивитис,
- артралгија.

Лабораториска дијагноза

Дијагностиката на хламидија рапидно се развива последниве неколку години. За програмите за скрининг, посоодветни се методи кои се вршат врз примероци добиени со неинвазивни процедури. На располагање се следните процедури:

- култура на клетките,
- директна имунофлуоресценција,
- ензимски испитувања,
- РНК-ДНК хибридизација,
- амплификација на нуклеински киселини.

Лекување

Урогениталните инфекции со *chlamidia trachomatis* се лекува перорална администрација на антибиотици, преодминантно азитромицин и доксициклин како лекови на прв избор. За да се избегне повторна инфекција двата партнери **мора** да се лекуваат истовремено. Не се препорачува сексуален однос (вагинален, анален, орален) додека трае третманот.

Начин на пренесување

Преку незаштитен сексуален однос (вагинален, анален, орален) со инфициран (заболен) партнер.

Превенција:

- избегнување на вагинален, анален и/или орален сексуален однос без заштита (кондом);
- употреба на кондоми при секој сексуален однос;
- честото менување сексуални партнери го зголемува ризикот од инфекција.

4. ТРИХОМОНИЈАЗА

Вовед

Трихомонијазата претставува една од најчестите генито-уринарни сексуално-преносливи инфекции кај човекот која е распространета ширум светот. Според различни извори, застапеноста на оваа инфекција кај групата сексуално активни се движи од 5% до 90%. Причинител е *trichomonas vaginalis*, паразитарен флагелат. За прв пат бил откриен во 1836 година од францускиот доктор Alphred Donne.

Клиничка презентација

Симптомите кај оваа инфекција се појавуваат како резултат на афекција на вагината, грлото на матката, уретрата и на мочниот меур.

Жени - оваа урогенитална инфекција кај жените многу често поминува без забележливи симптоми. Кај повеќе од 50% од заболените се чувствуваат многу благи симптоми, а само 3-5%

имаат сериозни симптоми. Најчесто манифестни симптоми се:

- знатно зголемен вагинален исцедок кој е со жолто-зелена боја и е пенушест,
- оток и црвенило на вулвата,
- диспареунија,
- дизурија,
- карактеристичен многу непријатен мирис.

Мажи - симптомите кај машкиот партнер се значително поретки и се сведуваат на:

- зголемен исцедок од уретрата,
- дизурија,
- повторувачки баланопростит.

Лабораториска дијагноза

Дијагнозата на овој тип инфекции е базирана најмногу на лабораториски тестови, брис земен од примерок од исцедокот, клиничка слика и директен препарат што се гледа на микроскоп.

Критериуми за дијагноза на трихомонас се следните:

- случајно откривање при контролни цитолошки прегледи (ПАП-тест) со сензитивност до 60%. Во овие случаи честопати се присутни и лажно позитивни резултати;
- директен препарат кој се гледа под микроскоп;
- препарат боен со акридин портокалово;
- постојат и медиуми за култивирање со висока сигурност од 95%.

Начин на пренесување

Trichomonas vaginalis во најголем дел од случаите се пренесува со директен незаштитен сексуален однос со веќе заболен партнер.

Многу ретко, само во рамките на теоријата, инфекцијата може да се пренесе и со употреба на валкана долна облека, употреба на заеднички купатила и сл.

Лекување

Инфекциите причинети од *trichomonas vaginalis* треба да се лекуваат без обзир на присуството на симптоми и кај двата партнера. Трихомонијазата се лекува амбулантски со употреба на препарати од metronidazole, на кој се чувствителни најголемиот дел од трихомонасните видови, кај 20-25% од заболените можно е и спонтано излекување. Поради високата стапка на инфекцијата на утретрата и на парауретралните жлезди, се препорачува давање на системска терапија кај жените за комплетно излекување, додека третманот со единечна доза е препорачлив кај машкиот партнер.

Превенција

Најдобар начин за превенција на овој тип инфекции е избегнување на сексуални односи со партнери кои се веќе заболени. Многу силна заштита претставува употребата на перзервативи при сексуални односи, а ова особено значајно е при почесто менување на партнерите.

5. ГЕНИТАЛЕН ХЕРПЕС

Вовед

Herpes genitalis е инфекција на пенисот, вулвата или на ректумот предизвикана од херпес симплекс вирус тип 1 (ХСВ-1) или тип 2 (ХСВ-2). Клинички лезиите се идентични, без оглед на типот на причинителот, иако вообичена причина за орално-лабијалниот херпес е ХСВ-1. Рецидивите на гениталниот херпес се почести за

ХСВ-2. Ризикот за трансмисија е поголем при појавувањето на рецидиви или при појавувањето на продромални симптоми. Пациентите треба да апстинираат од сексуален контакт во овој период. Трансмисија може да има и во отсуство на лезии, како резултат на супклиничкото вирусно ширење.

Клиничка презентација

Гениталниот херпес го карактеризира присуството на типични папуларни лезии кои прогресираат до булезни и улцерозни формации, асоцирани со локално воспаление на лимфните јазли и со треска, а на појавувањето на рецидивот му претходат продомалните симптоми. Голем број пациенти имаат атипични лезии. Во вакви случаи треба да се избегнува само клиничка дијагноза без вирусна детекција.

Дијагноза

Лабораториски иследувања

- Се препорачуваат вирусна детекција и типизација заради дијагноза, прогноза-советување и заради спроведување на терапијата.
- Лабораториската дијагноза се базира врз директна детекција на вирусот од гениталната лезија (табела 1) и врз микробиолошко иследување. Негативниот тест не го исклучува постоењето на инфекција.

Серолошко иследување

Детекцијата на вирусни антитела се врши со тест на фиксација комплемент (CFT) и на ензимски имуно-есеи (EIAs). Специфичноста е 95-98%. Употребен кај ниско превалентна популација, предвидливата вредност за позитивен тест може да биде меѓу 40-70%. Заради неповолните психолошки секвени, се препорачува да се следи протоколот за идентификација на

причинителот и да се употребуваат тестови за дијагноза на типот на специфичните антитела.

Лекување

Генерално, медикаментозниот третман на херпес-инфекциите се базира на специфични антивирални агенси. Дозите и честотата на земање зависат примарно од локализацијата на лезиите и нивниот хроничитет. Важно е да се знае дека животозагрозувачките ХСВ-инфекции кај имунокомпромитирани пациенти (на пр. херпес енцефалитис) најчесто се третираат емпириски со високи дози на и.в. ацикловир. Кога во рамки на инфекцијата ќе се јават и конституционални ефекти како покачена телесна температура и треска, пожелно е да се администрира симптоматска терапија.

Начин на пренесување

Се пренесува преку незаштитен сексуален однос (вагинален, анален, орален) со инфициран (заболен) партнер.

Превенција

Потребно е да се избегнува сексуален однос кога е инфекцијата во активна фаза. Кондомите не нудат потполна заштита, бидејќи раничките може да се на непокриениот дел. Вирусот може да се пренесе при сексуален однос со инфицирано лице кое не покажува знаци на заболување.

6. ХПВ – ХУМАН ПАПИЛОМА ВИРУС

Вовед

Карциномот на грлото на матката е најчест карцином кој ги зафаќа жените во земјите во развој. Според проценките на Светската здравствена организација (СЗО) речиси 260.00 смртни

случаи во 2005 година се должат на овој карцином, од кои 80% се случиле во земјите во развој. Причинител на карциномот на грлото на матката е хуманиот папилома вирус (ХПВ).

ХПВ се ДНК-вируси кои ги инфицираат епителните или клетките на мукозата. Називот е добиен од латинскиот збор *papilla* (брадавица) и зборот *oma* (тумор). Постојат повеќе од 130 познати ХПВ-генотипови, кои се нумерирани според времето на нивното откривање. 40-тина типови на HPV можат да предизвикаат инфекции на аногениталната регија, а најмалку 13 од нив можат да предизвикаат карцином на цервиксот. HPV-инфекцијата се пренесува преку генитален контакт, најчесто преку вагинален или анален сексуален однос.

Клиничка презентација

HPV-инфекцијата предизвикува тумор така што вирусот се вградува во клетките на домаќинот и предизвикува нивна пролиферација.

Според промената којашто можат да ја предизвикаат во аногениталната регија, HPV се делат во две групи: високоризични и нискоризични генотипови.

Високоризични генотипови се: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 и 82. Двата најчести 16 и 18 се одговорни за повеќе од 70% од цервикалните карциноми и предканцерозни лезии - CIN 2/3, и се асоцирани со други аногенитални карциноми, како и карциноми во пределот на главата и вратот.

Нискоризични генотипови се: 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 и CP6108. ХПВ (посебно генотиповите 6 и 11) најчесто предизвикуваат генитални кондиломи, честа бенигна состојба на надворешните гениталии и во пределот на анусот, со значителен морбидитет. Во 90% од случаите, овие промени се поврзани со HPV-типовите 6 и 11.

Генитални брадавици (кондиломи)

- Гениталните брадавици (шилести кондиломи) се предизвикани од нискоризични типови на HPV.
- Брадавичестите промени се наоѓаат на надворешната или на внатрешната регија на полните органи и околу анусот. Можат да бидат болни, да предизвикаат јадеж или крварење. Овие промени најчесто не претставуваат предстадиум на рак.
- Лечењето е успешно, но во одредени случаи потребно е да се повтори лечењето неколку пати за успешно отстранување на промените.

Цервикален карцином и предканцерозни промени (CIN- cervical intraepithelial neoplasia)

Врз база на епидемиолошки и вирусолошки испитувања, се проценува дека HPV е причинител во 100% од случаите на рак на цервиксот, во 90% од случаите на анален канцер, во 40% од случаите на рак на надворешните гениталии (вулва, вагина и пенис), најмалку во 12% од случаите на орофарингеален канцер и најмалку во 3% на оралните канцери.

- Ракот на вратот на матката е сериозна болест која го загрозува животот, а во 70% од случаите е предизвикан од високоризичните типови на HPV 16 и 18.
- На ракот на вратот на матката му претходат нелечени предканцерозни лезии (CIN) кои можат да се откријат со редовни гинеколошки прегледи (ПАП-тест) и да се лечат.
- Осумте најчести високоризични генотипови (HPV 16, 18, 45, 31, 33, 52, 58 и 35) се одговорни за 90% од случаите на цервикален карцином. Со исклучок на ХПВ 16 и 18, секој генотип посебно учествува во мал дел од случаите (<5%).

Инфекцијата со ХПВ најчесто поминува асимптоматски и е самоограничувачка. Сепак кај одреден број лица инфекцијата прогресира со бенигни промени (генитални кондиломи) или во карцином на грлото на матката.

Начин на пренесување

ХПВ се пренесува преку незаштитен сексуален однос (вагинален, анален, орален) со инфициран (заболен) партнер. ХПВ е високопренослив, со врв на инциденцата на инфекциите веднаш по започнувањето со сексуалната активност. Најголемиот дел од луѓето во текот на својот живот се инфицираат со ХПВ.

Превенција:

- избегнување на вагинален, анален и/или орален сексуален однос без заштита (кондом);
- употреба на кондоми при секој сексуален однос;
- честото менување на сексуалните партнери го зголемува ризикот од инфекција. Сепак, практикувањето на безбеден секс дава само парцијална заштита. Ако кондиломите се присутни во гениталната регија, потребна е апстиненција до излекување.

ХПВ-вакцина

ХПВ-вакцините се подготвуваат од слични на вирусот партикли (virus-like particles), произведени со рекомбинантна технологија. Вакцините не содржат никаков жив биолошки материјал, па поради тоа не се инфективни. Лиценцирани за употреба се четиривалентната вакцина, која содржи партикли слични на вирусот поврзани со генотиповите 6, 11, 16 и 18, како и двовалентната вакцина која содржи партикли слични на вирусот поврзани со генотиповите 16 и 18. Вакцините се направени за да спречат инфекција и заболување од соодветниот генотип на вирусот. Вакцините се даваат како серија од три интрамускулни инјекции од 0,5 мл во период од 6 месеци. ХПВ-вакцината индуцира високо ниво на серумски антитела кај практично сите вакцинирани лица и општо добро се толерира. Најчести несакани ефекти се на местото на апликација (болка, црвенило и

оток), додека сериозните несакани ефекти не се сигнификантно повисоки кај вакцинираните лица во ни едно од истражувањата.

Најефикасни мерки во спречувањето на ХПВ-инфекцијата се:

Информираност! Улога на семејството! Одговорно сексуално однесување! Редовни гинеколошки прегледи! Вакцинација на млади девојчиња!

7. ХИВ/СИДА

Вовед

Постојат два типа на ХИВ – хуман имунодефициентен вирус, ХИВ-1 и ХИВ-2, со повеќе субтипови и кај двата типа на ХИВ. Првиот познат случај на ХИВ-инфекција кај човек датира од 1959 година, кога ХИВ-1 е изолиран од маж во Киншаса, Демократска Република Конго. По првите регистрирани случаи во САД во 80-те години од минатиот век започнува следењето на ХИВ/СИДА. Бројот на новоинфицирани лица постојано расте, така што според податоците од СЗО, се проценува дека во 2005 година 38.6 милиони луѓе живееле со ХИВ-инфекција, нови 4.1 милион луѓе стекнале инфекција, а 2.8 милиони луѓе починале поради СИДА. Најзагрозени се земјите во супсахарскиот дел од Африка каде што преваленцата на ХИВ/СИДА се движи и до 34%.

Македонија спаѓа во земјите со ниска преваленца и кумулативниот број на случаи на ХИВ/СИДА до 2009 година изнесува 117 регистрирани случаи. Најчест начин на пренесување е хетеросексуалниот, но во последните години се зголемува процентното учество на хомосексуалниот начин на пренесување.

Клиничка презентација

По инфекција со ХИВ, голем број од лицата можат да развијат самолимитирачка инфекција со зафаќање на лимфните жлезди и покачена температура. Периодот од инфекција до примарна сероконверзија обично трае од 3 до 8 недели (window period), овој период мора да се земе предвид при толкувањето на лабораториските резултати (при скорешна експозиција). По овој период, лицата се без симптоми долг временски период (од неколку месеци па до 10 и повеќе години).

СИДА-та е доцна фаза на инфекција со ХИВ и претставува сериозна болест која го загрозува животот.

Единствен начин за докажување на инфекција со ХИВ е лабораториско тестирање. Следниве опортунистички инфекции можат да укажуваат на СИДА:

- *pneumocystis carinii* pneumonia,
- езофагеална кандидијаза,
- капоши сарком,
- хронична инфекција со herpes simplex,
- cryptococcosis,
- cryptosporidiosis,
- toxoplasmosis,
- инфекција cytomegalovirus,
- mycobacteriosis,
- лимфом,
- ХИВ-енцефалопатија.

Дијагноза

Неопходни се темелна анамнеза за можните фактори на ризик, како и клинички преглед за наоѓање на манифестации на имунодефициенција. Лабораториското иследување вклучува:

- детекција на ХИВ-антитела со ELISA,
- скрининг-тест и конфирмација со анализа Western blot,
- детекција на вирусниот p24 antigen во серум,
- PCR-тест за детекција на провирусни ДНК-секвенци.

Лекување

Не постои специфичен лек против ХИВ, антиретровирусните лекови можат да го подобрат квалитетот на животот на лицата инфицирани со ХИВ и да го одложат развивањето на СИДА. Препорачан третман за инфекција е високоактивен антиретровирусен третман –ВААТ (во оригинал: **Highly Active Antiretroviral Therapy - HAART**), кој се состои од три или повеќе антиретровирусни лекови.

Начин на пренесување:

- е пренесува преку незаштитен сексуален однос (вагинален, анален, орален) со инфициран партнер,
- се пренесува и преку користење на инфицирани игли/шприцеви за инјектирање дроги или за други причини (делење на опрема за инјектирање),
- лице може да се инфицира со ХИВ и преку директен контакт со инфицирана крв, мајчино млеко, сперма или вагинална слуз.

Превенција:

- избегнување на вагинален, анален и/или орален сексуален однос без заштита (кондом),
- употреба на кондоми при секој сексуален однос;
- честото менување сексуални партнери го зголемува ризикот од инфекција,
- користење на стерилен прибор за инјектирање на дроги или за други потреби.

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

1. Medical and service delivery guidelines for sexual and reproductive health services, *Third Edition 2004*, International Parenthood Planned Federation
2. Comprehensive Counseling for Reproductive Health: An integrated Curriculum Participant's Handbook, *2003*, EngenderHealth
3. Beerthuizen R, van Beek A, Massai R, et al. Bone mineral density during long-term use of the progestagen contraceptive implant Implanon compared to a non-hormonal method of contraception. *Hum Reprod.* Jan 2000;15(1):118-22. [Medline].
4. Anderson FD, Gibbons W, Portman D. Safety and efficacy of an extended-regimen oral contraceptive utilizing continuous low-dose ethinyl estradiol. *Contraception.* Mar 2006;73(3):229-34. [Medline].
5. Lybrel [package insert]. Philadelphia, PA: Wyeth Pharmaceuticals Incorporated; 2008.
6. Jick SS, Kaye JA, Russmann S, Jick H. Risk of nonfatal venous thromboembolism in women using a contraceptive transdermal patch and oral contraceptives containing norgestimate and 35 microg of ethinyl estradiol. *Contraception.* Mar 2006;73(3):223-8.
7. Institute of Medicine. Nass SJ, Strauss JF, eds. *New Frontiers in Contraceptive Research: A Blueprint for Action*. Committee on New Frontiers in Contraceptive Research; 2004:[Full Text].
8. Archer DF. New contraceptive options. *Clin Obstet Gynecol.* Mar 2001;44(1):122-6; quiz 127-8. [Medline].
9. Burkman RT. Oral contraceptives: current status. *Clin Obstet Gynecol.* Mar 2001;44(1):62-72. [Medline].

10. Contraception Report. DMPA and bone density loss. *Contracept Rep.* 1999;10(5):4-10.
11. Contraception Report. History and future of contraception: developments over time. *Contracept Rep.* 2000;10(6):15-23.
12. Contraception Report. Population growth: implications for family planning services. *Contracept Rep.* 2000;10(6):2-10.
13. Hatcher R, Trussel J, Stewart F, et al, eds. *Contraception Technology*. 17th ed. New York, NY: Irvington Publishers; 1998:304-5, 310-4, 334-5, 372-85, 409-18, 467-506.
14. Glasier A. Emergency postcoital contraception. *N Engl J Med.* Oct 9 1997;337(15):1058-64. [Medline].
15. Hatcher R, Ziemann M, Watts A. *A Pocket Guide to Managing Contraception*. Tiger, GA: Bridging the Gap Foundation; 1999:34, 39, 43-4, 48-73, 83-4, 97-100, 113-4, 143.
16. Ho PC, Kwan MS. A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in post-coital contraception. *Hum Reprod.* Mar 1993;8(3):389-92. [Medline].
17. Jain J, Jakimiuk AJ, Bode FR, et al. Contraceptive efficacy and safety of DMPA-SC. *Contraception.* Oct 2004;70(4):269-75.
18. Kaunitz AM. Injectable long-acting contraceptives. *Clin Obstet Gynecol.* Mar 2001;44(1):73-91. [Medline].
19. Kaunitz AM. Medroxyprogesterone acetate/estradiol cypionate: overview of a new contraceptive. *Dialogues Contracept.* 1999;6(1):1-4.
20. Kovalevsky G, Barnhart K. Norplant and other implantable contraceptives. *Clin Obstet Gynecol.* Mar 2001;44(1):92-100. [Medline].
21. Kubba A, Guillebaud J, Anderson RA, MacGregor EA. Contraception. *Lancet.* Dec 2 2000;356(9245):1913-9. [Medline].

22. Lutwick LI. Unconventional vaccine targets. Immunization for pregnancy, peptic ulcer, gastric cancer, cocaine abuse, and atherosclerosis. *Infect Dis Clin North Am*. Mar 1999;13(1):245-64, ix. [Medline].
23. Berek JS, Adashi EY, Hillard PA, eds. *Novak's Gynecology*. 12th ed. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 1996:230-55.
24. Poindexter A. The emerging use of the 20-microg oral contraceptive. *Fertil Steril*. Mar 2001;75(3):457-65. [Medline].
25. Quinlivan JA, Evans SF. Teenage antenatal clinics may reduce the rate of preterm birth: a prospective study. *BJOG*. Jun 2004;111(6):571-8. [Medline].
26. Raymond E, Trussell J. Efficacy of postcoital contraception. *Fertil Steril*. Jun 2004;81(6):1724-5. [Medline].
27. Rivera R, Yacobson I, Grimes D. The mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. *Am J Obstet Gynecol*. Nov 1999;181(5 Pt 1):1263-9. [Medline].
28. Scholes D, LaCroix AZ, Ichikawa LE, et al. Injectable hormone contraception and bone density: results from a prospective study. *Epidemiology*. Sep 2002;13(5):581-7. [Medline].
29. Weisberg E, Fraser IS, Mishell DR Jr, et al. A comparative study of two contraceptive vaginal rings releasing norethindrone acetate and differing doses of ethinyl estradiol. *Contraception*. May 1999;59(5):305-10. [Medline].

АНЕКС 1

Апсолутни и релативни контраиндикации за користење на хормоналната контрацепција

Комбинираните орални контрацептиви (КОК) не смеат да се користат при постоење на која било од долунаведените состојби. Ако некоја од овие појави се јави за првпат во тек на употреба на оралните контрацептиви, користењето мора веднаш да се прекине.

- Појава или постоење на венска или артериска тромбоза/ тромбоемболија (длабока венска тромбоза, пулмонарен емболизам, срцев удар) или цереброваскуларни акциденти;
- Состојби кои можат да бидат први знаци за тромбоза (како транзиторна мозочен удар или ангина пекторис);
- игренозни напади проследени со фокални невролошки синдроми;
- Диабетис мелитус со васкуларни промени;
- ојава на тешки или мултипни ризик-фактори за венска или артериска тромбоза можат да претставуваат контраиндикација (4.4 Посебни мерки на претпазливост и посебни предупредувања за употреба на лекот);
- Панкреатитис или историја на панкреатитис со тешка хипертриглицеридемија;
- Појава или постоење на тешки хепатални оштетувања сè додека хепаталните вредности не се вратат до нормални;
- Тешка бубрежна инсуфициенција или акутна бубрежна слабост;
- Појава или постоење на хепатални тумори (бенигни или малигни);
- Познати или суспектни малигни промени под влијание на сексуалните хормони (на дојките или на гениталните органи);
- Вагинално крварење од непозната причина;

- Позната или суспектна бременост;
- Хиперсензитивност на состојките на лекот.

Посебни мерки на претпазливост

- **Циркулаторни нарушувања**

Направените епидемиолошки студии покажаа асоцијација меѓу употребата на КОК и зголемениот ризик за појава на артериска или венска тромбоза или тромбоемболија како миокарден инфаркт, мозочен удар, длабока венска тромбоза и пулноарен емболизам. Овие состојби се јавуваат ретко.

Ризикот за венски трмбоемболизам е најголем за време на првата година од употреба на КОК.

Ризик-фактори

Ризикот за венска или артериска тромбоза/тромбоемболија или цереброваскуларни акциденти се зголемува со:

- возраста;
- пушењето (кај страсни пушачи ризикот е повисок, посебно кај жени над 35-годишна возраст);
- позитивна фамилијарна историја (пр. венска или артериска тромбоемболија кај браќа, сестри или кај родители во рана возраст);
- зголемена телесна тежина (body mass index преку 30 kg/m²);
- дислипотеинија;
- висок крвен притисок;
- мигрена;
- валвуларна срцева болест;
- преткоморна фибрилација;
- продолжена имобилизација, поголем хируршки зафат, хируршки зафат на долните екстремитети или поголема

траума. Во сиве овие случаи се препорачува прекин на употребата на КОК (при елективни хируршки зафати барем 4 недели претходно) и нивно продолжување барем 2 недели по комплетната ремобилизација.

Посебно внимание треба да се обрати на зголемениот ризик за појава на тромбемболија во пуерпериумот (употреба за време на бременост и лактација).

Медицински состојби кои се поврзуваат со несакани циркулаторни појави се: дијабетис, системски лупус еритематозус, хемолитичен уремичен синдром, хронични цревни воспалителни болести (Морбус Хрон и улцеративен колитис), српеста анемија.

Зголемената фреквенција или јачина на мигренозни напади при употреба на КОК (како продром за цереброваскуларни настани) може да биде причина за итен прекин на употребата на КОК.

Нема согласност за можното влијание на варикозните вени и суперфицијалниот тромбофлебит во венскиот тромбоемболизам.

- **Тумори**

Најважен ризик-фактор за карцином на грлото на матката е постојна инфекција со хуман папилома вирус. Некои епидемиолошки студии покажаа дека долготрајната употреба на контрацептивните таблети може да придонесе за зголемување на тој ризик, но и понатаму постои контроверзност околу тоа до кој степен ова влијае врз другите фактори како цервикален скрининг и сексуалното однесување вклучувајќи ја и употребата на бариерните методи.

Метаанализите од 54 епидемиолошки студии покажаа благо покачен релативен ризик ($RR=1.24$) за појава на карцином на дојка кај жени што користат КОК. Зголемениот ризик се намалува во тек на 10 години по прекин на употребата на КОК. Бидејќи

карциномот на дојка се јавува ретко кај жени под 40-годишна возраст, зголемениот број на дијагностициран карцином на дојка кај жени кои користат или користеле КОК е мал во споредба со севкупниот ризик за карцином на дојка. Овие студии не покажуваат докази за поврзаноста. Оваа појава можеби се должи на пораната дијагноза на карцином на дојка кај жени што користат КОК, биолошките ефекти на КОК или комбинација од двата фактора. Карциномот на дојката кај корисници на КОК во споредба со жени што не користеле КОК е клинички помалку напреднат.

Во ретки случаи можна е појава на бенигни и многу поретко на малигни промени на црниот дроб. Во изолирани случаи овие промени довеле до појава на животозагрозувачки интраабдоминални хеморагии.

- **Други состојби**

Теоретски ризик од хиперкалиемија може да се претпостави кај пациенти со бубрежни оштетувања чиј серумски калиум пред третманот бил во рамките на горните референтни вредности, кои дополнително користат лекови што го штедат калиумот.

Кај жени со хипертриглицеридемија или со фамилијарна предипозиција за триглицеридемија, постои зголемен ризик за појава на панкреатитис, при користење на КОК .

Иако се забележува мал пораст на крвниот притисок кај корисници на КОК, клинички релевантен пораст ретко се јавува. Антиминералокортикоидниот ефект на дроспиренонот може да се спротивстави на ефектот на етинилестрдиолот-предизвиканото покачување на крвниот притисок забележано кај нормотензивни жени што користат КОК. Сепак, ако се забележи појава на клинички сигнификантна хипертензија, докторот треба да ја прекине терапијата со КОК и да ја лекува хипертензијата.

Доколку се постигнат нормални вредности на крвниот притисок со антихипертензивна терапија, може да се размисли за повторно користење на КОК.

Забележана е појава на состојби кои за прв пат се јавуваат или се влошуваат и при употреба на КОК и бременост: жолтица и/или пруритус поврзан со холестаза, камења во жолчката, порфирија, системски лупус еритематозус, хемолитичен уремичен синдром, Сидехајмова хореа, херпес гестационис, отосклероза поврзана со губиток на слух.

Кај жени со херидитарен ангиоедем, егзогените естрогени можат да ги провоцираат или да ги влошат симптомите на ангиоедем.

При акутни и хронични хепатални оштетувања се препорачува прекин на терапијата сè додека хепаталните вредности се вратат во нормалните вредности. При повторна појава на холестатска жолтица (која првпат се јавила во тек на бременост или при користење на сексуални стероидни хормони) терапијата треба се прекине.

Кај жените што страдаат од дијабетис треба да се прават чести контроли поради можниот ефект на КОК на периферната инсулинска резистенција и глукозната толеранција, но нема докази за потреба од промена на терапевтскиот режим кај дијабетичари што користат нискодозирани пилули (<0.05 mg ethinylestradiol). Сепак пациентките што имаат дијабетес треба да бидат внимателно набљудувани.

Појавата на Морбус Хрон и улцеративен колитис е поврзана со употреба на КОК.

Хлоазма може да се јави посебно кај жени со историја за хлоазма гравидарум. Жените со тенденција за појава на хлоазма треба да избегнуваат директно изложување на сонце или ултравиолетово зрачење додека користат КОК.

АНЕКС 2

Регистрирани лекови во Република Македонија за хормонална орална контрацепција и спирали согласно со Регистар на лекови во Република Македонија 2010/V,

Орални контрацептиви, дадени по азбучен ред

LOGEST (ЛОГЕСТ) - Delpharm

gestodene, ethinylestradiol

Хормонски контрацептив G03AA10

Rp обложена таблета 21 x (0,075 mg + 0,02 mg).

Дозирање: 1 таблета на ден во тек на 21 ден, секогаш во исто време, а потоа 7 дена пауза; првата таблета се зема првиот ден од менструалниот циклус.

MICROGYNON 30 (МИКРОГИНОН 30) - Schering

levonorgestrel, ethinylestradiol

Хормонски контрацептив G03AA07

Rp филм-обложена таблета 21 x (0,15 mg + 0,03 mg).

Дозирање: се зема по 1 таблета на ден без прекин во период од 21 ден почнувајќи од 5. ден на менструалниот циклус, а по тоа 7 дена пауза; пожелно е таблетите да се земаат во исто време.

TRISEQUENS (ТРИСЕКВЕНС) - Novo Nordisk

estradiol hemihidrate, norethisterone acetate

хормонски контрацептив G03FB05

Rp таблета 28 x (2 mg + 1 mg)

Дозирање: се почнува од 5. ден на менструалниот циклус со 1 жолта таблета и по ред со останатите таблети (календарско пакување).

YASMIN (ЈАСМИН) - Bayer Schering Pharma

etinylestradiol, drospirenon

хормонски контрацептив G03AA12

Rp филм-обложена таблета 21 x (3 mg + 0,03 mg).

Дозирање: 1 x 1 таблета дневно од прв ден на менструалниот циклус до 21 ден непрекинато, потоа седум дена пауза.

Интраутерини инсерти (спирали), по азбучен ред

MIRENA (МИРЕНА) - Bayer Schering Pharma OY

levonorgestrel

прогестаген G03AC03

Rp интраутерин инсерт 1 x 52 mg.

Дозирање: се вметнува во матката за време на менструалното крварење во период од 7

дена од почетокот на менструалниот циклус; кога се користи како контрацептив мора да се отстрани по пет години.

Интраутерини спирали без хормони:

NOVA T (Нова Т) - Bayer Schering Pharma OY

Бакарна спирала направена од полиетилен и чист бакар со средишен дел од сребро

Нова Т - примарно дејствува на спречување на оплодувањето. Истовремено дејствува и на сперматозоидите и на оплодената јајце-клетка во тек на движењето низ јацеводот (Falopieva tuba).

Најдолго време на употреба е пет години.