



РУКОВОДСТВО

ПО РАЗВИТИЮ УСЛУГ, СВЯЗАННЫХ С СЕКСУАЛЬНЫМ И РЕПРОДУКТИВНЫМ ЗДОРОВЬЕМ И ПРАВАМИ, В НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ИЗ РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА, РАБОТАЮЩИХ С ЛЮДЬМИ ЖИВУЩИМИ С ВИЧ И ЛЮДЬМИ УПОТРЕБЛЯЮЩИМИ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА



Кишинев, 2014



РУКОВОДСТВО

**ПО РАЗВИТИЮ УСЛУГ, СВЯЗАННЫХ С СЕКСУАЛЬНЫМ И
РЕПРОДУКТИВНЫМ ЗДОРОВЬЕМ И ПРАВАМИ, В
НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ
ИЗ РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА, РАБОТАЮЩИХ С ЛЮДЬМИ
ЖИВУЩИМИ С ВИЧ И ЛЮДЬМИ УПОТРЕБЛЯЮЩИМИ
ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА**

Руководство составлено Международным Экспертом по вопросам Сексуального и Репродуктивного Здоровья **Натальей Зарбаиловой**, магистром в области Управления Общественным Здравоохранением, к.м.н., врачом высшей категории, доцентом кафедры Семейной Медицины, Государственного Университета Медицины и Фармации им. Николая Тестемицану Республики Молдова.

В подготовке руководства участвовали:

Международный эксперт по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья **Константин Талалаев**, к.м.н., врач высшей категории, Старший преподаватель кафедры Социальной Медицины, Одесского Национального Медицинского Университета, Председатель Правления ОО «Медицинская Правда», Украина.

Руслан Поверга, председатель О.А. «Viata Noua».

Александр Курашов, исполнительный директор О.А. «Initiativa Pozitiva».

Эрика Ридергард, координатор проекта по сексуальному и репродуктивному здоровью.

Фонд ООН по народонаселению (ЮНФПА), в рамках программы для Республики Молдова на период 2013-2017, стремится укрепить потенциал общественных организаций для мобилизации и расширения возможностей сетей организаций. Поддержка ЮНФПА призвана не только для того, чтобы способствовать проведению мероприятий по профилактике ВИЧ и инфекций передающихся половым путем (ИППП), но и для улучшения доступа к услугам сексуального и репродуктивного здоровья в целом представителей целевых групп - людей, живущих с ВИЧ и потребителей психоактивных веществ. Чтобы способствовать достижению этой цели «Позитивная Инициатива», неправительственная организация, которая координирует деятельность сети неправительственных организаций, работающих в сфере ВИЧ в Республике Молдова, стремится внести свой вклад в предоставление услуг людям, живущим с ВИЧ (ЛЖВ) и людям, употребляющим психоактивные вещества (ППАВ) в сфере сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ).

Данное Руководство разработано для методологической поддержки сети неправительственных организаций, работающих в сфере ВИЧ в Республике Молдова для интегрирования мероприятий по оказанию качественных услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья в соответствии с потребностями людей живущих с ВИЧ и потребителей психоактивных веществ. Спектр уже оказываемых НПО услуг для ЛЖВ И ППАВ, включающий индивидуальное консультирование, групповые мероприятия, услуги по переадресации и сопровождению будет расширен и подключен к системе услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья и будет способствовать улучшению их качества и качества жизни целевой группы.

Руководство может использоваться для проведения мероприятий информационного характера: обучающих мероприятий, семинаров; распространения информационных материалов и обмена опытом между организациями в области предоставления услуг в сфере сексуального и репродуктивного здоровья, а так же в качестве методического пособия для сотрудников организаций в процессе консультирования, групповых мероприятий, переадресации и сопровождения.

Руководство также содержит раздел для разработки планов и поддержки мероприятий организационного характера: создания территориальных баз данных по переадресациям профильным организациям; разработки механизмов и показателей для мониторинга и оценки деятельности.

Специалисты государственных учреждений почерпнут из руководства сведения о возможных путях взаимодействия с неправительственными организациями для улучшения качества услуг, связанных с сексуальным и репродуктивным здоровьем и правами людей живущих с ВИЧ и людей употребляющих психоактивные вещества.

Выражаем благодарность

Составитель руководства выражает благодарность членам рабочей группы за активное участие в работе над данным пособием и предоставление конструктивной обратной связи на разных этапах создания данного пособия.

Особая благодарность Константину Талалаеву, Международному эксперту по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья, за подготовку и успешное проведение тренинга для сотрудников НПО в Республике Молдова (РМ), в Вадул луй Водэ, с 28 по 31 июля 2014 г., и за предоставленные для руководства материалы и учебные пособия, автором и соавтором которых он является.

Благодарим участников тренинга, проведенного для неправительственных организаций из РМ, работающих с людьми, живущими с ВИЧ и потребителями психоактивных веществ за их весомый вклад, который часто был основан на собственном опыте.

Благодарим за предоставленные материалы г-на Андрея Пэдуре, заведующего кафедрой судебной медицины, Государственного Университета Медицины и Фармации им. Николая Тестемицану Республики Молдова, г-жу Тамару Кодреан, вице-директора медицинской территориальной ассоциации «Ботаника», г. Кишинев, г-жу Лучию Пырцина, координатора Национальной Программы по профилактике ВИЧ в Республике Молдова.

Выражаем особую благодарность г-ну Виталию Слобозеан, координатору программы по снижению рисков, Фонд Сорос Молдова, за содействие и предоставленные материалы и ссылки на современную международную практику в вопросах охраны сексуального и репродуктивного здоровья людей живущих в ВИЧ и потребителей психоактивных веществ.

Благодарим за содействие при разработке руководства и предоставленные материалы офис ЮНФПА в Молдове, и лично г-жу Наталью Кожухарь и г-на Бориса Гылка.

Благодарим д-ра Александра Коссухина, программного специалиста по ВИЧ, Субрегиональное Бюро ЮНФПА для стран Центральной Азии, за предоставленные ссылки и комментарии по содержанию руководства.

Выражаем признательность Тиму Сладдену, Советнику по ВИЧ, Региональное бюро ЮНФПА для стран Восточной Европы и Центральной Азии за содействие.

СОДЕРЖАНИЕ РУКОВОДСТВА:

ВВЕДЕНИЕ	7
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ. АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИН И МУЖЧИН. ФУНКЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ.	8
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ. ВЛИЯНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ.	15
РАЗВИТИЕ УСЛУГ В ОБЛАСТИ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В РАМКАХ НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ, РАБОТАЮЩИХ В СФЕРЕ ВИЧ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА.	21
СЕКСУАЛЬНЫЕ И РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПРАВА. ОБЕСПЕЧЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПРАВ ГРАЖДАН В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА.	33
ОБЗОР И КООРДИНАЦИЯ УСЛУГ ПО РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА.	36
ОСОБЕННОСТИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП – ЛЮДИ ЖИВУЩИЕ С ВИЧ, ПОТРЕБИТЕЛИ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ.	41
УСЛУГИ В ОБЛАСТИ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ЛЖВ И ППАВ.	46
МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА В РАБОТЕ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО ОКАЗАНИЮ УСЛУГ В ОБЛАСТИ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЛЖВ И ППАВ.	71
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	75
ПРИЛОЖЕНИЯ	76

Список сокращений

ВЗОМТ	Воспалительные заболевания органов малого таза
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВМС	Внутриматочная спираль
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
ДКТ	Добровольное консультирование и тестирование
ИППП	Инфекции передающиеся половым путем
ЛЖВ	Люди живущие с ВИЧ
ЛПУ	Лечебно-профилактические учреждения
МиО	Мониторинг и оценка
МСМ	Мужчины практикующие секс с мужчинами
ООН	Организация Объединённых Наций
ПАВ	Все вещества, влияющие на психику человека
ППАВ	Потребители психоактивных веществ
РКС	Работники коммерческого секса
ПИН	Потребители инъекционных наркотиков
СРЗ	Сексуальное и репродуктивное здоровье
СПИД	Синдром Приобретенного Иммунодефицита Человека

ВВЕДЕНИЕ

Сексуальное и репродуктивное здоровье – это неотъемлемая часть жизни любого взрослого человека. Сексуальное благополучие и удовлетворенность обеспечивают адекватную самооценку и гармоничные межличностные взаимоотношения между людьми. Оптимальное репродуктивное здоровье предполагает возможность для мужчин и женщин иметь здорового ребенка или детей по желанию, в определенном возрасте, через определенный интервал времени, также как и возможность предупредить нежеланную беременность. Охрана репродуктивного здоровья подростков – залог сохранения функции воспроизводства в период половой зрелости. В сексуально-активном возрасте хорошее репродуктивное здоровье предполагает меры по предупреждению инфекций передающихся половым путем, в зрелом возрасте – участие в мероприятиях по раннему выявлению заболеваний репродуктивной сферы, в том числе и онкологических заболеваний. Доступ к услугам репродуктивного здоровья обеспечивает проведение безопасных диагностических и лечебных мероприятий и способствует сексуальному и репродуктивному благополучию, в том числе и в пожилом возрасте.

На сексуальное и репродуктивное здоровье влияют не только биологические, но и психологические и социальные факторы. Среди факторов, влияющих негативно на здоровье перечислены: отсутствие знаний об анатомии и физиологии репродуктивной системы мужчины и женщины и достоверной информации о факторах внешней среды, которые влияют на функцию воспроизводства, отсутствие или ограниченный доступ к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья и качественным товарам, таким как, например, средства контрацепции и средства защиты от инфекций передающихся половым путем. Еще одним определяющим здоровье фактором является сексуальное поведение и поведение в целом, и связанные с ним риски. Примером рискованного поведения является наличие незащищенных сексуальных связей с более чем одним партнером, употребление психоактивных веществ, а следствием может стать инфицирование ВИЧ. Люди живущие с ВИЧ, равно как и потребители психоактивных веществ, стали субъектами многогранных вмешательств и превентивных стратегий по предупреждению передачи ВИЧ. В тоже время была утрачена связь с ними как с пользователями комплекса услуг сексуального и репродуктивного здоровья из-за дискриминации и стигматизации в обществе. В последнее время в случае людей живущих с ВИЧ и потребителей психоактивных веществ две стратегии «приближения к услугам» зарекомендовали себя: расширение и репликация услуг для всей популяции, и интеграция дополнительных услуг в уже существующие.

В Республике Молдова ценой комплексных усилий, при участии профессионалов и поддержке доноров, достигнут определенный уровень доступности и качества услуг в сфере сексуального и репродуктивного здоровья, но очевидно для всех, еще существуют определенные группы населения, для которых доступ к этим услугам остается ограниченным. Для решения задачи по улучшению качества услуг, связанных с сексуальным и репродуктивным здоровьем и правами для людей, живущих с ВИЧ и людей употребляющих психоактивные вещества, приняты программы для привлечения неправительственных организаций из Республики Молдова, работающих в этой области. Данное руководство призвано служить методологическим пособием для сотрудников НПО для развития услуг, связанных с сексуальным и репродуктивным здоровьем и правами, оказываемых в рамках НПО и для продвижения доступа к национальной системе услуг СРЗ людей, живущих с ВИЧ и людей употребляющих психоактивные вещества.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) определяет здоровье как состояние полного физического, духовного и социального благополучия, т.е. не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Сексуальное здоровье

Сексуальность является центральным аспектом личности на протяжении всей ее жизни. Она включает в себя пол, гендерные идентичности и роли, сексуальную ориентацию, чувственность, наслаждение, интимность и размножение. Сексуальность переживается и выражается посредством мыслей, фантазий, желаний, представлений, установок, ценностей, поведения, практик, ролей и взаимоотношений.

Сексуальное здоровье - это состояние физического, эмоционального, умственного и социального благополучия, связанное с сексуальностью; и состоит не только в отсутствии какого-либо заболевания, дисфункции или увечья. Сексуальное здоровье означает позитивное и уважительное отношение к сексуальности и половым отношениям, а также возможность получить безопасный сексуальный опыт без принуждения, дискриминации и насилия. Сексуальное здоровье, по определению, является частью репродуктивного здоровья.

Репродуктивное здоровье

Репродуктивное здоровье - это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы и ее функций и процессов. Поэтому репродуктивное здоровье подразумевает, что у людей есть возможность иметь доставляющую удовлетворение и безопасную половую жизнь, и что у них есть возможность воспроизводить детей и что они вольны принимать решение о том, делать ли это, когда делать и как часто. Последнее условие подразумевает право мужчин и женщин быть информированными и иметь доступ к безопасным, эффективным, доступным и приемлемым методам планирования семьи по их выбору, а также другим методам регулирования деторождения по их выбору, которые не противоречат закону, и право иметь доступ к соответствующим услугам в области охраны здоровья, которые позволили бы женщинам благополучно пройти через этап беременности и родов и предоставили бы супружеским парам наилучший шанс иметь здорового младенца. В соответствии с изложенным выше определением репродуктивного здоровья, охрана репродуктивного здоровья определяется как сочетание методов, способов и услуг, которые способствуют репродуктивному здоровью и благополучию за счет предупреждения и устранения проблем, связанных с репродуктивным здоровьем. Оно также включает охрану сексуального здоровья, целью которой является улучшение жизни и личных отношений, а не просто оказание консультативных и медицинских услуг, связанных с репродуктивной функцией и заболеваниями, передаваемыми половым путем. *

***Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию, Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 1994 г.**

Репродуктивное здоровье предполагает:

- возможность для людей вести ответственную сексуальную жизнь, приятно и без риска, воспроизводить детей и свободно принимать решения, как, когда и как часто это делать;
- права мужчин и женщин быть информированными и иметь доступ к безопасным методам планирования семьи, доступным и приемлемым, а также другими связанными с ними методами регулирования рождаемости, беспрепятственный доступ к медицинским услугам для обеспечения безопасности женщин в период беременности и родов, предлагая парам наилучший шанс иметь здоровых детей.

Репродуктивное здоровье включает в себя следующие компоненты в контексте оказания услуг:

Планирование семьи

Предполагает обучение населения и формирование безопасного сексуального поведения для предотвращения нежелательной беременности или риска.

В задачи планирования семьи входит:

- обеспечение оптимальных условий для рождения детей;
- планирование каждой беременности, уменьшение роли абортов как метода контроля над рождаемостью, предоставляя современные методы контрацепции;
- воспитание сознательного отношения, понимание преимуществ и выгод планирования семьи, улучшение доступа и ориентация населения для обращения к квалифицированным услугам в области планированию семьи и репродуктивного здоровья;
- увеличение активного и сознательного участия женщин, мужчин и молодежи в принятии обоснованных решений для репродуктивного выбора.

Материнство без риска

Снижение смертности и заболеваемости матерей и детей за счет улучшения качества и повышения доступности услуг здравоохранения. Обеспечение качественного медицинского ухода за женщиной во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

Аборт и безопасное прерывание беременности

Снижение частоты использования аборта как метода регулирования рождаемости и обеспечение доступа населения к услугам по безопасному прерыванию беременности.

Профилактика и лечение бесплодия

Обеспечение полного доступа к качественным медицинским услугам для лечения бесплодия (проблем связанных с рождением детей).

Сексуальное и репродуктивное здоровье подростков и молодежи

Повышение сексуального и репродуктивного здоровья подростков и молодежи, которое может быть достигнуто путем

- информирования и обучения подростков и молодежи по всем аспектам сексуальности и репродукции;
- обучения необходимым навыкам для ответственного поведения и удовлетворенности сексуальной жизнью;
- обеспечения доступа подростков к услугам здоровья дружественным молодежи; уменьшения у подростков и молодых людей числа абортов, инфекций передаваемых половым путем.

Предупреждение, диагностика и лечение урогенитальных инфекций

Предотвращение распространения инфекций, передающихся половым путем, и ВИЧ-инфекции среди сексуально активного населения, посредством повышения осведомленности и информирования общественности о возможностях диагностики инфекций передаваемых половым путем, включая ВИЧ-инфекцию; улучшение консультирования, диагностики и лечения инфекций передаваемых половым путем в клиниках репродуктивного здоровья.

Раннее выявление и лечение рака молочной железы и рака половых органов

Повышение ранней диагностики рака молочной железы и рака половых органов посредством расширения доступа к диагностическим и профилактическим услугам; просвещения женского населения о профилактических мерах для предупреждения рака шейки матки и рака молочной железы.

Профилактика насилия в семье и сексуального насилия

Уменьшение случаев насилия в семье и сексуального насилия.

Предотвращение торговли людьми

Повышение осведомленности и просвещение общественности в борьбе с торговлей людьми.

Сексуальное здоровье для пожилых людей

Улучшение сексуального здоровья женщин и мужчин в пожилом возрасте и расширение доступа к услугам репродуктивного здоровья.

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИН И МУЖЧИН. ФУНКЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Анатомо-физиологические особенности репродуктивной системы женщин и мужчин.

Репродуктивная система - комплекс органов и систем, которые обеспечивают процесс оплодотворения, способствуют воспроизводству человека.

К репродуктивной системе женщин относятся женские половые органы (Рис.1).

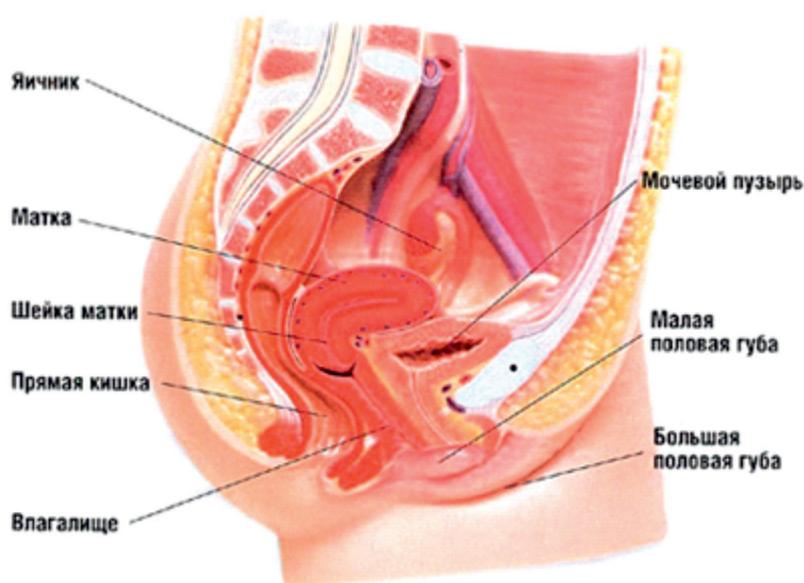


Рис. 1 Женская половая система

Женские половые органы делятся на наружные и внутренние.

К наружным половым органам (Рис. 2) относятся: лобок, большие половые губы, малые половые губы, клитор, преддверие влагалища, большие железы преддверия - бартолиновы железы.

Лобок - богатое подкожным жиром возвышение, располагающееся спереди и выше лонного сочленения. Верхней границей лобка является кожная бороздка - надлобковая складка, справа и слева - паховые складки, в направлении назад лобок сливается с большими половыми губами. Лобок покрыт волосами, рост волос - по форме треугольника основанием кверху (это оволосение по женскому типу).

Большие половые губы - две продольные складки кожи, ограничивающие с боков половую щель. Под кожей залегает богатая жиром клетчатка. Спереди большие губы переходят к концу лобка, сзади они сходятся и образуют заднюю спайку. Кожа на наружной поверхности губ покрыта волосами, содержит потовые и сальные железы. Пространство между большими половыми губами называется половой щелью. В норме большие половые губы прикрывают малые.

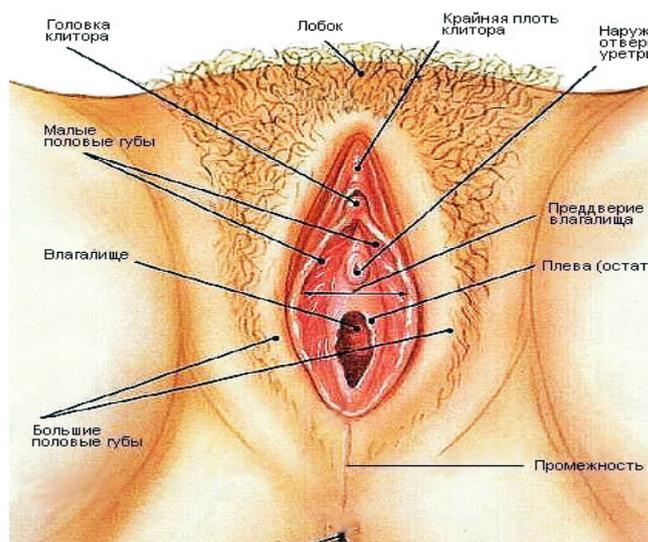


Рис. 2 Женские наружные половые органы

В толще половых губ заложены большие железы преддверия - бартолиновы железы, их воспаление называется бартолинитом.

Шов промежности - линия, идущая от задней спайки до заднего прохода.

Малые половые губы - вторая пара продольных кожных складок. Спереди они раздваиваются и образуют две пары ножек. Передняя пара соединяется над клитором, задняя - под ним.

Клитор - небольшое конусовидное образование, состоящее из двух слившихся пещеристых тел. Клитор обильно снабжен сосудами и нервами. Клитор выделяется в виде небольшого бугорка в переднем углу половой щели. Клитор является одним из главных органов полового чувства.

Преддверие влагалища - пространство, ограниченное спереди клитором, сзади - задней спайкой половых губ, с боков - внутренней поверхностью малых половых губ.

Мочеиспускательный канал (уретра) - его наружное отверстие расположено на 2-3 см кзади от клитора. Длина его у женщин 3-4 см. Ход канала почти прямой, с незначительным изгибом кверху. Уретра на всем протяжении соединена с передней стенкой влагалища. Сбоку от наружного отверстия уретры располагаются парауретральные ходы (скиннеевы железы).

К внутренним половым органам относятся: влагалище, матка, маточные трубы и яичники.

Влагалище - это полая трубка длиной 9-10 см, имеет 4 стенки - 2 боковые, переднюю и заднюю. Стенки влагалища вместе с шейкой образуют 4 свода. Матка имеет грушевидную форму длиной 8 см. Куполообразно возвышающаяся часть тела, располагающаяся выше линий прикрепления маточных труб, называется дном матки.

Шейка матки (cervix) имеет цилиндрическую форму. В шейке проходит цервикальный канал, который имеет наружное и внутреннее отверстие (зев).

Маточные трубы имеют длину 10-12 см. Просвет - 0,5-1 мм, на конце трубы воронка, закрываемая фимбриями (бахромками). Труба имеет три отдела: интерстициальная часть - в толще стенки матки, перешеечная - средний отдел и ампулярная - конечный отдел (воронка), где происходит оплодотворение.

Яичники имеют миндалевидную форму, их длина - 3,5-4 см, ширина - 2-2,5 см, толщина - 1-1,5 см. В яичнике созревают яйцеклетки (женские половые клетки) и вырабатываются гормоны.

Менструальный цикл и его регуляция

В течение всего зрелого периода жизни в организме женщины происходят циклические изменения, периодически подготавливающие его к беременности. Эти изменения называются менструальным циклом и начинаются с первого дня последней менструации и продолжаются до первого дня следующей. Средняя продолжительность цикла 28 дней, но индивидуально может колебаться от 21 до 35 дней.

Биологическое значение изменений, которые происходят на протяжении менструального цикла в яичниках и в эндометрии, состоит в обеспечении репродуктивной функции на этапах созревания яйцеклетки, ее оплодотворения и имплантации зародыша в матке. Если оплодотворения яйцеклетки не происходит, функциональный слой эндометрия отторгается, из половых путей появляются кровяные выделения, а в репродуктивной системе вновь и в той же последовательности происходят процессы, направленные на обеспечение созревания яйцеклетки.

Репродуктивная система мужчины (Рис. 3)

Мужские половые органы (железы) - яички - лежат вне таза, в кожно-мышечном мешковидном образовании, в мошонке.

Яичко, или семенник, парная половая железа, вырабатывает мужские половые клетки - сперматозоиды и половой гормон - тестостерон (андростерон). К одному краю яичка прилегает его **придаток**, от которого тянется семявыносящий проток длиной 45-50 мм.

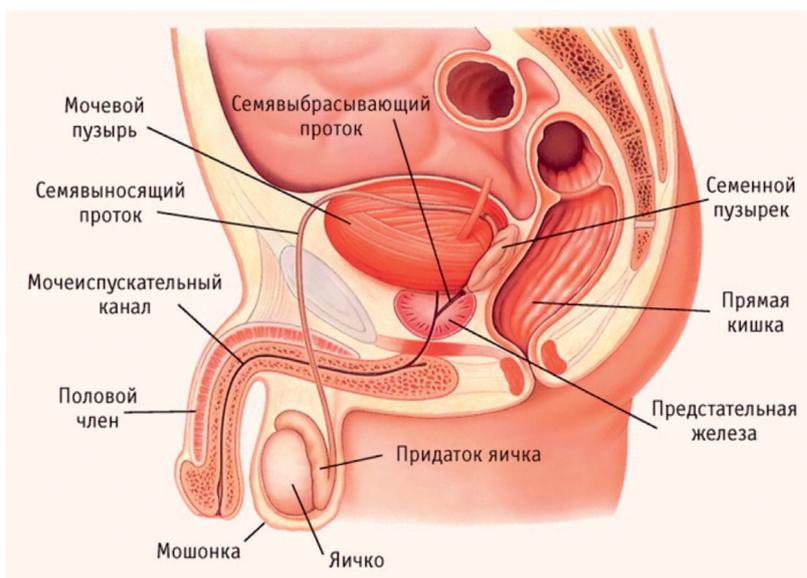


Рис.3 Мужская половая система

В головку придатка из яичка проходит 10-12 очень тонких выносящих канальцев. По этим канальцам из яичка выносятся семя. С наступлением половой зрелости в семенных канальцах яичка образуются мужские половые клетки - сперматозоиды.

При половом возбуждении сперматозоиды вместе с секретом придатков движутся по семявыводящему каналу к семенным пузырькам. Секрет придатков разжижает среду. В момент наибольшего полового возбуждения в задний отдел мочеиспускательного канала выбрасываются сначала выделения предстательной железы, которая охватывает с обеих сторон мочеиспускательный канал при его выходе из мочевого пузыря. Затем сперматозоиды, а затем выделения семенных пузырьков.

Сперма - это секрет предстательной железы и семенных пузырьков со сперматозоидами. При каждом половом акте выделяется от 1 до 6 мл спермы. Сперма извергается через наружное отверстие мочеиспускательного канала, которое открывается на головке полового члена.

Половой член (*penis*) состоит из 3 пещеристых тел, головки и корня. Во время полового возбуждения происходит обильное заполнение пещеристых тел кровью, они становятся упругими, наступает эрекция (напряжение) полового члена. Только при таком состоянии мужского полового члена возможен половой акт.

Кожа полового члена у основания головки образует складку - **крайнюю плоть**. Она может быть легко сдвинута назад. При сужении крайней плоти в результате воспаления или анатомической неполноценности возникает **фимоз** - сужение крайней плоти. Осложнением фимоза является **парафимоз** – опасное для жизни состояние, требующее оказания немедленной медицинской помощи.

Функции репродуктивной системы

Процесс воспроизводства или продолжение рода у человека может быть обеспечен лишь при условии нормальной функции репродуктивной системы двух особей: мужского и женского пола. Известно, что из влагалищного свода, куда при половом акте изливается семенная жидкость, которая содержит 300-500 миллионов сперматозоидов, лишь небольшая часть сперматозоидов проникает в цервикальный канал. В матке и маточных трубах сперматозоиды сохраняют подвижность 3-4 дня, однако способность к оплодотворению сохраняется не более 48 часов. В каждом менструальном цикле начинают развитие 10-15 фолликулов, а достигает овуляции только один, источник яйцеклетки оплодотворенной сперматозоидом в период овуляции. Яйцеклетка сохраняет способность к оплодотворению не более 24 часов, в среднем 12 часов. Из нескольких сперматозоидов, проникших в яйцеклетку, только один участвует в оплодотворении. Женский организм обеспечивает условия для возникновения беременности, роста и развития плода, его рождения и вскармливания новорожденного.

Для предупреждения нежелательной беременности целесообразно использовать один из методов современной контрацепции, смотри более подробную информацию в тексте далее.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ. ВЛИЯНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Факторы, влияющие на репродуктивную функцию женщин

Образ жизни

Образ жизни объединяет многочисленные факторы окружающей среды, постоянно и повседневно воздействующие на человека. Общепринято в параметры здорового образа жизни включать рациональное питание, занятия физической культурой и спортом, отсутствие вредных привычек (алкоголь, курение, наркотики), профессиональных вредностей, эмоциональных и физических перегрузок, инфекций, серьезных наследственных и соматических заболеваний, а также наличие благоприятной экологической обстановки.

Возраст

Максимальная возможность зачатия у здоровой женщины достигается примерно к 23 - 25 годам, затем несколько снижается, а после 35 лет падает уже значительно. Вообще же, беременность может наступить до тех пор, пока функционируют яичники, но с каждым прожитым годом эта вероятность становится все меньше и меньше. Это обусловлено тем, что ближе к 40 годам снижается «качество» овуляции из-за возрастных изменений в половых органах. Кроме того, матка и маточные трубы уже могут быть поражены какими-либо заболеваниями (например, эндометриоз, фибромы и др.), что также не сказывается положительным образом на зачатии. Если первая менструация не наступает до 16 лет, это говорит о патологии репродуктивной системы.

Нарушения менструального цикла

Различные нарушения функции репродуктивной системы могут приводить к ановуляторным (с отсутствием овуляции) менструальным циклам. Причины нарушения менструального цикла самые разнообразные. Это инфекции, заболевания внутренних и половых органов, аборт, психические заболевания, заболевания головного мозга, стрессы, переутомление, нарушение питания.

Воспалительные заболевания женских половых органов

Воспалительные заболевания женских половых органов занимают первое место среди всех гинекологических заболеваний - 65-70%. В развитии воспалительных заболеваний у женщины большую роль играет нарушение состава нормальной флоры во влагалище. В норме во влагалище здоровой женщины преобладают лактобактерии (до 96%) - они поддерживают кислую среду во влагалище, и препятствуют размножению вредных микроорганизмов. Нарушение нормальной среды во влагалище вызывается изменением гормонального фона (в том числе беременностью), нарушениями иммунитета, частой сменой половых партнеров и многими другими факторами. В результате поражения матки и ее придатков беременность не вынашивается, а иногда и возникает бесплодие.

Противозачаточные пилюли

Достоверно доказано, что обычные противозачаточные пилюли, независимо от длительности их приема, не влияют на фертильность женщины. После прекращения приема оральных контрацептивов у большинства женщин способность к зачатию ребенка восстанавливается достаточно быстро. За 2-3 месяца до планируемого зачатия употребление гормональных контрацептивов необходимо прекратить.

Спорт

Доказано, что женщины, занимающиеся физической культурой и легкими видами спорта, легче адаптируются к беременности, у них редко возникают токсикозы и гестозы, роды проходят намного легче из-за тренированности мышц. Тяжелые виды спорта могут неблагоприятно влиять на способность к зачатию и вынашиванию нормальной беременности.

Факторы, влияющие на репродуктивную функцию мужчин

Факторы окружающей среды

Отрицательное влияние на сперматогенез оказывают различные токсические химические вещества, ионизирующее излучение, электромагнитные волны, стресс, гипокальциемия, застойные явления в малом тазу. Нарушение кровообращения в мошонке (длительное нахождение в положении сидя – у спортсменов-велосипедистов, профессиональных водителей, работников офисов), переохлаждение органов таза (сидение на холодных предметах), воспалительные заболевания половой сферы (простатит), эндокринные заболевания (сахарный диабет, нарушение функции щитовидной железы), прием антибактериальных и сульфаниламидных препаратов. Избыток тепла, которое воздействует на яички, способен негативно влиять на сперматогенез. Для мужчин, злоупотребляющих горячими ваннами, присуще снижение воспроизводства сперматозоидов. Существует устоявшееся мнение о том, что чрезмерно тугое белье способно повлиять на снижение способности мужчин воспроизводить потомство. Основанием послужило то, что избыточное тепло воздействует на яички, провоцируя уменьшение выработки сперматозоидов. Если устранить излишнее воздействие тепла, то в течение нескольких месяцев процесс выработки спермы возвратится к норме.

Мужчины с небольшим количеством сперматозоидов могут быть фертильными, если их сперматозоиды достаточно подвижны. На способность к оплодотворению может влиять строение сперматозоидов и объем семенной жидкости.

Вредные привычки

Особого внимания заслуживают вредные привычки супругов. Длительный прием транквилизаторов, антидепрессантов, алкоголя, табакокурение, кокаиновая наркомания, каннабизм (курение продуктов индийской конопли – марихуаны, гашиша), психические воздействия (сильный страх, например) – все эти факторы также нарушают нормальный ход созревания сперматозоидов.

Влияние психоактивных веществ на репродуктивную функцию

Постоянное употребление наркотических препаратов приводит к утрате сексуального влечения, а впоследствии к импотенции. От того, какой наркотик принимается, этот процесс не зависит. Фатальным может быть влияние наркотических препаратов на наследственность. К примеру, наркотик ЛСД является мутагеном. Даже однократный прием этого препарата может вызвать необратимые изменения в человеческих хромосомах, навсегда обрекая свою жертву рождать мутантов.

Марижуана в средних количествах усиливает оргазм, как мужчины, так и женщины, и в то же время задерживает эякуляцию. Однако, как было показано, прием высоких доз этого ПАВ животными снижает сывороточный уровень тестостерона, затрудняет производство, подвижность и жизнеспособность спермы, нарушает цикл овуляции, и вызывает сокращение производства гонадотропных гормонов. Исследования показали, что сперма человека содержит рецепторы, которые стимулируются веществами, подобными каннабису и другими химическими веществами, связанными с каннабисом. Тесты показывают, что курение марихуаны может сказываться на функции сперматозоидов. По последним данным, помимо большего количества дефектных сперматозоидов, характерных для курильщиков конопли, исследователями Королевского университета Белфаста обнаружено, что под действием каннабиноидов сперматозоиды теряют способность проникать сквозь защитную оболочку яйцеклетки, то есть лишаются способности оплодотворять её.

Влияние психоактивных веществ на беременность, на плод и новорожденного

Влияние наркотических веществ сказывается и на потомстве, приводя к очень высокому риску врожденных уродств. Это связано не только с мутагенным влиянием наркотических веществ на яйцеклетки и сперматозоиды, но и прямым токсическим влиянием наркотиков на развитие зародыша. Если будущая мать не прекращает прием наркотиков во время беременности, то есть все предпосылки, что ребенок родится наркозависимым. Даже в том случае, если этого не произошло, риск стать наркозависимым у такого человека сохраняется на всю жизнь. Данные статистики говорят о том, что дети родителей, потребляющих наркотики в 3-4 раза чаще становятся наркозависимыми в подростковом возрасте. Если во время беременности женщина не может отказаться от приема опиоидных наркотиков ей рекомендуется включиться и оставаться в программе заместительной терапии метадонем.

Установлено, что каннабис имеет крайне негативное воздействие на плод: замедляет рост плода, снижает репродуктивную способность у мальчиков, вызывает нарушения нервной системы и зрения. Возможна передача каннабиноидов младенцу через молоко матери. Новорожденные от сильно курящих марихуану матерей имеют крайне удручающие показатели вегетативной стабильности, качества внимания, раздражительности, и саморегулирования, и признаны подверженными риску преждевременной смерти. Дети матерей, курящих марихуану, чаще страдают от постоянного дефицита познавательных способностей, расстройства внимания, гиперактивности и недоразвитых социальных взаимодействий, чем у не подвергшихся воздействию конопли детей того же возраста и социального происхождения.

Влияние амфетамина на беременность

Употребление этого наркотика беременной женщиной отрицательно влияет на развитие плода, а сама беременность может закончиться выкидышем. Действие амфетамина на организм беременной хорошо изучено. Это изменение ритма сердечных сокращений, повышение артериального давления у матери и, как следствие, сокращение притока крови к плаценте. При этом развитие зародыша замедляется. В лучшем случае ребёнок может родиться с весом, гораздо ниже принятой нормы. Амфетамин может привести к выкидышу или рождению мертвого ребёнка. Беременность такой мамы чревата и кровотечениями, ведь наркотик может привести к отслоению плаценты. Читайте также : Развитие ребенка в утробе матери, Может ли девственница забеременеть, Задержка внутриутробного развития плода. Кроме вышеперечисленного, употребление беременной женщиной амфетаминов сопряжено с огромным риском развития у малыша таких патологий, как: маленький размер головы, проблемы с глазами; дефекты верхнего неба и губы («заячья губа», «волчья пасть»), задержка моторики, дефекты рук и ног, видоизменения мозга, патологии сердечной мышцы. При инъекционной форме употребления наркотика есть огромный риск заражения беременной женщины вирусами гепатита и ВИЧ. Они влияют на здоровье матери и ребенка, ведь передаются «вертикальным путём» от матери к плоду. Так же употребление амфетамина снижает аппетит женщины, что в свою очередь приводит к атрофии плода. При употреблении наркотика женщиной во время беременности у будущего ребенка может при рождении быть развит синдром нарушения дыхания во сне. Этот порок является самой частой причиной смерти среди деток в возрасте до года.

Грудное вскармливание и наркотик

Присутствие амфетамина в молоке матери может влиять на сон ребенка. Малыш будет слишком раздражительным и нервным, со сниженным мышечным тонусом. А у матери, употребляющей наркотик, развивается депрессия, истощение, перепады настроения. Медики проводили исследования детей, родившихся у родителей, употреблявших амфетамин. Для всех малышей было характерно отставание в росте и развитии. Со временем такие дети имеют нездоровую психику и трудности в учёбе, они более агрессивны и подвержены детским психозам.

Влияние алкоголя на плод

Многие женщины задаются вопросом: допустимо ли употреблять алкоголь во время беременности, и если да – то сколько? Но ответ любого квалифицированного врача будет категоричен: безопасных доз спиртного для беременных не существует. Абсолютно безопасная доза – ноль граммов. Даже 20-граммовый стаканчик алкогольного напитка может навредить плоду, поэтому в целях заботы о здоровье будущего малыша лучше отказаться от этой пагубной привычки.

Частое или эпизодическое употребление алкогольных напитков во время беременности может привести к возникновению следующих нарушений и

аномалий у плода:

- **Появление специфических черт лица.** Для такого ребенка характерна небольшая голова, слишком плоское лицо, очень узкие глаза. Указанные нарушения могут быть замечены не сразу после рождения малыша, а по истечении двух-трех лет.
- **Низкий рост ребенка,** не связанный с генетическими особенностями родителей.
- **Недостаточная масса тела ребенка при рождении.** Вес новорожденного при наличии серьезных психофизических аномалий обычно не превышает 2,5 кг. Малыши с менее серьезными нарушениями весят немного больше, но все же несколько меньше нормы. Но при учете веса ребенка следует принять во внимание наследственные особенности родителей, ведь у мамы при росте 155 см и массе тела до беременности 45 кг может родиться вполне здоровый малыш весом от 2,5 до 3 кг.
- **Возникновение врожденных дефектов внешности:** «заячьей губы», «волчьей пасти» и т.п.
- **Заболевания центральной нервной системы,** в том числе нарушения зрительной и моторной координации.
- **Развитие врожденных пороков сердца.**
- **Трудности с усвоением информации у ребенка** в дошкольном и школьном возрасте.
Кроме того, в результате употребления алкоголя у женщины может произойти выкидыш на раннем сроке или начаться преждевременные роды ближе к окончанию срока беременности.

Алкоголь на ранних сроках беременности

Наиболее опасным является употребление алкогольных напитков в первые три месяца беременности. В это время происходит формирование основных систем и органов будущего малыша. В результате влияние алкоголя на организм в эмбриональный период (в течение первых десяти акушерских недель беременности) происходит возникновение эмбриопатий, в результате появления которых ребенок рождается с различными психическими и физическими отклонениями.

Употребление спиртных напитков в первом триместре беременности может стать причиной появления следующих проблем:

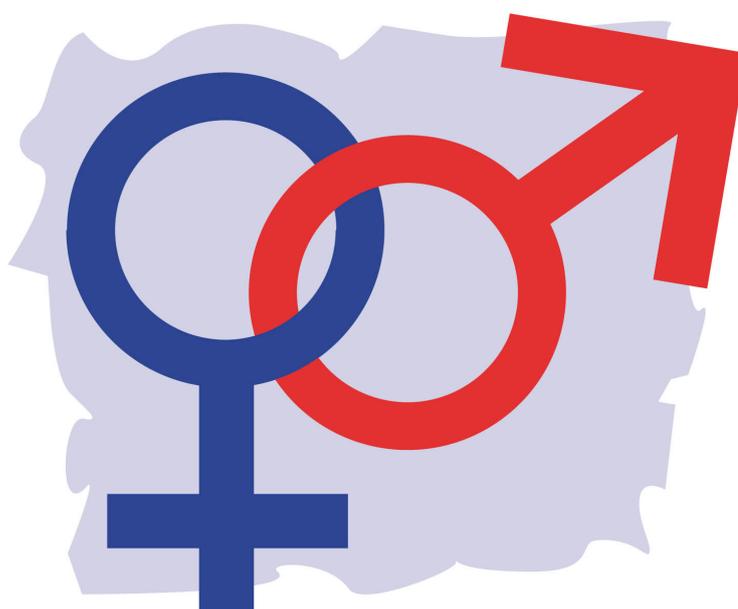
- **Резко возрастает вероятность выкидыша.** Большинство случаев самопроизвольного изгнания эмбриона или плода в первые месяцы беременности связаны с возникновением серьезных дефектов в его развитии, в том числе хромосомных аномалий. Таким способом организм женщины самостоятельно избавляется от зародыша, ведь в дальнейшем будущий малыш не сможет нормально развиваться.

- **У родившегося впоследствии ребенка могут быть обнаружены аномалии** именно тех органов, которые закладывались и формировались в период, когда женщина употребляла спиртное. Часто возникают пороки развития сердца, различные дефекты внешности (слишком низкий лоб, недоразвитый подбородок, узкие глазные щели и др.).
- **Могут возникнуть серьезные нарушения психического развития у ребенка**, если спиртное употреблялось в период интенсивного формирования мозговых структур у плода.
- **Употребление женщиной алкогольных напитков в первые месяцы беременности может стать причиной возникновения алкогольного синдрома плода**, последствия которого невозможно устранить.

РАЗВИТИЕ УСЛУГ В ОБЛАСТИ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В РАМКАХ ОРГАНИЗАЦИЙ, РАБОТАЮЩИХ В СФЕРЕ ВИЧ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

Люди живущие с ВИЧ, равно как и потребители психоактивных веществ, помимо лечебных мероприятий, проводимых в медицинских учреждениях, нуждаются в социальной и психологической помощи и поддержке. Вопросы медико-социальной помощи и лечения ВИЧ-инфекции оказываются тесно взаимосвязаны, и решение их сопряжено со значительными затруднениями в рамках односторонних профессиональных мероприятий, так как работа с данной категорией пациентов одинаково тяжела и недостаточно эффективна как для медицинских работников, так и для специалистов социальных служб, поскольку они неизбежно сталкиваются с целым комплексом проблем, выходящих за рамки их профессиональной компетенции.

Отсутствие единых общепринятых стандартов медико-социальной и психологической помощи, ведомственная разобщенность и фрагментарность медико-социальной работы сегодня сужают масштабы и снижают эффективность оказания медико-психо-социальных услуг данному контингенту пациентов, равно как и усилий государства по профилактике ВИЧ-инфекции. Главной проблемой недостаточной эффективности предоставляемой помощи является отсутствие скоординированной работы различных служб, в результате чего люди с ВИЧ-инфекцией сталкиваются с определенными трудностями при обращениях за необходимыми услугами. Например, некоторые клиенты не могут получить необходимую им помощь в силу отсутствия документов, отказа в госпитализации по причине наркозависимости и т. п.; в иных случаях имеет место необходимость переходить из-под ведения одного учреждения в ведение другого, при этом клиент не сопровождается, а итог такого перехода не отслеживается; зачастую учреждения, оказывающие услуги, исходят из собственных возможностей и задач, а не из потребностей клиентов (например, неудобный график работы, отсутствие возможности получения комплексной медицинской помощи на базе одного ЛПУ), и не учитывают комплексный характер их проблем.



Построение сети партнеров

Целью оказания медико-социальных услуг и взаимодействия социальных служб с органами здравоохранения в организации обслуживания пациентов с ВИЧ-инфекцией является развитие у ВИЧ-инфицированных людей приверженности к диспансеризации и лечению, достижение оптимального состояния здоровья, функционирования в социальной среде, а также повышение качества их жизни.

Создание партнерской сети является ключевым элементом в организации деятельности НПО по оказанию услуг по консультированию в области СРЗ для ЛЖВ и ППАВ, поэтому при создании программ необходимо определить партнеров и наладить с ними взаимодействие для обеспечения своевременного доступа клиента к необходимым услугам и выполнения миссии НПО по комплексному медико-социальному сопровождению.

Взаимодействие НПО с различными службами и организациями должно строиться с учетом следующих положений:

- необходимо наличие четких и согласованных между сторонами норм, правил и процедур, обеспечивающих взаимодействие;
- роли и функции партнерских организаций в процессе обслуживания пациентов ясны и понятны всем участникам взаимодействия, в том числе самим пациентам;
- все стороны понимают и принимают, что сотрудничество по оказанию услуг пациентам осуществляется в целях удовлетворения потребностей клиентов и направлено на повышение качества их жизни.

Осознание всеми сторонами взаимодействия (участниками партнерской сети) актуальности комплексного подхода при оказании медико-социальных услуг и необходимости их совершенствования еще не означает, что между заинтересованными организациями возможно автоматическое возникновение партнерства. Для выстраивания партнерских отношений необходимо соблюдать следующие принципы:

- заинтересованность каждой из взаимодействующих организаций в совместном поиске путей и методов решения проблем пациентов;
- бесконфликтное сотрудничество между партнерами в разрешении спорных вопросов;
- объединение усилий и возможностей каждой из сторон в совместном решении важных проблем, решение которых ими по отдельности малоэффективно;
- стремление к поиску реалистичных решений, а не имитация такого поиска;

- взаимоприемлемый контроль и учет общих интересов в процессе сотрудничества;
- правовая обоснованность (легитимность) взаимодействия, предоставляющая каждой стороне и обществу в целом юридически приемлемые условия взаимодействия;
- общая цель: действия партнеров направлены на результат, значимый для целевой группы, а не на реализацию задач частных (внутриведомственных) проектов;
- значимый вклад и активность каждой из сторон в процессе оказания услуг;
- доверие партнеров друг к другу, ориентация на долгосрочное сотрудничество;
- равенство (взаимодействие на равных, партнерских основаниях);
- открытость (прозрачность) взаимодействия;
- взаимная польза, в том числе в реализации миссии каждой из партнерских организаций.

Этапы построения партнерской сети НПО для развития услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья:

- обзор/изучение законодательства страны и региона в области здравоохранения, репродуктивного здоровья и ВИЧ/СПИДа;
- обзор медико-социальных услуг, оказываемых в пределах территориальной сферы деятельности НПО, их оценка на предмет доступности, достаточности и качества;
- определение и выбор партнеров, представление НПО потенциальным партнерам, инициирование сотрудничества;
- проведение переговоров с потенциальными партнерами НПО о целях, условиях, порядке и формате сотрудничества;
- документальное закрепление партнерских отношений (заключение соглашений, договоров и пр.) с определением обязанностей и разделением ответственности в рамках сотрудничества;
- определение и согласование конкретных задач и мероприятий в рамках установленных партнерских отношений;
- составление плана работы партнерской сети (перечень и краткая характеристика оказываемых услуг, ответственные и контактные лица, адреса, график работы, оценка возможной нагрузки (от потока клиентов), расписание совместных мероприятий и пр.);

- мониторинг и оценка эффективности работы партнерской сети.

При выборе организации-партнера следует провести оценку следующих параметров на предмет соответствия задачам НПО и потребностям ее клиентов:

- какие услуги, на каких условиях предоставляет организация;
- какими нормативными документами регламентируется ее деятельность;
- какие цели и задачи ставит данная организация и ее сотрудники, которые будут потенциально вовлечены в работу с НПО и перенаправляемыми ею клиентами;
- какие оценки дают клиенты услугам этой организации (насколько работа с ней будет востребована среди клиентов НПО);
- насколько руководство и персонал организации готовы к равноправному сотрудничеству;
- на каких условиях организация может и готова сотрудничать, обслуживать клиентов;
- какими ресурсами обладает организация и какие возможности может предложить (например, перечень специалистов, месторасположение, возможность привлекать клиентов в НПО, распространять информацию о ее работе и т. п.).

В партнерскую сеть входят организации, предоставляющие услуги, которые востребованы в процессе выполнения сервисного плана клиента НПО.

Таким образом, основным показателем выбора партнерской организации является перечень оказываемых услуг. При оценке доступности услуг необходимо учитывать следующие факторы:

- наличие услуги;
- кто оказывает данную услугу;
- какие требования предъявляются к получателю данной услуги;
- каковы возможности установления партнерских отношений НПО с организацией, предоставляющей данные услуги, и каковы условия их предоставления (на платной основе/бесплатно, анонимно/не анонимно, режим работы и пр.).

В результате поиска конкретной услуги можно найти одну или несколько организаций, ее предоставляющих, или убедиться, что эта услуга на территории действия программы НПО никем не предоставляется. При наличии таких организаций следующим шагом должно стать определение качества и достаточности предоставляемой услуги. Для этого необходимо получить и проанализировать информацию из следующих источников:

- официальные перечни/описания услуг, отчеты организации об оказанных услугах;
- отзывы и заключения независимых специалистов или сторонних организаций;
- отчеты и мнения специалистов, предоставляющих аналогичные услуги в этой или других организациях;
- отзывы клиентов, ранее получавших услуги в данной организации.

При отсутствии необходимой услуги на территории работы НПО требуется изучить возможность оказания данной услуги на базе существующих медико-социальных учреждений и партнерских организаций. При проведении оценки услуг необходимо собрать наиболее полную информацию, что позволит создать базу данных услуг и сформировать план работы партнерской сети. База данных должна строиться по перечню услуг и включать в себя следующую информацию:

- название организации;
- адрес и способы проезда;
- телефон;
- контактная информация руководителя и специалистов;
- график работы и приема посетителей;
- требования, предъявляемые к клиенту для получения услуг (пол, возраст, место жительства, состояние здоровья, наличие документов, справок, результатов анализов и т. п.);
- описание услуги (продолжительность, содержание и т. п.).

Для обеспечения преемственности оказания услуг необходимо провести ряд встреч с организациями-партнерами, чтобы договориться о порядке и условиях сотрудничества. Для этого потребуются предварительно выяснить потребности партнерских организаций в области оказания того или иного вида услуг. Важной составляющей сотрудничества является возможность согласовывать действия в отношении каждого клиента, для чего необходимо заранее разработать порядок и процедуру перенаправления/сопровождения клиента из одной службы в другую. Эта процедура должна быть отражена в договоре (соглашении) о сотрудничестве. Для улучшения взаимодействия между специалистами партнерских организаций необходимо предусмотреть проведение совместных мероприятий: семинаров, рабочих встреч. Это поможет создать мультидисциплинарную команду специалистов, которая позволит сотрудникам из партнерских организаций лучше представлять себе работу коллег и даст возможность каждому из них понимать процесс целиком и свою роль в нем.

Таким образом, специалист НПО в ходе выполнения сервисного плана клиента выбирает из базы данных партнерских организаций соответствующие услуги, информирует клиента о содержании услуг, правилах обращения, расписании работы специалистов и предоставляет координаты доверенного специалиста (или непосредственно сам договаривается о приеме). Наличие у клиента таких проблем, как долги, заложенные документы и ценные вещи, нерешенные юридические проблемы и т. п., может быть препятствием для получения медико-социальных услуг. Или, к примеру, клиент отказывается или боится посещать те или иные службы. В таких ситуациях специалисты НПО должны выяснить причины, по которым клиент не желает получать помощь, и проверить объективность и обоснованность его опасений. Затем целесообразно назначить совместную встречу с клиентом и представителем соответствующей сервисной службы.

Оптимальным является согласованное со специалистами партнерской организации направление клиента в программу этой организации с предоставлением со стороны НПО документа, содержащего описание проблемы и рекомендации по ее решению (запроса). Практика показывает, что если процесс согласования происходит в присутствии клиента, это создает для него дополнительную мотивацию: доверие к сотрудникам НПО «переносится» на сотрудников партнерской сети.

Куратор сервисного плана должен проконтролировать обращение клиента в партнерскую организацию, включение его в программу оказания услуг и быть в курсе результатов предоставленной помощи, если к этому нет возражений у клиента. С партнерской организацией может быть достигнута договоренность, что после получения клиентом услуги специалист партнерской организации направляет в НПО свое заключение и рекомендации по дальнейшему сопровождению клиента. План мероприятий, согласно которому осуществляется переход клиента из одного учреждения в другое, отражается в сервисном плане. Задачей куратора НПО является обеспечение перехода клиента в соответствии с индивидуальным планом сопровождения, чтобы между выпиской из одного учреждения и приемом в другое не возникало продолжительных «пауз», например, в связи с отсутствием мест или иных проблем.

Маршрут сопровождения клиента включает этапы согласно приведенной ниже схеме:

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ СРЗ ⇒ ВЫБОР УСЛУГИ ⇒

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ КЛИЕНТУ КОНТАКТНЫХ ДАННЫХ ⇒ СОГЛАСОВАНИЕ

НАПРАВЛЕНИЯ КЛИЕНТА ⇒ КОНТРОЛЬ ДОСТИЖЕНИЯ КЛИЕНТОМ УСЛУГИ

Чтобы деятельность по координированному обслуживанию в рамках партнерской сети была эффективной, каждый специалист НПО должен владеть четкой информацией о режиме работы партнерских организаций, спектре оказываемых ими услуг, об условиях приема в программы, требуемых документах, а также о местоположении, номерах телефонов и контактных лицах.

По результатам опыта работы с целевой группой был сделан вывод о необходимости разделения целей мероприятий медико-социального сопровождения для двух основных целевых групп:

- деятельность, направленная на людей, живущих с ВИЧ, подразумевающая формирование приверженности лечебным мероприятиям, ответственного отношения к своему здоровью и здоровью окружающих;
- работа с уязвимыми к ВИЧ-инфекции группами населения, например потребителями психо-активных веществ, направленная на изменение рискованного поведения в отношении ВИЧ-инфекции.

Принципы оказания услуг ЛЖВ и ППАВ

Деятельность организаций, работающих в сфере ВИЧ по оказанию услуг по консультированию в области сексуального и репродуктивного здоровья должна строиться с соблюдением следующих принципов:

Принцип самоопределения (добровольности) клиента требует уважения мнения клиента и его самостоятельных решений в процессе предоставления ему услуг. Для реализации этого принципа очень важно помочь клиенту самостоятельно принять взвешенное решение, предоставить ему для этого необходимую и достаточную информацию. Этому способствует соблюдение процедуры информированного согласия. Получение информированного согласия пациента на то или иное вмешательство/действие заключается в том, что, во-первых, клиент получает необходимую информацию в объеме, достаточном для оценки последствий этого вмешательства и принятия собственного решения (согласия на вмешательство); а во-вторых, сотрудник НПО получает от клиента разрешение на проведение определенных действий. Предметом информированного согласия может быть сотрудничество с клиентом и его семьей, подразумевающее различные формы взаимодействий, и оформляется в виде подписанного документа с учетом, что именно за клиентом остается право выбора получать или не получать ту или иную помощь и услугу.

Принцип конфиденциальности означает недопустимость разглашения информации личного характера без согласия клиента. Очень часто вопросы, обсуждаемые в рамках деятельности НПО, являются глубоко личными или ввиду своего содержания могут вызывать у клиента чувство стыда или вины. Принцип конфиденциальности призван гарантировать клиенту, что все, о чем он расскажет, не выйдет за пределы определенного узкого круга вовлеченных в оказание помощи специалистов. Если возникает необходимость поделиться информацией еще с кем-либо, то всегда следует предварительно обсудить подобную возможность с самим клиентом и получить его письменное согласие. Отдельно следует отметить, что законодательством Молдовы предусмотрено соблюдение принципа конфиденциальности: каждый имеет право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную.

Принцип профессиональной компетентности предполагает, что при использовании знаний и практических навыков специалист НПО не дает критической оценки действиям клиента, но постоянно оценивает свою работу и

стремится повышать квалификацию. Кроме того, при реализации своих функциональных обязанностей, построении системы отношений с клиентом и его ближайшим окружением он должен четко разграничивать сферу профессиональных и личностных отношений. Он обязан соблюдать тактичность и корректность, быть вежливым.

Принцип разделения обязанностей и согласованности действий предполагает, что каждый из специалистов НПО не должен выходить за рамки своей специализации, навыков и компетенции, четко исполняя поставленные перед ним цели и задачи. При этом все действия специалистов согласуются друг с другом и направлены на поддержку проводимой обща работы.

Принцип ответственности реализуется как по отношению к клиентам, так и при взаимодействии со специалистами органов и учреждений, задействованных в оказании услуг клиентам. Быть ответственным – значит отвечать за свои профессиональные решения, за используемые методы, а также за результаты своей работы. Сотрудник НПО должен понимать, что многие люди живущие с ВИЧ находятся в критическом состоянии и от своевременности, полноты и качества помощи часто зависит благополучие этих людей.

Принцип социальной активизации предполагает мотивирование людей живущих с ВИЧ и людей, употребляющих ППАВ, к самостоятельным действиям при решении проблем социализации. Специалисту НПО необходимо помочь клиенту выработать уверенность в своих силах, а в случае работы со всей семьей – расширять ее возможности в решении своих проблем, понимании их причин и возможных последствий. Важно, чтобы члены семьи осознали и приняли меру своей ответственности за то, что происходит с ними. Сюда же входит выработка навыков к самостоятельным действиям по решению проблем и приобретению самоконтроля над собственной жизнью. НПО не должна опекает своих клиентов в большей степени, чем это необходимо, чтобы обеспечить их самостоятельное функционирование. Именно развитие независимости, а не зависимости от специалистов, гарантий и услуг является залогом успеха работы НПО.

Следует формировать у клиентов реальные ожидания от деятельности НПО. Необходимо, чтобы с самого начала и сотрудники НПО и люди живущие в ВИЧ, и члены их семей, вовлеченные в работу, понимали, что каждый из них вносит свой посильный вклад. Перед НПО не стоит задача обеспечить беспроblemное существование клиента и его семьи или постоянную опеку, заменить собой систему здравоохранения или социального обеспечения. Успешное развитие, сотрудничество с учреждениями медицинской и социальной сферы должно быть основано в первую очередь на активности самого клиента живущего с ВИЧ и его семьи. НПО выступает лишь посредником в этой работе.

Виды и описание услуг непосредственно оказываемых в рамках НПО

«Равное» консультирование

«Равное» консультирование получило распространение и стало развиваться благодаря некоммерческим организациям, оказывающим помощь ВИЧ-инфицированным пациентам, в ответ на немедицинские потребности, которые

не могли быть удовлетворены силами системы здравоохранения.

«Равное» консультирование – это конфиденциальный диалог между двумя людьми живущими с ВИЧ один из которых является «равным» консультантом и предоставляет второму информационно-консультативную поддержку в вопросах, связанных с ВИЧ-инфекцией и другими проблемами сексуально-репродуктивного здоровья.

«Равный» консультант – это человек живущий с ВИЧ и имеющий успешный опыт решения проблем, связанных с наличием ВИЧ-инфекции, обладающий специальной подготовкой, навыками консультирования и знаниями в контексте ВИЧ-инфекции. В рамках НПО функции «равного» консультанта возлагаются на сотрудников, соответствующих данному определению. В зависимости от целевой аудитории (различия по полу, по наличию коинфекций, по статусу употребления наркотиков и т. д.) подбирается «равный» консультант соответствующего пола и/или имеющий соответствующий опыт (специализирующийся на отдельных вопросах). Такого рода консультации являются существенным дополнением к работе врача и зачастую бывают более востребованными пациентами, особенно недавно столкнувшимися с диагнозом ВИЧ-инфекция, так как часто помогают справиться со стрессом, принять ответственное решение, наладить отношения с окружающими, понять и принять необходимость строго следовать медицинским рекомендациям при данном заболевании.

«Равный» консультант, находясь в «равных» условиях с пациентом, воспринимается им с большим доверием, имеет возможность больше уделять ему времени, чем врач, таким образом, мотивирует и помогает пациенту правильно организовать свой быт и жизнедеятельность для повышения эффективности оказываемой ему медико-социальной помощи. «Равный» консультант может консультировать по таким вопросам, как: базовая информация о ВИЧ-инфекции, профилактика ВИЧ-инфекции и здоровом образе жизни, о возможностях лечения ВИЧ-инфекции, о приверженности лечению и диспансеризации, о работе школы пациента и услугах партнерских служб и др. «Равный» консультант не осуществляет медицинское консультирование.

Группы взаимопомощи

Группы взаимопомощи - регулярные собрания клиентов, проводимые с целью обмена опытом и моральной поддержки участниками друг друга. На группах обсуждаются сложные ситуации в жизни участников и варианты их решения. Проведение групп взаимопомощи может проходить стихийно или при участии фасилитатора – «равного» консультанта. В рамках групп взаимопомощи могут устраиваться совместные просмотры фильмов по тематике, близкой для всех участников, игры и т. п., что помогает участникам социализироваться, найти друзей. Группы взаимопомощи являются наиболее неформальной формой работы и, как правило, довольно востребованной. Учитывая это, организаторам НПО для проведения групп взаимопомощи следует максимально гибко подойти к вопросу об их организации – например, члены группы могут пожелать собираться по выходным или по вечерам в конце рабочего дня. Помещение для проведения встреч должно быть доступно в это время и оборудовано для таких встреч.

Групповые занятия по вопросам жизни с ВИЧ, лечения, приверженности и услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья

Групповые занятия – это серия информационных семинаров для клиентов по установленной программе, направленные на повышение грамотности в вопросах лечения ВИЧ-инфекции, формирование и поддержание у пациентов стойкой долговременной приверженности антиретровирусной терапии и лечебно-профилактическим мероприятиям в целом. Также групповые занятия предусматривают проведение тематических занятий для целевых аудиторий: ВИЧ-положительных женщин, потребителей ПАВ, дискордантных пар, родителей с ВИЧ-положительными детьми, беременных/планирующих беременность, больных вирусными гепатитами и др. Групповые занятия проводятся врачом или врачом в паре с социальным работником.

Список примерных тем для проведения групповых занятий с ЛЖВ И ППАВ по проблемам СРЗ:

- Что такое репродуктивное здоровье и почему важно о нем заботиться
- Мифы и ложь о репродуктивном здоровье
- Какие репродуктивные права у нас есть
- Как осуществляется репродуктивная функция мужчин и женщин
- Как подготовиться к рождению здорового ребенка
- Как поведение родителей влияет на здоровье детей
- Как предупредить нежеланную беременность и что делать, если она наступила
- Подростки и молодежь и их сексуальные и репродуктивные права
- Как правильно использовать презерватив
- Что такое контрацепция и для чего она нужна
- Что нужно знать женщине о раке
- Какие риски для СРЗ есть у мужчин
- Какие обследования нужно проходить мужчинам и женщинам каждый год
- Что делать, если вы стали жертвой сексуального насилия и другие.

Перенаправление/сопровождение в организации/службы для получения специализированных медико-социальных услуг

Перенаправление клиента – это оказание содействия клиенту в получении услуги за пределами принимающей организации (НПО) в рамках которого сотрудник направляет клиента к соответствующему специалисту либо в специализированное учреждение. Неотъемлемой частью перенаправления является наличие предварительной договоренности НПО с данным специалистом/учреждением о том, что направленному клиенту обязательно будет оказана помощь в необходимом объеме. При перенаправлении сотрудник НПО должен удостовериться, что клиент соответствует критериям включения сторонней организации для оказания ему услуг, в противном случае задачей сотрудника НПО является устранение имеющихся к этому препятствий (например, восстановление документов, решение психологических проблем и т. п.). Таким образом, перенаправление для получения определенной услуги может потребовать промежуточного перенаправления клиента к другому специалисту/учреждению для его подготовки к получению нужной ему помощи.

Сопровождение клиента

Сопровождение клиента – это оказание содействия клиенту в процессе обращения за получением услуги, в рамках которого сотрудник НПО лично сопровождает клиента к стороннему специалисту или в иное учреждение, оказывает содействие до самого момента получения этой услуги.

Ниже описана примерная организация процесса сопровождения клиентов в рамках оказания услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья неправительственными организациями, работающими в сфере ВИЧ в Республике Молдова.

Человека живущего с ВИЧ могут направить в НПО специалисты Центра по профилактике и борьбе со СПИДом или других медицинских учреждений. Не исключена возможность и самостоятельного обращения клиента или членов его семьи. Большинство проблем ВИЧ-положительного человека и его близкого окружения может быть успешно решено лишь при сотрудничестве разно-профильных учреждений-партнеров в рамках социальной инфраструктуры, поддерживающих между собой отношения на основе договоров о сотрудничестве. В них четко определяются функции сторон, возможности предоставления конкретных услуг, сроки сотрудничества.

Куратору, координирующему случай клиента живущего с ВИЧ или потребителя ПАВ, у которого есть проблемы, касающиеся сексуального и репродуктивного здоровья, следует:

- обладать информацией о специалистах НПО и партнерских организациях, которые могут помочь в решении проблем сексуального и репродуктивного здоровья ВИЧ-положительного клиента и членов его семьи или проблем употребления ПАВ;
- поддерживать связи с партнерскими организациями, работающими с ВИЧ-положительными пациентами;
- иметь информационно-методические материалы, содержащие необходимую для сопровождения клиента информацию о заболевании, проблеме, законодательстве, медицинских и социальных службах, которые существуют в городе и районе и других вопросах.

Куратор, отвечающий за координацию клиента, собирает информацию о ходе оказания услуг, уточняет первичный запрос клиента, вносит изменения и дополнения в сервисный план. После этого он продолжает сбор информации, получая ее от самого клиента, его близкого окружения, от специалистов и партнерских организаций. К обязанностям куратора относятся также ведение учета оказанных услуг (в соответствии с сервисным планом) и регулярное введение информации в учетно-отчетные формы НПО согласно порядку, прописанному в системе мониторинга и оценки. В ходе ведения случая клиенту предлагается посещение тематических групповых занятий, а также групп взаимопомощи.

Следует выделить несколько форм работы, связанных с партнерскими организациями.

1. Куратор сообщает клиенту точное название учреждения, куда ему следует обратиться, называет адрес, номер телефона и кабинета, этаж и вид транспорта, каким можно доехать до места, время приема и разъясняет, какие услуги он может получить, чтобы у него не было неоправданных ожиданий.

2. Сопроводительное письмо, дающее четкое представление о целях и ожидаемых результатах обращения клиента в учреждение. Куратор доставляет, отправляет его в партнерскую организацию, проводит предварительную беседу с внешним специалистом, а затем сообщает клиенту фамилию, имя и отчество сотрудника, с которым необходимо встретиться.

Использование подобных приемов дает клиенту возможность связаться с нужным для него учреждением и работником, значительно сократив время и средства и избежав лишних стрессовых ситуаций.

Во время всего процесса сопровождения между куратором и клиентом должны регулярно проводиться встречи для оценки изменяющихся потребностей клиента, достигнутого прогресса и внесения соответствующих изменений в индивидуальный сервисный план. Результаты оценки выполнения индивидуального сервисного плана следует сообщить и обсудить с клиентом. Результаты каждой встречи с клиентом следует документально регистрировать.

СЕКСУАЛЬНЫЕ И РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПРАВА. ОБЕСПЕЧЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПРАВ ГРАЖДАН В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

Сексуальные права

Сексуальные права включают в себя права человека, которые уже признаны в национальных законодательствах, международных документах о защите прав человека и других документах, выражающих всеобщее мнение. Они включают право всех лиц без принуждения, дискриминации и насилия:

- на самый высокий достижимый уровень сексуального здоровья, включая доступ к услугам в сфере сексуального и репродуктивного здоровья;
- искать, получать и распространять информацию, относящуюся к вопросам сексуальности;
- на половое просвещение;
- на уважение физической неприкосновенности;
- выбирать себе партнера;
- принимать решение о том, быть ли им сексуально активными или нет;
- на сексуальные отношения на добровольной основе;
- на брак на добровольной основе;
- принимать решение, иметь ли им детей и когда; и вести безопасную, приносящую удовлетворение и наслаждение половую жизнь.



Репродуктивные права

С учетом вышеизложенного определения (см. репродуктивное здоровье) **репродуктивные права** охватывают некоторые права человека, которые уже признаны в национальных законодательствах, международных документах по правам человека и других соответствующих документах Организации Объединенных Наций, принятых на основе консенсуса. Указанные права зиждутся на признании основного права всех супружеских пар и отдельных лиц свободно принимать ответственное решение относительно количества своих детей, интервалов между их рождением и времени их рождения и располагать для этого необходимой информацией и средствами, а так же права на достижение максимально высокого уровня сексуального и репродуктивного здоровья. Это также включает их право принимать решения в отношении воспроизводства потомства, без какой бы то ни было дискриминации, принуждения и насилия, о чем говорится в документах по правам человека *

***Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию, Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 1994 г.)**

Обеспечение репродуктивных прав граждан в Республике Молдова

Вопросы репродуктивных прав, описанные выше, представляют вопросы прав человека, которые Республика Молдова должна соблюдать, как исполнение своих обязательств по защите и реализации прав человека, по поводу чего наша страна находится под постоянным международным контролем.

Основными принципами реализации репродуктивных прав граждан в Республике Молдова являются:

- a. осуществление этих прав по своей воле и в своих интересах без нарушения прав, свобод и законных интересов других лиц;
- b. невмешательство государства в осуществление права на свободное принятие решения в отношении деторождения;
- c. неприкосновенность частной жизни и семейной тайны;
- d. конфиденциальность в вопросах охраны репродуктивного здоровья;
- e. доступность медицинской помощи в области охраны репродуктивного здоровья;
- f. обеспечение гарантированного объема услуг в области охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи, а также качества и доступности таких услуг;
- g. соблюдение специальных профессиональных требований и стандартов при выполнении любого медицинского вмешательства в области охраны репродуктивного здоровья;
- h. государственная поддержка семей, имеющих детей, в соответствии с действующим законодательством.

Согласно закону о репродуктивном здоровье (Закон РМ № 138 от 15.06.2012) следующие права в области репродуктивного здоровья гарантированы государством:

- право на свободное решение в отношении воспроизводства и числа детей, рожденных в браке или вне брака,
- право на информацию о репродуктивном здоровье и планировании семьи,
- право на услуги по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи,
- право на донорство половых клеток,
- право на искусственное оплодотворение и экстракорпоральное оплодотворение,
- право использования методов контрацепции,
- право на неприкосновенность частной жизни при реализации репродуктивных прав, право несовершеннолетних на охрану их репродуктивного здоровья и половое воспитание.

Для достижения репродуктивных прав государство обеспечивает:

- a. а) доступ к безопасным и эффективным услугам в области охраны репродуктивного здоровья как неотъемлемой части предусмотренного Конституцией права на охрану здоровья;

- b. b) уважительное отношение при обращении в учреждения/организации, осуществляющие деятельность в области охраны репродуктивного здоровья;
- c. c) уважение достоинства, нравственных и религиозных ценностей, национальной и социальной принадлежности, пола, возраста и иных особенностей;
- d. d) выбор врача и учреждения/организации, уполномоченных оказывать услуги в области охраны репродуктивного здоровья;
- e. e) получение достоверной информации о правах и обязанностях в области репродуктивного здоровья, о состоянии репродуктивного здоровья, включая сведения о результатах обследования, прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения. В исключительных случаях, предусмотренных действующим законодательством, могут накладываться ограничения на реализацию этого права в интересах пациента;
- f. f) безопасная беременность и квалифицированная помощь до родов, в период родов и после родов.

Другие права ЛЖВ и источники их регламентирующие:

- Право на медицинское страхование (ст. 17 Закона об охране здоровья);
- Право на медико-санитарное просвещение населения (ст. 18 Закона об охране здоровья);
- Право на возмещение ущерба, причиненного здоровью (ст. 19 Закона об охране здоровья);
- Право на предоставление медицинских отпусков (ст. 22 Закона об охране здоровья);
- Право на свободный выбор врача и формы медицинской помощи (ст. 25 Закона об охране здоровья);
- Право на получение информации о здоровье (ст. 27 Закона об охране здоровья);
- Право больного на обжалование действий медицинского персонала, причинившего вред его здоровью (ст. 36 Закона об охране здоровья);
- Право семьи на охрану здоровья и социальную защиту (ст. 46 Закона об охране здоровья), и т.д.

NB! Более подробную информацию читайте в Руководстве по продвижению и защите прав людей, живущих с ВИЧ, опубликованном Институтом по правам человека в Республике Молдова в 2011 году.

ОБЗОР И КООРДИНАЦИЯ УСЛУГ ПО РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

Закон о репродуктивном здоровье

Согласно Закону о репродуктивном здоровье Государство РМ обеспечивает:

a) развитие и организацию помощи в области охраны репродуктивного здоровья в целях обеспечения равного доступа женщин и мужчин к качественным медицинским услугам;

b) постоянное информирование населения по вопросам профилактики нарушений репродуктивного здоровья с использованием для этого всех доступных информационных каналов и с освобождением от фискальных сборов подобной информации в рамках социальной рекламы;

c) предоставление населению качественных продуктов в области репродуктивного здоровья, в том числе контрацептивов, необходимым лицам из социально уязвимых групп. Категории женщин, имеющих право на бесплатное получение современных средств контрацепции, устанавливаются приказом министра здравоохранения;

d) лицам, нуждающимся в том или ином методе контрацепции, – медицинскую консультацию, необходимую для выбора метода контрацепции с учетом состояния здоровья, возраста и индивидуальных особенностей. Консультационные услуги в области контрацепции оказываются специально подготовленным персоналом и в помещениях, обеспечивающих сохранение конфиденциальности;

e) методы добровольной хирургической контрацепции, которые могут применяться только по просьбе лица и на основе его информированного согласия;

f) каждой женщине – доступ к безопасным методам прерывания беременности в соответствии с нормативными актами министерства здравоохранения;

g) каждой женщине – бесплатную ежегодную консультацию в целях раннего выявления рака половых органов и молочной железы независимо от уплаты или неуплаты взносов обязательного медицинского страхования;

h) каждой женщине – скрининг рака половых органов и молочной железы, лечение и уход после лечения;

i) каждому мужчине – скрининг патологии репродуктивной системы, в том числе рака половых органов, лечение и реабилитацию;

j) каждой паре или одинокой женщине – бесплатный безопасный уход до родов, в период родов и за новорожденным и после родов независимо от уплаты или неуплаты взносов обязательного медицинского страхования и независимо от степени неотложности соответствующей медицинской услуги;

к) совершенствование медико-генетической помощи населению и внедрение новых технологий перинатальной диагностики в целях профилактики и снижения уровня врожденных пороков развития, а в случае их выявления во время беременности женщины – возможность бесплатного прерывания беременности;

л) любому лицу – бесплатную консультацию и обследование в целях профилактики и лечения инфекций, передающихся половым путем, и ВИЧ-инфекции/СПИДа независимо от уплаты или неуплаты взносов обязательного медицинского страхования;

м) меры профилактики сексуального насилия, помощи и реабилитации его жертвам.

Организация и координация всех мер в области охраны репродуктивного здоровья осуществляется министерством здравоохранения.

Юридические и физические лица, обеспечивающие реализацию прав в области репродуктивного здоровья, несут ответственность, установленную действующим законодательством.

Несоблюдение положений Закона о репродуктивном здоровье влечет в зависимости от обстоятельств дисциплинарную, административную и уголовную ответственность в соответствии с законодательством.

Услуги в области охраны репродуктивного здоровья

Услуги в области охраны репродуктивного здоровья могут предоставляться как публичными, так и частными медицинскими учреждениями/организациями в установленном действующим законодательством порядке.

Услуги в области охраны репродуктивного здоровья, организуемые и координируемые министерством здравоохранения, предоставляются в следующих приоритетных направлениях:

- планирование семьи и контрацепция;
- безопасное материнство;
- диагностика, профилактика и лечение инфекций, передающихся половым путем, и ВИЧ-инфекции/СПИДа;
- безопасный аборт;
- сексуально-репродуктивное здоровье подростков;
- сексуальное здоровье пожилых людей;
- ранняя диагностика и лечение рака половых органов и молочной железы;
- профилактика и лечение бесплодия;
- предупреждение насилия в семье;
- сексуально-репродуктивное здоровье мужчин.

Сексуально-репродуктивное здоровье подростков

Сексуально-репродуктивное здоровье подростков включает следующие права и услуги:

(1) Подростки имеют право на информацию и доступ к услугам в области охраны репродуктивного здоровья, адаптированным к их потребностям.

(2) Подростки имеют право на адаптированное к их возрасту половое воспитание, направленное на правильное психологическое развитие, профилактику инфекций, передающихся половым путем, в том числе ВИЧ-инфекции, нежелательной беременности и формирование навыков ответственных родителей.

(3) Обязательное половое воспитание и подготовка к семейной жизни осуществляются в учебных и других заведениях, где находятся подростки или молодые люди, в том числе со специальными нуждами, по специально разработанным программам, являющимися частью обязательного учебного плана образовательных заведений, с учетом возраста, пола и особенностей психо-полового развития.

(4) Разработка программ полового воспитания, адаптированного к возрасту и направленного на правильное психо-половое развитие, профилактику инфекций, передающихся половым путем, а том числе ВИЧ-инфекции, нежелательной беременности и формирование навыков ответственных родителей, обеспечивается министерством образования совместно с министерством здравоохранения.

(5) Медицинские услуги в области охраны сексуально-репродуктивного здоровья подростков предоставляются медицинскими службами, дружественными к молодежи, а также другими уполномоченными службами в соответствии с нормативными актами министерства здравоохранения.

(6) В случае несовершеннолетних в возрасте до 16 лет добровольное согласие на получение услуг в области охраны репродуктивного здоровья должно быть выражено как самим несовершеннолетним, так и его законным представителем. Если получить согласие законного представителя несовершеннолетнего не представляется возможным, а медицинские услуги показаны для сохранения жизни и здоровья, достаточно добровольного согласия несовершеннолетнего. В таком случае решение принимается консультативно провайдерами услуг в высших интересах несовершеннолетнего и в соответствии с нормативными актами министерства здравоохранения.

(7) В случае беременности девочек-подростков им гарантируется и обеспечивается право на продолжение учебы во время беременности и после родов.

Консультирование и качественные услуги в сфере репродуктивного здоровья

Консультирование и качественные услуги в сфере репродуктивного здоровья оказываются учреждениями первичной медико-санитарной помощи, Кабинетами Репродуктивного Здоровья, Центрами Здоровья Дружественными

Молодежи, Центрами Здоровья Женщин. Список, адреса и контакты медицинских учреждений оказывающих услуги СРЗ на амбулаторном уровне смотри в приложении.

Следует отметить, что люди, которые имеют медицинскую страховку, независимо от ВИЧ-статуса, имеют право на медицинские услуги, оказываемые Единой программой медицинского страхования. Министерство здравоохранения ежегодно утверждает и публикует Методологические нормы применения в следующем году Единой программы обязательного медицинского страхования, предложенные Национальной Страховой Медицинской Компанией. В приложении приведены выдержки из Приказа министерства здравоохранения Nr.1605/414 от 31.12.2013 об утверждении Методологических норм применения в 2014 году Единой программы обязательного медицинского страхования, опубликовано: 21.02.2014 в Monitorul Oficial Nr. 43-46 статья №: 261. Цитируемые пункты отражают регулирование оказания медицинской помощи, в том числе и для ЛЖВ и ППАВ.

При необходимости пациент, ЛЖВ и ППАВ, будет переадресован для оказания специализированной помощи. Услуги в сфере сексуального и репродуктивного здоровья для ЛЖВ и ППАВ оказывают, в том числе, и в Больнице Дерматологии и Коммуникабельных Болезней, г. Кишинев. Больница Дерматологии и Коммуникабельных Болезней является единственным учреждением республиканского уровня, специализированным на диагностике и лечении инфекций, передающихся половым путём, кожных заболеваний, антиретровирусной терапии и паллиативном уходе за лицами, страдающими ВИЧ и СПИДом. Данное медицинское учреждение предоставляет следующие услуги:

1. Консультативная и клиническая помощь при кожных заболеваниях, в косметологии, инфекциях, передающихся половым путём и подтверждённом ВИЧ/СПИДе.

2. Лабораторная диагностика с помощью бактериологических и иммунологических методов, ELISA, иммунофлуоресценции, молекулярная биология PCR (полимеразная цепная реакция), для выявления половых инфекций: сифилиса, гонореи, хламидиоза, микоплазмоза, уреаплазмоза, кандидоза, урогенитальных заболеваний и герпесной инфекции, а также определение чувствительности к специфическим препаратам; микробная флора, определение чувствительности к антибиотикам, причин чесотки и дерматофитов, цитология, гистология – при кожных заболеваниях.

3. Амбулаторное лечение перечисленных инфекций, в том числе анонимно и конфиденциально.

4. Определение иммунного статуса (CD4-CD8) и вирусной нагрузки при ВИЧ/СПИДе методом PCR (полимеразная цепная реакция).

5. Антиретровирусная терапия (АРВ) заражённых ВИЧ-инфекцией и больных СПИДом. Профилактическое лечение ВИЧ-положительных беременных женщин. Профилактическое лечение детей, рождённых ВИЧ-инфицированными матерями. Бесплатная выдача антиретровирусных препаратов пациентам и смесей для искусственного питания детей, рождённых ВИЧ-положительными матерями.

6. Ультразвуковая и радиологическая диагностика.
7. Радиотерапия при кожных заболеваниях.
8. Физиотерапевтические процедуры, в том числе лечебные ванны, подводный массаж, PUVA – терапия (фотохемотерапия), лазерная терапия, душ Шарко, акупунктура.
9. Гинекологическая помощь, кольпоскопия.
10. Консультирование и добровольное тестирование лицам с ВИЧ/СПИДом и ИППП.
11. Выдача медицинских сертификатов диагностики вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) и инфекций, передающихся половым путём
12. Консультирование и психологическая помощь лицам с ВИЧ/СПИДом.
13. Услуги по мониторингу, оценке и интеграции услуг медицинской помощи в дерматовенерологии и инфекции ВИЧ.
14. Консультации по разработке нормативных актов в дерматовенерологии и медицинской помощи лицам с ВИЧ/СПИДом, по проблемам организации специализированной медицинской помощи в данной области.
15. Обучение на рабочем месте специалистов по клиническому ведению больных дерматовенерологическими и половыми инфекциями, инфекцией ВИЧ, освоение современных методов лабораторной диагностики для данных патологий.
16. Консультации и логистика при организации общественных акций по профилактике заболеваний, передающихся половым путём и инфекции ВИЧ, организация лекций по данным проблемам.

Адрес Больницы Дерматологии и Коммуникабельных Болезней: ул. Костюжень 5/1, г. Кишинев, телефон: (+373 22) 794 111; 794 119, Факс: (+373 22) 794 211, электронная почта: sdmc@ms.md, график работы: Пн.-Пт.: 8-17

Люди, употребляющие ППАВ, могут также обратиться за консультацией в Республиканский Наркологический Диспансер, Мун. Кишинэу, Ул. И. Прункул, 8, Tel/Fax: (+373 22) 293 596; Tel: (+373 22) 293 685; (+373 22)727 856

ОСОБЕННОСТИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП – ЛЮДИ ЖИВУЩИЕ С ВИЧ, ПОТРЕБИТЕЛИ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Цель консультирования ЛЖВ - предоставление информации о возможности полноценной жизни и необходимости изменения поведения на безопасное, и оказание помощи и поддержки в решении проблем СРЗ.



Ключевые моменты

Консультирование строится исходя из обстоятельств, поведения и потребностей клиента, а также из оценки персонального риска клиента и разработки индивидуального плана действий.

Основными этапами психологической помощи при ВИЧ являются до- и после-тестовое консультирование, психологическая помощь в кризисном периоде после сообщения о диагнозе, консультирование в период адаптации к состоянию ВИЧ-позитивности и решение жизненных проблем связанных в том числе и с сексуальным и репродуктивным здоровьем.

Наличие помощи и поддержки консультантов является обязательным условием для принятия клиентом своего статуса и успешной борьбы с трудностями, неминуемыми в связи с хроническим заболеванием и возможным ухудшением состояния здоровья, необходимостью изменения образа жизни и дискриминационным отношением окружающих.

Основной принцип помощи при ВИЧ это содействие ЛЖВ в поиске собственного самого лучшего пути решения проблемы, проявляя эмпатию, доброжелательность и соблюдая конфиденциальность.

Процесс консультирования

Начало процесса консультирования может вызывать у ЛЖВ противоречивые чувства, с одной стороны потребность в помощи, а с другой – недоверие к консультанту. Некоторые клиенты могут проявлять гнев и агрессию по отношению к консультанту, а также высказывать сомнения по поводу компетентности, осведомленности и бескорыстности консультанта.

Консультант должен понимать и адекватно воспринимать чувства клиента, поощряя его высказываться. Требуется ограничения лишь проявление вербальных или физических оскорблений.

Дайте возможность клиенту рассказать о себе как можно больше, чтобы позже вместе подытожить сказанное и выработать план дальнейших действий. Узнайте сведения о поведении клиента, в том числе его подверженность рискованному поведению, выявите примеры, характеризующие его мировоззрение.

В моменты кризиса, когда клиент возбужден, чувствует страх и эмоционально неуравновешен, не стремитесь собрать информацию, просто терпеливо выслушайте клиента и поймите в чем заключаются его индивидуальные потребности.

Не поддерживайте клиента на пути ложных надежд на выздоровление, которые позже могут смениться отчаянием. Не обещайте сами, что все будет хорошо, не берите на себя невыполнимых обязательств.

Помимо состояний связанных с физическим самочувствием выявите психологические и социальные аспекты его жизни, которые могли способствовать настоящему состоянию клиента.

Установите наличие у клиента других источников поддержки, таких как семья, друзья, участие в группе взаимопомощи. Определите психологический настрой самого пациента, состояние которое может влиять даже на эффективность принимаемого медикаментозного лечения. Никакие лекарства не имеют такой действенной силы, как психика больного, отрицательные эмоции вызывают угнетение иммунной системы человека, а положительные эмоции улучшают иммунитет.

Помните, что периоды «равновесия» могут сменяться периодами депрессии, состоянием негативизма и агрессии. В целом, испытывая различные чувства, клиент адаптируется к необходимости жить с ВИЧ, возобновления старых и заключения новых социальных связей. Наличие или отсутствие объективных перспектив для сохранения социального статуса, материального достатка, уровня здоровья, и главное «шанса на жизнь» коренным образом влияют на появление и изменение определенных психических состояний ЛЖВ. Положительно влияет на качество жизни клиента и эффективность АРВ-терапии.

Помогите клиенту понять связь его ВИЧ-статуса с возможными другими проблемами в области СРЗ и осознать важность их своевременного решения, наряду с последствиями бездействия (снижение и угасание репродуктивной функции, вплоть до импотенции и бесплодия, осложнения беременности, рождение больных детей и др.).

Цель консультирования ППАВ - предоставление информации для выработки навыков менее рискованного сексуального поведения и отказ от потребления для снижения риска инфицирования ВИЧ и других инфекционных заболеваний.

Ключевые моменты

Потребление ПАВ ведет к расстройству психики и поведения. Потребление ПАВ способствует рискованному сексуальному поведению и повышает риск инфицирования ВИЧ.

Для ППАВ характерно неустойчивое поведение, склонность к крайностям. ППАВ присущи мнительность, боязливость, ранимость, тревожность, физическая слабость и деградация личности.

Особенности консультирования ППАВ

Неустойчивость поведения ППАВ приводит к тому, что они легко могут менять свои взгляды, мнение и отношение к окружающим. От того, как проявит себя консультант на первой встрече, зависит, придет ли ППАВ за помощью в следующий раз.

Основа преодоления психологических барьеров в общении с ППАВ – это толерантное к ним отношение со стороны консультанта, знание личностных и поведенческих особенностей ППАВ, языка-сленга, и вообще стиля и образа жизни. Вопросы из праздного любопытства могут быть расценены ППАВ как неинформированность консультанта и подорвать доверие.

Женщины ППАВ разговорчивее мужчин и сообщают информацию подробнее. Общение консультанта должно быть кратким, четким и ясным, учитывая снижение памяти в результате потребления. Память у ППАВ кратковременна и выборочна, при разговоре повторите дважды и подчеркните главную мысль. В тоже время ППАВ - злопамятны.

Качество общения зависит от состояния, в котором находится ППАВ: «эйфории», передозировке, абстиненции, голода. Четко оцените круг потребностей ППАВ и круг ваших возможностей как консультанта.

Любые предоставляемые услуги не должны требовать отказа от потребления ППАВ, должны быть с немедленным и благоприятным эффектом.

Консультант должен уважать любое решение пациента, даже отказ от услуг. Для долговременного контакта важно соблюдать деловой, четкий и конкретный сценарий консультирования.

Выясните факторы рискованного поведения связанного с ППАВ, такие как, использование крови для приготовления наркотика, использование общего инъекционного оборудования, беспорядочные половые связи.

Заинтересованность ППАВ в программах снижения вреда (заместительной терапии метадонотом), в снижении риска заразиться ВИЧ или другими ИППП свидетельствует о готовности клиента к выбору более безопасного типа поведения.

Перенаправление ППАВ в случае необходимости услуг специалиста в области СРЗ следует проводить в те учреждения, где оказываются бесплатные услуги (Центры репродуктивного здоровья, Учреждения ПМСП, Центры Услуг Дружественных Молодежи).

Цель консультирования работников секс-бизнеса - предоставление информации для выработки навыков безопасного поведения, оказание помощи при решении проблем в области СРЗ.

Ключевые моменты

Женщины и мужчины секс-бизнеса представляют собой достаточно изолированную и закрытую группу по причине дискриминации со стороны общего населения.

Часто практика коммерческого секса сочетается с потреблением ППАВ, что в свою очередь увеличивает риск инфицирования ВИЧ, особенно среди женщин.

Работники коммерческого секса не готовы отказаться ни от одной из рискованных практик – занятие сексом обеспечивает их деньгами для приобретения ПАВ. Будучи под влиянием ПАВ они легко становятся жертвами сутенеров и жертвами сексуального насилия.

Практикуя коммерческий секс, работники секс-бизнеса часто не информированы о риске инфицирования ВИЧ, как при вагинальном и анальном, так и при оральном сексе.

Женщины - работники коммерческого секса - относятся к различным возрастным группам и имеют различные потребности в области СРЗ. Общими частыми проблемами являются нежелательная беременность и инфицирование другими ИППП, помимо ВИЧ.

Цель консультирования МСМ - информирование по вопросам сексуального здоровья и безопасного поведения.

Ключевые моменты

Существующее в обществе негативное отношение к МСМ делает клиентов настороженными и обидчивыми и требует от консультанта доброжелательности и терпимости.

При консультировании консультант должен помнить, что проблемой является риск инфицирования, а не сексуальная ориентация клиента.

Консультирование должно быть направлено на формирование безопасного поведения, на информацию о методах профилактики ВИЧ и местах получения помощи в любое время суток.

Цель консультирования заключенных - оказание помощи по вопросам репродуктивного и сексуального здоровья лицам, находящимся в условиях пенитенциарных учреждений, профилактика рискованного поведения.

Ключевые моменты

Заключенные не в состоянии заботиться о себе самостоятельно в условиях пенитенциарных учреждений, поэтому ваши рекомендации должны быть четкими и реально выполнимыми.

Скопление людей и специфическая иерархия среди заключенных обуславливает высокий риск насилия, в том числе и сексуального.

Наряду с передачей ВИЧ половым путем, большой удельный вес занимает путь передачи через инструментарий для нанесения татуировок, при использовании общих лезвий для бритья.

Следует привлечь как можно большее количество заключенных и поощрять передачу информации по принципу «равный-равному».

Для помощи в решении проблем СРЗ заключенных следует сотрудничать с медицинскими работниками и администрацией пенитенциарных учреждений.

УСЛУГИ В ОБЛАСТИ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ЛЖВ И ППАВ

Права клиента

Независимо от того, кто выступает в роли консультанта в сфере оказания услуг сексуального и репродуктивного здоровья должны соблюдаться права клиента. Каждый клиент в сфере оказания услуг сексуального и репродуктивного здоровья независимо от пола, возраста, этнической принадлежности, вероисповедания, социального, материального, профессионального, экономического статуса и т.д., пользуемся следующими правами на:

Информация

Право на информацию о собственном здоровье, об услугах по охране сексуального и репродуктивного здоровья (планирование семьи, методы контрацепции, безопасное прерывание беременности и т.д.)

Выбор

Право на принятие без принуждения решения о собственном здоровье, включая аспекты сексуального и репродуктивного здоровья (планирование семьи, и о том какими методами предохранения от нежелательной беременности и когда воспользоваться и др.)

Доступ

Право на качественные услуги независимо от пола, возраста, вероисповедания, и т.д.

Безопасность

Право на безопасность при оказании услуг.

Доброжелательность

Право на доброжелательное отношение и атмосферу независимо от необходимых услуг.

Конфиденциальность

Право на сохранение в секрете личной информации, и привлечение по просьбе или с согласия клиента, третьих лиц, которые могут помочь в решении проблемы.

Достойное отношение

Право на уважительное отношение и интерес.

Комфорт

Право чувствовать себя комфортно независимо от предоставляемых услуг.

Продолжительный уход

Право на получение информации и консультирование в течение такого количества времени, какое пожелает клиент, и ровно столько, сколько потребуется.

Собственное мнение

Право на выражение собственного мнения о предоставляемых услугах.

Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ сегодня по праву считается одной из важнейших составляющих эффективной стратегии противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа, в том числе профилактики и лечения. Консультирование и тестирование, где основополагающими принципами являются конфиденциальность, добровольность и бесплатность, рассматриваются как начальный пункт для входа в систему профилактики, лечения, ухода и поддержки, и дают возможность населению получить доступ к необходимой профилактической, диагностической и медико-социальной помощи (рис.1). Пост-тестовая консультация, может рассматриваться как возможность выявить рискованное поведение и определить нужды клиента для переадресации в другие службы, оказывающие услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья.

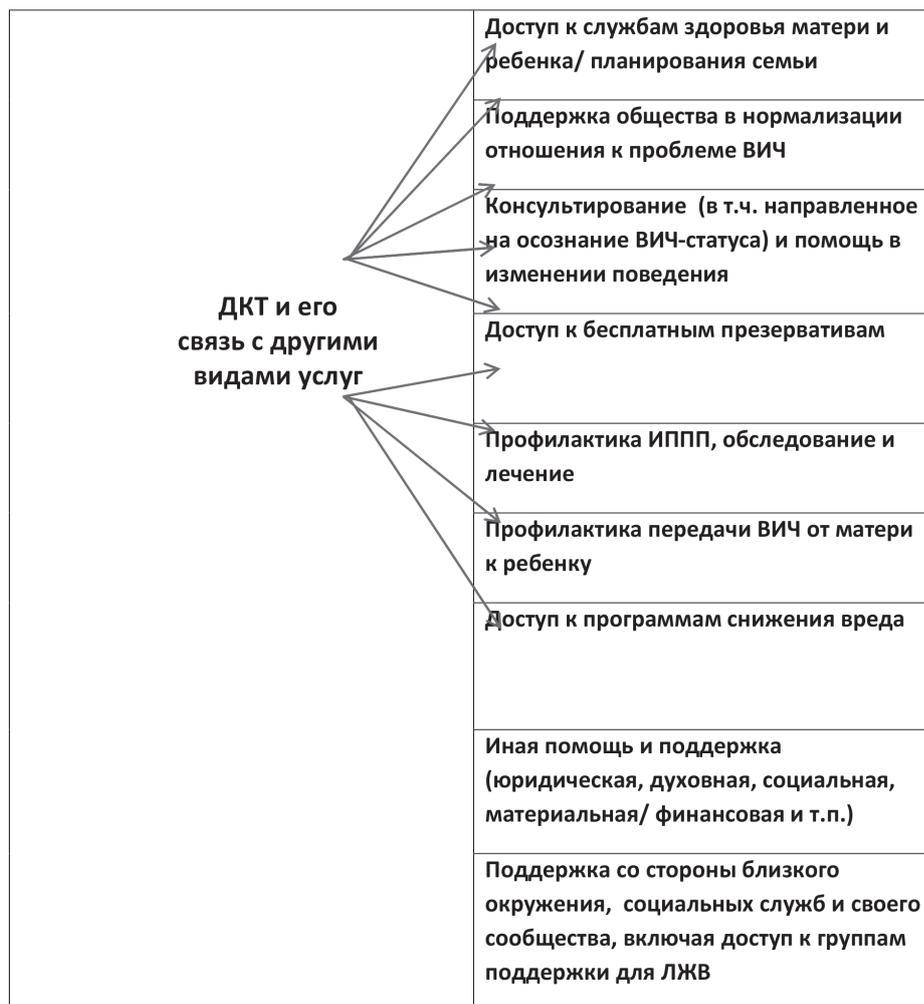


Рис.1 Связь ДКТ с другими службами СРЗ

Создание партнерской сети является ключевым элементом в организации деятельности НПО по оказанию услуг по консультированию в области СРЗ ЛЖВ и ППАВ, поэтому при создании программ необходимо определить партнеров и наладить с ними взаимодействие для обеспечения своевременного доступа клиента к необходимым услугам и выполнения миссии НПО по комплексному медико-социальному сопровождению.

Чтобы деятельность по координированному обслуживанию в рамках партнерской сети была эффективной, каждый специалист НПО должен владеть

четкой информацией о режиме работы партнерских организаций, спектре оказываемых ими услуг, об условиях приема в программы, требуемых документах, а также о местоположении, номерах телефонов и контактных лицах.

Ниже будет описано примерное содержание различных услуг в сфере сексуального и репродуктивного здоровья в соответствии с пакетом услуг в Молдове и ключевыми международными рекомендациями в контексте ЛЖВ И ППАВ.

1. Планирование семьи, услуги для отсроченной рождаемости

В этом разделе приведены рекомендации о планировании семьи и использовании различных методов контрацепции из *Family Planning: A Global Handbook for Providers – Russian, Summary of Major Changes from 2008 and 2011, Updates - Russian (2007 edition)*,

Общая информация

Наличие ИППП, ВИЧ-инфекции или прохождение курса антиретровирусной (АРВ) терапии не является препятствием для эффективного и безопасного применения большинства существующих методов контрацепции, с учетом определенных ограничений.

Как правило, совместное применение противозачаточных средств и антиретровирусных препаратов не приводит к взаимному снижению их эффективности. Даже если это действительно так, пользование презервативами всегда позволяет откорректировать ситуацию.

К современным методам контрацепции относятся:

- Комбинированные оральные контрацептивы (КОК)
- Противозачаточные таблетки прогестинового ряда (ПТП)
- Инъекционные контрацептивы прогестинового ряда (ИКПР)
- Ежемесячные инъекционные контрацептивы (ЕИК)
- Комбинированный пластырь
- Комбинированное вагинальное кольцо
- Импланты
- Медьсодержащее внутриматочное средство (ВМС)
- Женская стерилизация
- Вазэктомия
- Мужские презервативы
- Женские презервативы
- Спермициды
- Диафрагма
- Методы контрацепции, основанные на циклическом характере женской фертильности
- Метод лактационной аменореи (МЛА)
- Экстренная (неотложная) контрацепция

Что представляют собой комбинированные оральные контрацептивы?

Таблетки, содержащие малые дозы двух гормонов – прогестина и эстрогена, являющихся искусственными аналогами естественных гормонов прогестерона и эстрогена. Основной механизм действия КОК заключается в блокировании выхода яйцеклеток из яичников (овуляции).

Комбинированные оральные контрацептивы и ВИЧ-инфекция

ВИЧ-инфекция или прохождение курса АРВ-терапии не являются противопоказанием к применению КОК. Женщины могут безопасно использовать КОК даже если они инфицированы ВИЧ, у них СПИД, или они находятся на антиретровирусной (АРВ) терапии, если только их терапия не включает в себя ритонавир! **Ритонавир может снизить эффективность КОК.**

Что представляют собой противозачаточные таблетки прогестинового ряда?

Противозачаточные таблетки прогестинового ряда (ППП) также известны как «мини-пили» - таблетки, содержащие малые дозы прогестина – искусственного аналога естественного гормона прогестерона. Прогестиновые таблетки не содержат эстрогена, что обеспечивает возможность их применения кормящими матерями, а также женщинами, для которых эстрогены противопоказаны. Основной механизм действия ПТП заключается в: сгущении цервикальной слизи (что препятствует продвижению сперматозоидов навстречу яйцеклетке); нарушении менструального цикла, включая блокирование выхода яйцеклетки из яичника (овуляции).

Противозачаточные таблетки прогестинового ряда и ВИЧ-инфекция

ВИЧ-инфекция, СПИД или прохождение курса антиретровирусной (АРВ) терапии не препятствуют безопасному применению ПТП. Женщины могут безопасно использовать ПТП, даже если они инфицированы ВИЧ, у них СПИД, или они находятся на антиретровирусной (АРВ) терапии, если только их терапия не включает в себя ритонавир! **Ритонавир может снизить эффективность ПТП.**

Что представляют собой инъекционные контрацептивы прогестинового ряда?

Такие инъекционные контрацептивы, как медроксипрогестерона ацетат продолжительного действия (МОПАПД) и норэтистерона энантат (НЭЭ), содержат прогестин, являющийся искусственным аналогом естественного гормона прогестерона. Не содержат эстрогена, что позволяет применять их на протяжении всего периода грудного вскармливания, а также при противопоказаниях для использования эстроген-содержащих средств контрацепции. Основной механизм действия заключается в блокировании выхода яйцеклеток из яичников (овуляции).

МОПАПД, пользующийся наибольшей популярностью среди инъекционных контрацептивов прогестинового ряда, также известен как «укол», «инъекция», Depo, Depo-Provera, Megestron и Petogen. НЭЭ также известен под такими названиями, как норэтистерона энантат, Noretisterat и Syngestal . Вводятся путем внутримышечной инъекции, после чего гормон начинает медленно высвобождаться в кровь. Существует препарат МОПАПД в специальной дозировке для подкожного введения.

Инъекционные контрацептивы прогестинового ряда и ВИЧ-инфекция

ВИЧ-инфекция, СПИД или прохождение курса антиретровирусной (АРВ) терапии не препятствуют безопасному применению ИКПР.

Что представляют собой ежемесячные инъекционные контрацептивы?

Ежемесячные инъекционные контрацептивы известны как КИК, «инъекция». И содержат 2 гормона – прогестин и эстроген, являющиеся искусственными аналогами естественных гормонов прогестерона и эстрогена. Основным механизмом действия заключается в блокировании выхода яйцеклеток из яичников (овуляции).

Ежемесячные инъекционные контрацептивы и ВИЧ-инфекция

ВИЧ-инфекция, СПИД или прохождение курса антиретровирусной (АРВ) терапии не препятствуют безопасному применению ЕИК. Женщины могут безопасно использовать ЕИК, даже если они инфицированы ВИЧ, у них СПИД, или они находятся на антиретровирусной (АРВ) терапии, если только их терапия **не включает** в себя ритонавир. **Ритонавир может снизить эффективность ЕИК.**

Что представляет собой комбинированный пластырь?

Тонкий кусочек гибкого пластика в форме квадрата, прикрепляемый к коже. Из пластыря непрерывно высвобождаются в кровь (напрямую через кожу) 2 гормона, являющиеся искусственными аналогами естественных гормонов прогестерона и эстрогена. Замена пластыря производится еженедельно в течение 3 недель с последующим недельным перерывом, во время которого у женщины происходит менструальное кровотечение. Также известен под торговыми марками Ortho Evra и Evra. Основным механизмом действия заключается в блокировании выхода яйцеклеток из яичников (овуляции).

Что представляет собой комбинированное вагинальное кольцо?

Гибкое кольцо, помещаемое во влагалище. Из внутренней части кольца непрерывно высвобождаются 2 гормона, являющиеся искусственными аналогами естественных гормонов прогестерона и эстрогена. Высвобождаемые гормоны всасываются через стенки влагалища и попадают в кровоток. Кольцо помещается во влагалище сроком на 3 недели с последующим недельным перерывом, во время которого у женщины происходит менструальное кровотечение. Также известно под названием «NuvaRing». Основным механизмом действия заключается в блокировании выхода яйцеклеток из яичников (овуляции).

Что представляют собой имплантаты?

Небольшие пластиковые стержни или капсулы размером со спичку, высвобождающие в кровь искусственный аналог естественного гормона прогестерона. Вживление имплантата осуществляется посредством выполнения небольшой хирургической операции, в результате которой имплантат помещается под кожу верхней трети плеча. Не содержат эстрогена и, соответственно, могут применяться кормящими матерями, а также женщинами, не переносящими эстроген-содержащие контрацептивы. Основным механизмом действия ППП заключается в: сгущении цервикальной слизи (что препятствует продвижению сперматозоидов навстречу яйцеклетке); нарушении менструального цикла, включая блокирование выхода яйцеклеток из яичника (овуляции). Существует множество разновидностей имплантатов с номинальным сроком действия от 3 до 5 лет.

Имплантаты и ВИЧ-инфекция

ВИЧ-инфекция, СПИД или прохождение курса антиретровирусной (АРВ) терапии не препятствуют безопасному применению имплантатов. Женщины, инфицированные ВИЧ, у которых СПИД, или те, кто находятся на антиретровирусной (АРВ) терапии могут безопасно использовать имплантаты.

Что представляет собой медьсодержащее внутриматочное средство?

Медьсодержащее внутриматочное средство (ВМС) представляет собой небольшую гибкую рамку из пластика с медными гильзами или обмоткой из медной проволоки, которая вводится в полость матки. Основным механизмом действия состоит в иницировании химических изменений, выводящих из строя сперматозоиды и яйцеклетку до момента их возможного слияния.

Внутриматочные средства и ВИЧ-инфекция

Повышенный риск ВИЧ-инфицирования или носительство ВИЧ не препятствуют безопасному применению ВМС. Женщины, болеющие СПИДом, получающие антиретровирусное лечение и клинически находящиеся в удовлетворительном состоянии могут безопасно пользоваться ВМС.

Введение ВМС противопоказано, если у женщины ВИЧ, но она не получает антиретровирусного лечения или клинически находится в неудовлетворительном состоянии.

Если СПИД развивается у женщины в период ношения ВМС, то в этом случае удалять ВМС необязательно. Пользователи ВМС, у которых СПИД, должны наблюдаться у врача на предмет возможного развития воспалительных заболеваний органов малого таза.

Отсутствие желаемого клинического эффекта от АРВ-терапии является противопоказанием для введения ВМС.

Что представляет собой женская стерилизация?

Известна как «трубная стерилизация», «добровольная хирургическая контрацепция», «тубэктомия», «перевязка труб», «минилапаротомия» или «операция» и является постоянным средством контрацепции для женщин, больше не планирующих рожать. Механизм действия состоит в перекрытии просвета маточных труб путем их перевязки или пересечения. Яйцеклетки, высвобождаемые из яичников, не могут передвигаться по маточным трубам и, соответственно, вступать в контакт со сперматозоидами.

Женская стерилизация и ВИЧ-инфекция

Хирургическая стерилизация не может, и не должна, производиться насильно ни при каких обстоятельствах, включая носительство ВИЧ-инфекции.

ВИЧ-инфекция, СПИД или прохождение курса антиретровирусной (АРВ) терапии не препятствуют безопасному производству женской стерилизации. Стерилизация женщин, у которых СПИД, должна производиться в особых условиях. ***! Состояние, связанное со СПИДом, является показанием для отсрочки стерилизации.***

Что представляет собой вазэктомия?

Постоянный метод контрацепции для мужчин, больше не планирующих заводить детей, известен как мужская стерилизация и хирургическая контрацепция. Механизм действия состоит в нарушении проходимости семявыводящих протоков и предупреждении попадания сперматозоидов в семенную жидкость. При этом функция семяизвержения сохраняется, но зачатия не происходит.

Вазэктомия и ВИЧ-инфекция

Вазэктомия не может, и не должна, производиться насильно ни при каких обстоятельствах, включая носительство ВИЧ-инфекции.

ВИЧ-инфекция, СПИД или антиретровирусное (АРВ) лечение не препятствуют безопасному производству вазэктомии. Вазэктомия не обеспечивает профилактики ВИЧ-инфекции. Стерилизация мужчин, у которых СПИД, должна производиться в особых условиях. **! Состояние, связанное со СПИДом, является показанием для отсрочки стерилизации.**

Что представляют собой мужские презервативы?

Чехол, надеваемый на эрегированный половой член. В народе также известны как «резинки», «плащи», «зонтики», «средство профилактики». Существует множество разновидностей презервативов. Как правило, изготавливаются из тонкой латексной резины. Контрацептивный эффект обеспечивается путем создания механического барьера, препятствующего попаданию сперматозоидов во влагалище. Также препятствуют передаче болезнетворных микроорганизмов, содержащихся в сперме, на половом члене или во влагалище здоровому партнеру.



Какова эффективность презервативов в качестве средства профилактики ВИЧ-инфекции?

В среднем, эффективность презервативов в качестве средства профилактики ВИЧ-инфекции составляет 80-95% при их правильном и неукоснительном использовании. Это означает, что пользование презервативами предупреждает от 80% до 95% случаев заражения ВИЧ-инфекцией, которые могли бы произойти при неиспользовании данного профилактического средства. (Такая статистика, однако, никоим образом не означает, что от 5% до 20% лиц, пользующихся презервативами, окажутся инфицированными ВИЧ). К примеру, из 10 тысяч здоровых женщин, имевших однократный вагинальный контакт с ВИЧ-инфицированным партнером и не подверженных другим факторам риска по ВИЧ-инфицированию, в среднем: 10 женщин могут оказаться инфицированными, если все 10 тыс. женщин имели половой акт без презерватива. 1 или 2

женщины могут оказаться инфицированными, если все 10 тыс. женщин имели «защищенный» половой контакт, и презерватив использовался правильно. Вероятность ВИЧ-инфицирования в условиях реальной опасности заражения может варьировать в значительных пределах и может зависеть от того, на какой стадии ВИЧ-инфекции находится половой партнер данного лица заражен ли он другими ИППП (повышенная восприимчивость), каково состояние крайней плоти у мужчин (мужчины с необрезанной крайней плотью подвергаются большему риску заражения ВИЧ-инфекцией), беременна ли данная женщина (беременные женщины подвергаются повышенному риску инфицирования) и т.д. В среднем, женщины подвергаются вдвое большему риску ВИЧ-инфицирования по сравнению с мужчинами (при половом контакте с инфицированным партнером).

Что представляют собой женские презервативы?

Чехол, изготовленный из тонкой, прозрачной, мягкой пластмассовой пленки. В рабочем положении свободно выстилает стенки влагалища. Оба конца женского презерватива оснащены гибкими кольцевидными ободками. Кольцо на слепом конце презерватива облегчает введение презерватива во влагалище. Кольцо на открытом конце удерживает часть презерватива, находящуюся снаружи влагалища. Выпускаются под следующими торговыми марками: Care, Dominique, FC Female Condom, Femidom, Femy, Myfemy, Protectiv и Reality. На внутреннюю и наружную поверхность презерватива нанесена смазка на силиконовой основе.



Что представляют собой спермициды?

Выпускаемые в виде пенообразующих таблеток, плавящихся или пенообразующих суппозиторий, пены под давлением (в специальных баллонах), плавящейся пленки, геля и кремов губительные для сперматозоидов вещества, вводимые глубоко во влагалище (в район шейки матки) перед половым актом. Могут использоваться самостоятельно либо в сочетании с презервативами. Механизм действия состоит в нарушении целостности мембраны сперматозоидов, результатом чего является их гибель или нарушение способности к передвижению. При этом сперматозоиды оказываются неспособными достичь яйцеклетки.

Женщины, входящие в группу повышенного риска по ВИЧ-инфицированию, ЛЖВ, люди, у которых СПИД не должны применять спермициды!



Что представляют собой диафрагмы?

Мягкий латексный колпачок, закрывающий шейку матки и используемый в сочетании со спермицидным кремом, гелем или пеной в целях усиления контрацептивного эффекта. Механизм действия состоит в создании механического препятствия для проникновения сперматозоидов в шейку матки; под воздействием спермицидов происходит гибель или обездвиживание сперматозоидов.

Повышенный риск заражения ВИЧ, ВИЧ-инфекция или СПИД являются противопоказаниями для использования диафрагм!

Что представляют собой методы контрацепции, основанные на циклическом характере женской фертильности?

Применение таких методов требует от женщины умения определять начало и окончание фертильного периода менструального цикла (под фертильным периодом понимается промежуток времени, в течение которого женщина может забеременеть). Известны также как «периодическое половое воздержание» или «естественные методы планирования семьи». Женщина может применять один или несколько способов определения начала и окончания фертильного периода.

Методы, основанные на циклическом характере женской фертильности, и ВИЧ-инфекция.

ВИЧ-инфекция, СПИД или прохождение курса АРВ-терапии не являются противопоказанием к применению методов, основанных на циклическом характере женской фертильности.

Что представляет собой метод лактационной аменореи?

Временный метод контрацепции, основанный на естественном влиянии грудного вскармливания на фертильность женщины. («Лактационный» в данном случае означает «относящийся к грудному вскармливанию»). Под аменореей понимается отсутствие менструальных кровотечений). Эффективное применение метода лактационной аменореи (МЛА) требует обязательного соблюдения трех условий:

1. У женщины еще не восстановился менструальный цикл.
2. Ребенок находится полностью или почти полностью на грудном вскармливании и прикладывается к груди с небольшими промежутками как в дневное, так и в ночное время.
3. Возраст ребенка не превышает 6 месяцев.

Механизм действия метода лактационной аменореи заключается в препятствовании выходу яйцеклетки из яичников (овуляции). Частое прикладывание ребенка к груди временно блокирует выработку естественных гормонов, вызывающих овуляцию.

Метод лактационной аменореи и ВИЧ-инфекция

- ВИЧ-инфекция или СПИД не являются противопоказанием к приме-

нию МЛА. Грудное вскармливание не приводит к ухудшению состояния женщины. Наряду с этим, следует учитывать вероятность передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку через грудное молоко. При обычном порядке грудного вскармливания от 10 до 20 из каждых 100 новорожденных, вскармливаемых грудью ВИЧ-инфицированными матерями, заражаются ВИЧ через молоко, не считая детей, заразившихся ВИЧ во время беременности или родов. Вероятность передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку наиболее высока тех случаях, когда речь идет о женщинах с поздними стадиями заболевания или недавно заразившихся женщинах.

- Прием антиретровирусных (АРВ) препаратов не является противопоказанием для применения МЛА. Более того, совпадение курса АРВ-терапии с первыми неделями грудного вскармливания может снижать риск передачи ВИЧ через грудное молоко.

- Искусственное вскармливание связано с нулевым риском передачи ВИЧ-инфекции. Метод искусственного вскармливания может быть рекомендован к применению в течение первых 6 месяцев жизни ребенка в том, и только в том, случае, если он является приемлемым, осуществимым, доступным, обеспечивающим возможность длительного применения и безопасным. Если искусственное питание не отвечает пяти вышеперечисленным требованиям, то исключительно грудное вскармливание в течение первого полугодия после родов является наиболее безопасным способом кормления ребенка, который, к тому же, согласуется с МЛА.

- Один из способов снижения риска передачи ВИЧ при грудном вскармливании заключается в сцеживании и тепловой обработке молока перед кормлением. У женщин, пользующихся МЛА, практика сцеживания молока может несколько снижать эффективность метода по сравнению с женщинами, прикладывающими ребенка к груди.

- Помимо МЛА, ВИЧ-инфицированным женщинам рекомендуется также пользоваться барьерными средствами контрацепции (презервативами). При правильном и постоянном использовании, презервативы являются эффективным средством профилактики ВИЧ-инфекции и других ИППП.

Что представляют собой таблетки для неотложной контрацепции (ТНК)?

Таблетки, в состав которых входит только прогестин либо комбинация прогестина и эстрогена (гормонов, являющихся аналогами естественных гормонов прогестерона и эстрогена). Основной механизм действия заключается в блокировании или задержке выхода яйцеклеток из яичника (овуляции). ТНК не оказывают противозачаточного эффекта в том случае, если женщина уже беременна.

! Сравнительная оценка различных методов показала, что любая форма экстренной контрацепции лучше, чем ее отсутствие.

Как мифепристон, так и левоноргестрел являются эффективными и хорошо переносимыми препаратами для экстренной контрацепции. Мифепристон (25-50 мг) должен быть методом первого выбора для экстренной контрацепции. Если мифепристона нет или нет возможности его приобрести, можно использовать схему однократного приема левоноргестрела 1,5 мг, которая

оказалась так же эффективна, как и схема в два приема по 0,75 мг. Современные методы экстренной контрацепции можно считать безопасными даже для женщин с внематочной беременностью в прошлом анамнезе.

Наряду с таблетками внутриматочная спираль может использоваться в качестве средства экстренной контрацепции, которое в дальнейшем не следует удалять, а можно, при отсутствии противопоказаний продолжать использовать в качестве постоянного метода.

Потенциал экстренной контрацепции в полной мере можно реализовать только тогда, когда люди (особенно женщины) будут знать о существовании таких методов и применять их в кратчайшие сроки для максимальной эффективности. Во многих развивающихся странах об этом еще знают мало.

Консультирование по вопросам планирования семьи

О методах современной контрацепции в связи с ВИЧ-инфекцией

Порекомендуйте ВИЧ-инфицированной женщине пользоваться приемлемым методом современной контрацепции в сочетании с презервативами. При неукоснительном и правильном использовании, презервативы являются действенным средством профилактики ВИЧ-инфекции и других ИППП. Помимо этого, презервативы обеспечивают дополнительный контрацептивный эффект у женщин, получающих антиретровирусное лечение.



Об использовании гормональных контрацептивов среди женщин с высоким риском заражения ВИЧ

Женщины с высоким риском заражения ВИЧ могут использовать следующие гормональные контрацептивы без ограничений: комбинированные оральные противозачаточные таблетки (КОК), в сочетании с инъекционными контрацептивами (КИК), комбинированные контрацептивные пластыри и кольца, только прогестерон содержащие таблетки (СОЗ), только прогестерон содержащие инъекции (ПОУД и Нетен), и левоноргестрел (ЛНГ) и этоноргестрел (ЕТГ) имплантаты.

Женщины с высоким риском ВИЧ, которые используют только прогестерон содержащие инъекции должны быть проинформированы, что женщины, использующие только прогестерон содержащий инъекционный контрацептив могут иметь повышенный риск заражения ВИЧ; это зависит от местных условий, в том числе поставок инъекционных средств контрацепции, материнской смертности и распространенности ВИЧ. Женщины и пары при высоком риске заражения ВИЧ, использующие только прогестерон содержащий инъекционный контрацептив, также должны быть проинформированы о повышении риска и иметь доступ к профилактике ВИЧ-инфекции, в том числе к мужским и женским презервативам.

Женщины с высоким риском заражения ВИЧ могут, как правило, использовать СПГ-рилизинг ВМС (СПГ-ВМС).

Об использовании гормональных контрацептивов среди женщин, живущих с бессимптомной или легкой клинической формой заболевания ВИЧ (стадия ВОЗ 1 или 2)

Женщины, живущие с бессимптомной или легкой клинической формой болезни ВИЧ (стадия 1 или 2 ВОЗ) могут использовать следующие гормональные методы контрацепции без ограничения: КОК, комбинированные инъекционные контрацептивы, комбинированные противозачаточные пластыри и кольца, поп, только прогестерон содержащие инъекции и имплантаты. Женщины, живущие с бессимптомной или легкой клинической формой болезни ВИЧ (ВОЗ этап 1 или 2) могут вообще использовать СПГ-ВМС.

Об использовании гормональных контрацептивов среди женщин, живущих с ВИЧ, с тяжелой или выраженной клинической стадией заболевания (стадия ВОЗ 3 или 4).

Женщины, живущие с ВИЧ, с тяжелой или выраженной клинической стадией заболевания (стадия ВОЗ 3 или 4) могут использовать следующие гормональные методы контрацепции без ограничения: комбинированные инъекционные контрацептивы, комбинированные противозачаточные пластыри и кольца, ПОП, только прогестерон содержащие инъекции и имплантаты.

Женщины, живущие с ВИЧ, с тяжелой или выраженной клинической стадией заболевания (стадия ВОЗ 3 или 4) не следует, как правило, использовать СПГ-ВМС, пока их ВИЧ-инфекция не достигнет улучшения до бессимптомного или легкого клинического заболевания. Тем не менее, женщины у кого уже введена СПГ-ВМС и кто развивает тяжелую или выраженную клиническую стадию ВИЧ могут не удалять ВМС. Пользователи СПГ-ВМС с тяжелой или выраженной клинической стадиями ВИЧ-инфекции должны внимательно следить за возможными инфекциями органов малого таза.

О взаимодействии антиретровирусных препаратов с гормональными контрацептивами

Самый большой минус гормональных контрацептивов – это их взаимодействие с таблетками для лечения ВИЧ-инфекции (антиретровирусными препаратами). Сама по себе ВИЧ-инфекция не является противопоказанием к использованию гормональной контрацепции, но женщины в стадиях пре-СПИДа и СПИДа чаще всего уже получают лечение, поэтому им необходимо знать, что нужно делать, чтобы эффективно и безопасно предохраняться от беременности.

Еще одной проблемой контрацепции при антиретровирусной терапии является соблюдение режима приема лекарств. ВИЧ-инфицированная женщина на антиретровирусной терапии ежедневно принимает большое количество таблеток и к этому количеству необходимо прибавить еще одну. Особо обращаем внимание на то, что в случае использования противозачаточных табле-

ток недопустимо изменять предписанный режим приема антиретровирусных препаратов без консультации с инфекционистом.

Об антиретровирусной терапии и гормональной оральной контрацепции

Антиретровирусные препараты (АРП) и оральные контрацептивы (ОК) могут по-разному взаимодействовать друг с другом. Одни АРП увеличивают концентрацию ОК, другие – снижают. Также ОК могут снижать содержание АРП в организме женщины. Если развиваются такие ситуации, возникают побочные эффекты.

Ниже рассматриваются возможные эффекты взаимодействия антиретровирусных препаратов и оральных контрацептивов.

Ситуация 1

АРП увеличивают концентрацию ОК

Так как в оральных контрацептивах содержатся половые гормоны, то увеличение их концентрации может спровоцировать маточные кровотечения или патологию молочных желез. При длительном совместном приеме таких препаратов может значительно увеличиться риск сердечно-сосудистых заболеваний.

Препараты:

Атазанавир (Реатаз); Делавирдин (Рескриптор); Индинавир (Криксиван); Рилпивирин (Эдурант); Этравирин (Интеленс); Эфавиренз (Стокрин).

Что делать?

Если женщина для лечения ВИЧ-инфекции принимает препараты, перечисленные выше, то назначение оральной контрацепции не рекомендуется, так как высок риск наступления нежелательной беременности. В исключительных случаях можно назначить оральные контрацептивы с высокой дозой половых гормонов, но следует учитывать, что при этом возрастают частота и тяжесть побочных реакций. С позиции сохранения здоровья женщины, целесообразнее воспользоваться другими методами контрацепции или одновременно с приемом ОК использовать презерватив при каждом половом контакте – «двойная защита».

Если гормональная контрацепция чрезвычайно важна для женщины, можно изменить схему лечения ВИЧ-инфекции, однако идти на такой шаг нужно лишь в случае крайней необходимости.

Ситуация 2

АРП снижают концентрацию ОК

Оральные контрацептивы содержат очень строго подобранную дозу половых гормонов, чтобы подавить созревание яйцеклетки в яичниках и тем самым обеспечить максимальную защиту от нежелательной беременности. Если концентрация контрацептивов снижается, то в яичнике может созреть яйцеклетка, таким образом, женщина забеременеет.

Препараты:

Ампренавир (Агенераза); Дарунавир/ритонавир (Презиста/ритонавир); Лопинавир/ритонавир (Калетра); Невирапин (Вирамун); Нелфинавир (Вирасепт);

Ритонавир (Норвир); Типранавир/ритонавир (Аптивус/ритонавир); Фосампренавир (Лексива).

Что делать?

Если женщина принимает вышеперечисленные препараты для лечения ВИЧ-инфекции и желает предохраняться противозачаточными таблетками, то возможны два варианта решения проблемы.

Первый – подобрать оральные контрацептивы с малой дозой гормонов (низко- и микродозированные комбинированные оральные контрацептивы) или воспользоваться прогестиновыми оральными контрацептивами (мини-пили). Тем самым уменьшается риск осложнений, но, к сожалению, этот риск не исчезает полностью, особенно при длительном применении контрацептивов.

Второй – изменить схему антиретровирусной терапии и заменить ее препаратами, которые не взаимодействуют с контрацептивами. Однако к этому стоит прибегать в исключительных случаях, так как лечение ВИЧ-инфекции – очень сложная задача, и она является первостепенной для сохранения здоровья женщины.

Ситуация 3

ОК снижают концентрацию АРП

Некоторые гормональные препараты могут уменьшать содержание антиретровирусных препаратов в организме женщины. При этом снижается эффективность лечения ВИЧ-инфекции, у вируса иммунодефицита формируется устойчивость к лекарственным препаратам. Все это в конечном итоге приведет к быстрому прогрессированию болезни.

Препарат:

Ампренавир (Агенераза).

Что делать?

Если нет возможности проводить лечение ВИЧ-инфекции другими препаратами, стоит подумать об отмене гормональной контрацепции и предохраняться от беременности другими методами.

Ситуация 4

Нет взаимного влияния АРП и ОК

Это самая лучшая ситуация. В таком случае не нужно волноваться об осложнениях или бояться незапланированной беременности.

Препараты:

Абакавир (Зиаген); Диданозин (Видекс); Зальцитабин (Хивид); Зидовудин (Ретровир); Ламивудин (Эпивир); Маравирок (Селзентри); Ралтегравир (Исентресс); Саквинавир (Инвираза); Ставудин (Зерит); Тенофовир (Виреад); Эмтрицитабин (Эмтрива); Энфувиртид (Фузеон).

Что делать?

Если женщина принимает противозачаточные таблетки и ей необходимо начать лечение ВИЧ-инфекции, можно без опасений назначать вышеперечисленные препараты.

Об использовании гормональной контрацепции у потребителей психоактивных веществ

Использование гормональных таблеток связано с необходимостью ежедневного приема, что может быть препятствием для их использования женщинами – потребителями психоактивных веществ.

! Гормональные контрацептивы не взаимодействуют с метадоном и могут приниматься одновременно с ним.

2. Безопасное материнство: дородовое наблюдение, квалифицированная помощь при родах и послеродовой уход

Консультирование по вопросам профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку

! ВИЧ-инфекция не является абсолютным противопоказанием для рождения здорового ребенка.

Передача ВИЧ-инфекции от матери ребенку может происходить во время беременности, родов или при грудном вскармливании.

Превентивное лечение антиретровирусными препаратами во время беременности и родов позволяет снизить вероятность внутриматочного или внутриродового инфицирования плода. Курс антиретровирусной терапии, назначаемый в послеродовом периоде в целях борьбы с ВИЧ-инфекцией у матери, помогает уменьшить риск передачи инфекции через грудное молоко.

Каким образом можно способствовать профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку?

✓ *Предоставление рекомендаций, которые позволят женщине избежать заражения ВИЧ-инфекцией.*

✓ *Предупреждение незапланированной беременности:*

Помогите женщине выбрать эффективный и приемлемый для нее метод контрацепции.

✓ *Консультирование и обследование на ВИЧ-инфекцию:*

Всем беременным женщинам рекомендуется пройти обследование на ВИЧ-инфекцию для установления ее ВИЧ-статуса и получить консультацию специалиста.

✓ *Направление на профилактическое лечение:*

При наличии такой возможности, желательно направить беременную или желающую забеременеть женщину на лечение, призванное предупредить передачу ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

✓ *Обеспечение оптимального питания ребенка:*

Расскажите женщине, являющейся носительницей ВИЧ-инфекции, о методах кормления, позволяющих снизить риск передачи инфекции ребенку, и помогите ей составить план, которому она сможет следовать при кормлении ребенка. Желательно также направить женщину к специалисту, имеющему навыки консультирования по грудному вскармливанию.

Помогите женщине, являющейся носительницей ВИЧ-инфекции, выбрать способ вскармливания, который является для нее наиболее оптимальным. Если искусственное вскармливание представляет собой приемлемый, осуществимый, финансово доступный и безопасный метод, то в этом случае следует отказаться от грудного вскармливания.

Если метод искусственного вскармливания не отвечает вышеуказанным требованиям, женщине рекомендуется кормить ребенка исключительно грудью в течение первых шести месяцев после родов. При смешанном питании – т.е. кормлении ребенка грудным молоком в сочетании с другими жидкостями или продуктами питания – риск передачи ВИЧ от матери к ребенку выше.

В целях дополнительного снижения риска передачи ВИЧ-инфекции при переходе к искусственному вскармливанию рекомендуется избегать длительного переходного периода, когда ребенок получает смешанное питание. Если ребенок полностью отнимается от груди в течение 2 дней – 3 недель, то это позволяет свести к минимуму риск передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

Для обеспечения надлежащей ВИЧ-стерильности, перед кормлением грудное молоко должно подвергаться надлежащей тепловой обработке: сцеженное молоко следует довести до температуры кипения в небольшой посуде с последующим охлаждением молока при комнатной температуре либо помещением емкости с молоком в холодную воду для ускоренного охлаждения.

Кормящие матери, являющиеся носительницами ВИЧ-инфекции, нуждаются в советах касательно правильной организации своего питания и поддержания молочных желез в надлежащем состоянии. Инфекционное поражение протоков грудных желез (мастит), появление очага гнойного воспаления под кожей молочной железы (абсцесс) и образование трещин сосков увеличивают риск передачи ВИЧ-инфекции и требуют неотложного принятия соответствующих мер.

Методы поздней послеродовой профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку.

Полный отказ от грудного вскармливания предотвращает передачу ВИЧ от матери к ребенку, но там, где нет чистой воды, метод искусственного вскармливания сопряжен с таким же риском детской смертности, что и у детей на грудном вскармливании. Смешанное вскармливание ассоциируется с самым высоким риском постнатальной передачи ВИЧ от матери к ребенку через грудное молоко. Длительная (14 недель) антиретровирусная профилактика, которую назначают как матери, так и ребенку, снижает риск передачи ВИЧ от матери к ребенку.

Употребление ППАВ и беременность

! Употребление беременными любых ППАВ неблагоприятно сказывается на течении и исходе беременности. При невозможности полного отказа от ППАВ женщина должна быть в программе заместительной терапии и получать поддерживающую терапию метадонном.

При регулярном приеме опиоидов развивается стойкая зависимость, как у матери, так и у плода. Употреблению женщиной опиоидов часто предшествует употребление алкоголя, марихуаны, кокаина или амфетаминов, а результатом становится героиновая зависимость. При приеме опиоидов в 20-35% случаев беременность заканчивается преждевременными родами. Смертность детей во время беременности увеличивается в среднем в 4-8 раз. В 95% случаев употребления беременной опиоидов у новорожденного развивается абстинентный синдром, в 12-25% случаев - в тяжелой форме.

Беременных, употреблявших героин, переводят на поддерживающую терапию метадонном. Чтобы не вызвать абстинентного синдрома, дозу метадона поддерживают на протяжении всей беременности или постепенно снижают до 20-40 мг/сут. Суточная доза менее 30 мг считается низкой. Вопрос безопасности употребления метадона у беременных остается спорным, поскольку имеются сообщения о преждевременных родах и внутриутробной гипоксии на фоне лечения. При отмене метадона абстинентный синдром развивается очень редко, в основном при бесконтрольном снижении дозы. При плановой замене героина метадонном беременные часто возобновляют употребление героина, а иногда - заменяют его другими наркотиками. При обнаружении употребления других опиоидов во II триместре беременности проводят плановую замену или отмену наркотика. Известно, что у женщин, принимавших метадон во время беременности, дети отстают в развитии, однако в меньшей степени, чем при приеме героина. Если беременную лечили метадонном, то абстинентный синдром у новорожденного появляется позже и протекает легче, но более длительно.

3. Услуги по безопасному прерыванию беременности в Республике Молдова

Медикаментозные методы выполнения аборта в первом триместре, как было продемонстрировано, и безопасны, и эффективны. Схемы сочетанного приема мифепристона или метотрексата с простагландином, таким как мизопростол, более эффективны, чем применение одного простагландина.

Консультирование по вопросу аборта и ВИЧ-инфекции у женщины:

- С клинической точки зрения наличие ВИЧ-инфекции у женщины, которой выполняется искусственный аборт, требует соблюдения тех же мер предосторожности, что и выполнение других медицинских или хирургических вмешательств.

- Обследование на ВИЧ-инфекцию может быть предложено женщинам, обращающимся за медицинской помощью по прерыванию беременности, но не обязательно для ее получения.

- Стигмы и дискриминация, связанные с тяжелым физическим или психическим заболеванием, а также с состоянием здоровья, например ВИЧ-инфицированных, широко распространены и могут быть причиной принуждения женщины к прерыванию беременности. Принуждение недопустимо, поскольку оскорбляет достоинство женщины и нарушает ее право на информированное согласие.

- Перед тем как покинуть лечебно-профилактическое учреждение все женщины должны получить информацию о контрацепции. Медицинские работники должны провести консультирование о средствах контрацепции после аборта, в том числе о методах неотложной (срочной) контрацепции. Применять любые методы контрацепции, в том числе ВМК и гормональную контрацепцию, можно сразу после хирургического или медикаментозного аборта. При назначении учитывают состояние женщины и ограничения каждого метода.

Прерывание беременности в течение первых 12 недель беременности в Республике Молдова выполняются в государственных и частных медицинских учреждениях, среди них Медицинские Территориальные Ассоциации, Центры Здоровья Женщины, Консультативные отделения Перинатальных Центров, Национальный Центр Репродуктивного Здоровья и Медицинской Генетики и др. Процедура проводится акушером-гинекологом прошедшим специальный курс обучения.

Рекомендуемые методы прерывания беременности: медикаментозный и мануальная вакуум-аспирация. Прерывание беременности в течение первых 12 недель выполняются под местной или общей анестезией, по выбору пациентки, после информирования и получения согласия, и подписанного информированного согласия. Процедура прерывание беременности методом мануальной вакуум-аспирации при наличии других заболеваний и у пациенток моложе 16 лет выполняется только в медицинском учреждении, которое предоставляет специализированную медицинскую помощь (в больнице).

Медикаментозное прерывание беременности проводится в течение первых 9 недель женщинам, без сопутствующей патологии, обученным акушером-гинекологом из Медицинского Территориальной Ассоциации, Центра Здоровья Женщины, Консультативного отделения Перинатальных Центров, Национальный Центр Репродуктивного Здоровья и Медицинской Генетики и др.

При выписке врач предоставляет пациентке медицинскую справку (форма №. 027/ е) с указанием диагноза, метода добровольного прерывания беременности и рекомендаций.



4. Профилактика и лечение инфекций половых путей и инфекций, передаваемых половым путем; в том числе ВИЧ-инфекции

! Наличие ВИЧ-инфекции не исключает возможности инфицирования другими ИППП.

Консультирование по вопросам инфекций передаваемых половым путем

Основными методами профилактики ИППП являются исключение или снижение опасности заражения. Поставщики услуг по планированию семьи могут проводить разъяснительные беседы с клиентами, предоставляя им рекомендации по одновременному предохранению от ИППП (включая ВИЧ-инфекцию) и беременности (двойная защита).

Кто входит в группу риска ИППП?

Большая часть женщин, являющихся потребителями услуг по планированию семьи, имеет стабильные, моногамные, долговременные отношения со своими партнерами и, соответственно, подвергается незначительному риску заражения ИППП. Однако определенная часть клиентов могут подвергаться высокой опасности заболевания ИППП либо уже являться носителями ИППП. Категория лиц, которым беседа о риске заражения ИППП может принести наибольшую пользу, включает женщин, не имеющих постоянного партнера, незамужних женщин, а также всех женщин, независимо от их семейного положения, которые выражают опасения относительно возможности заболевания ИППП или ВИЧ-инфекцией или относительно того, что их половой партнер может иметь связи на стороне.

Степень опасности заражения ИППП, включая ВИЧ-инфекцию, зависит от модели поведения данного лица, его/ее сексуального партнера или партнеров, а также распространенности ИППП среди населения. Имея представление о том, какие модели сексуального поведения и виды ИППП являются наиболее распространенными на конкретной территории, консультант может оказывать клиенту более действенную помощь в оценке риска заражения ИППП, которому он или она подвергаются.

Осознание степени опасности заболевания ВИЧ-инфекцией и другими ИППП помогает людям в выборе путей и средств защиты себя и окружающих от инфицирования. Нередко именно сама женщина способна наиболее точно оценить риск заражения ИППП, которому она подвергается, в особенности, если она получит четкое разъяснение относительно того, какие виды сексуального поведения и ситуации влекут за собой повышенный риск заболевания ИППП.

Модели сексуального поведения, связанные с повышенным риском заражения ИППП, включают:

- ✓ Вступление в половой контакт с партнером, у которого имеются симптомы ИППП
- ✓ Наличие сексуального партнера, у которого недавно была выявлена ИППП, либо партнера, недавно получившего лечение по поводу ИППП

- ✓ Наличие нескольких сексуальных партнеров – увеличение количества половых партнеров влечет за собой повышенный риск заражения ИППП
- ✓ Наличие сексуального партнера, который вступает в половые контакты с другими лицами, не всегда пользуясь при этом презервативом
- ✓ При высоком уровне распространенности ИППП среди населения данной территории, вступление в половой контакт без презерватива с новым партнером является рискованным почти в каждом случае
- ✓ Склонность к частой смене половых партнеров, наличие нескольких сексуальных партнеров либо наличие партнера, имеющего других сексуальных партнеров – все эти модели сексуального поведения влекут за собой повышенный риск заражения ИППП.

Модели поведения связанные с повышенным риском заражения ИППП свойственны лицам, которые:

- Вступают в половые контакты в обмен на деньги, вознаграждение в виде продуктов или крова либо в обмен на определенную услугу;
- Мигрируют из одной местности в другую в поисках работы либо много путешествуют по роду своей деятельности (например, водители-дальнобойщики);
- Не имеют постоянного полового партнера, что наиболее характерно для сексуально активных лиц подросткового и юношеского возрастов;
- Являются сексуальными партнерами лиц, входящих в одну из вышеперечисленных категорий.

Выбор метода двойной защиты

Все сексуально-активные взрослые должны отдавать себе отчет в необходимости профилактики ИППП (включая ВИЧ-инфекцию) – здесь речь идет и о тех людях, которые считают, что они не подвергаются какому-либо риску. Врач может обозначить для клиента наиболее распространенные ситуации, когда появляется опасность заражения ИППП, включая ВИЧ-инфекцию, после чего клиент может оценить вероятность возникновения таких ситуаций в его собственной жизни. Если такая вероятность высока, то врач и пациент должны вместе рассмотреть пять методов двойной защиты.

Один и тот же человек может пользоваться различными методами профилактики в зависимости от конкретной ситуации; одна и та же пара может прибегать к различным методам в разные периоды совместной жизни. Наилучшим является тот метод, который данное лицо может эффективно использовать в создавшейся ситуации. (двойная защита не всегда ограничивается простой комбинацией презерватива и другого метода планирования семьи).

Метод 1: Правильное использование мужского или женского презерватива при каждом половом контакте

Обеспечивается одновременное предупреждение беременности и ИППП, включая ВИЧ-инфекцию.

Метод 2: Неукоснительное и правильное использование мужского или женского презервативов в сочетании с другим методом планирования семьи

Обеспечивается дополнительная профилактика беременности в тех случаях, когда презерватив не используется или используется неправильно.

Может быть подходящим для женщин, которые желают предохраняться от беременности, но не всегда могут рассчитывать на обязательность партнера в плане пользования презервативом при каждом половом контакте.

Метод 3: Если оба партнера уверены в отсутствии у них половых инфекций: использование любого метода контрацепции в сочетании с моногамными отношениями

Многие потребители услуг по планированию семьи входят в эту категорию, оказываясь, таким образом, защищенными от заражения ИППП, включая ВИЧ-инфекцию.

Действенность метода зависит от готовности к сотрудничеству и взаимного доверия партнеров. Существуют также методы, не предусматривающие применения контрацептивов, включая:

Метод 4: Использование только наиболее безопасных способов сексуального общения, исключающих половой контакт, а также другие действия, в результате которых сперма или вагинальный секрет может попадать на наружные половые органы партнеров

Действенность метода зависит от готовности к сотрудничеству, взаимного доверия и самоконтроля партнеров.

Даже если этот метод используется с самого начала, желательно всегда иметь под рукой презерватив на тот случай, если партнеры все же захотят совершить половой акт.

Метод 5: Половое воздержание (воздержание от полового контакта до наступления более благоприятного момента, а также уклонение от половой связи всякий раз, когда это может быть связано с опасностью инфицирования)

Даже если этот метод используется с самого начала, желательно всегда иметь при себе презерватив на тот случай, если половой контакт все же произойдет.

Данный метод всегда доступен для использования в тех случаях, когда под

рукой нет презерватива. Во многих случаях успешное применение методов двойной защиты требует помощи и руководства со стороны врача. К примеру, клиентам может потребоваться помощь в подготовке к беседе с партнером на тему профилактики ИППП, наработке навыков пользования презервативами и другими средствами контрацепции или решении вопросов практического характера (например, где можно приобрести выбранное противозачаточное средство и как следует его хранить).

Если врач в состоянии помочь клиенту в решении этих вопросов, то такая помощь будет, безусловно, желательна. В противном случае, следует направить клиента к специалисту, который научит его пользоваться рекомендованным средством контрацепции и окажет необходимую консультационную помощь, включая проведение ролевых игр, направленных на подготовку клиента к разговору с партнером относительно желательности пользования презервативом.

5. Ранняя диагностика и лечение рака молочной железы и рака шейки матки ! Снижение иммунитета способствует развитию неоплазм – раковых заболеваний, в тоже время, усложняя возможности для лечения.

Консультирование по вопросам диагностики рака молочной железы и рака шейки матки

Женщины ЛЖВ и ППАВ должны быть вовлечены в программы для ранней диагностики и лечения рака молочной железы наравне с общей женской популяцией. Для этого рекомендуется проведение ежегодного клинического обследования у врача и ежемесячное проведение само обследования молочных желез самой женщиной. Врач может оценить и риск развития патологии молочных желез.

Женщины ЛЖВ должны быть вовлечены в скрининг рака шейки матки не позднее 3 лет после начала половой жизни или в возрасте, начиная с 21 года.

Диагностика рака шейки матки и ВИЧ

ВИЧ-инфицированным женщинам должен быть проведен скрининг методом цитологии шейки матки дважды (каждые 6 месяцев) в течение первого года после установления диагноза ВИЧ и, если оба анализа в норме, ежегодное обследование может быть возобновлено после этого. ВИЧ-инфицированные женщины с ASC-H, LSIL или HSIL помимо цитологического скрининга должны пройти кольпоскопическое обследование.

6. Профилактика фертильных расстройств и сохранение фертильной функции

ЛЖВ и ППАВ пользуются всеми теми правами, что и общее население в рамках законодательства. Среди наиболее частых причин бесплодия у ЛЖВ и ППАВ отмечаются воспалительные заболевания репродуктивной сферы, как следствие ИППП, и гормональные нарушения как следствие употребления ППАВ.

7. Сексуальное и репродуктивное здоровье подростков

! Рекомендуется активное мотивационное консультирование для всех сексуально активных подростков и для взрослых, подверженных повышенному риску ИППП и ВИЧ.

Консультирование подростков по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья

Все провайдеры должны владеть анамнезом своих пациентов и поощрять к снижению риска, используя различные стратегии. Консультанты должны исходить из реальной ситуации каждого клиента и информировать о конкретных действиях для снижения риска передачи и инфицирования ИППП / ВИЧ (например, воздержание, использование презервативов, ограничение количества сексуальных партнеров, изменение сексуальных практик и вакцинации). Профилактическое консультирование является наиболее эффективным при соответствии культуре пациента, языку, полу, сексуальной ориентации, возрасту и уровню развития.

Рекомендации для проведения скрининга ИППП

Регулярный лабораторный скрининг для распространенных в регионе ИППП показан всем сексуально активным подросткам.

- Рутинный скрининг на хламидии у всех сексуально активных женщин в возрасте ≤ 25 лет рекомендуется ежегодно. Недостаточно доказательств, чтобы рекомендовать рутинный скрининг для хламидии у сексуально активных молодых людей на основе целесообразности, эффективности и экономичности. Однако он показан в условиях, связанных с высокой распространенностью хламидиоза, например, в клиниках для подростков, исправительных учреждениях, и клиниках ИППП.

- Рутинный скрининг на гонорею у всех сексуально активных женщин, подверженных риску заражения рекомендуется ежегодно. У женщин в возрасте <25 лет риск заражения гонореей выше. Другие факторы риска включают предыдущие инфекции гонореи, наличие других ИППП, новые или нескольких половых партнеров, не использование презервативов, услуги коммерческого секса и употребление наркотиков.

- Скрининг на ВИЧ должен быть обсужден со всеми подростками. Следует привлекать сексуально активных и тех, кто использует инъекционные наркотики.

8. Сексуальное и репродуктивное здоровье мужчин

! Длительное употребление ППАВ приводит к сексуальным и репродуктивным расстройствам у мужчин.

Консультирование мужчин по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья

Регулярный лабораторный скрининг ИППП показан для всех сексуально активных мужчин, и особенно MSM. Следующие скрининг-тесты должны про-

водиться минимум раз в год всем сексуально активным МСМ:

- ВИЧ-серологические, если ВИЧ-отрицательный или не проверял в предыдущем году;
 - Более частый скрининг ИППП (т.е. каждые 3 - 6 месяцев) показан для МСМ, которые имеют несколько или анонимных партнеров, а также для МСМ, которые занимаются сексом в сочетании с незаконным употреблением наркотиков (в частности, использование метамфетамина) или чьи половые партнеры являются потребителями.
 - Серологические тесты на сифилис;
 - Тест на гонорею и хламидиоз, включая тест из прямой кишки, и тест на гонорею из глотки;
 - Из-за повышенной заболеваемости анального рака у ВИЧ-инфицированных МСМ, следует проводить скрининг анальной интраэпителиальной неоплазии путем цитологии. Лица, инфицированные ВИЧ более склонны к развитию остроконечных кондилом, чем лица, которые не инфицированы ВИЧ. Кроме того, лечение осложнено в связи с депрессией клеточного иммунитета. Плоскоклеточный рак может чаще появляться среди лиц с иммунодефицитом, поэтому требуется биопсия для подтверждения диагноза в подозрительных случаях.
 - Кроме того, скрининг среди прошлых или текущих потребителей наркотиков включают вирусный гепатит С (ВГС) и тестирование на вирусный гепатит В (ВГВ).
 - Все МСМ должны быть проверены на HBsAg для обнаружения ВГВ-инфекции.
- Вакцинация против гепатита А и В рекомендуется для всех МСМ у которых предыдущая инфекция или вакцинация не задокументирована.
- Имеется высокий риск передача вируса гепатита С сексуальным путем, особенно среди ВИЧ-инфицированных МСМ. Серологический скрининг на гепатит С рекомендуется при начальной оценке новых диагностированных ВИЧ-инфицированных лиц.

9. Ведение случаев сексуального насилия

! В случаях сексуального насилия показано обследование взрослых и подростков на ИППП

Первоначальная экспертиза в случае сексуального насилия

Первичное обследование может включать следующие процедуры:

- Тест амплификации нуклеиновых кислот на хламидию и гонорею. Эти тесты являются предпочтительными для диагностической оценки жертв сексуального насилия.
- Бактериологическое исследование влагалища особенно при наличии

специфического запаха.

- Образец сыворотки для немедленной оценки ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита В и сифилиса. Решения для выполнения этих тестов должны быть приняты в индивидуальном порядке.

Последующие обследования

После первичного осмотра после насилия, последующие обследования дают возможность 1) выявления новых случаев инфицирования, приобретенных во время или после нападения; 2) вакцинацию против вирусного гепатита В, если это показано; 3) полное консультирование и лечение других ИППП; и 4) мониторинг побочных эффектов и приверженность постконтактному профилактическому лечению, если это предусмотрено.

Обследование на ИППП может быть повторено в течение 1-2 недели после атаки. Если лечение было предоставлено, необходимо проводить исследование только у лиц имеющих симптомы. Если лечение не было предоставлено, последующие осмотры должны проводиться в течение 1 недели для того, чтобы результаты положительных тестов могли быть обсуждены быстро с потерпевшей (им) и было назначено лечение. Серологические тесты на сифилис и ВИЧ-инфекцию могут быть повторены через 6 недель, 3 месяца и 6 месяцев после атаки, если первоначальные результаты тестов были отрицательными и наличие инфекции у нападавшего не исключено.

Профилактика

Уровень последующих посещений является низким среди жертв сексуального насилия. Следует поощрять профилактические меры после сексуального насилия. Следующий профилактический режим предлагается в качестве превентивной терапии:

- Вакцинация против гепатита В, при отсутствии иммуноглобулинов, если жертва не была ранее вакцинирована. Последующие дозы вакцины следует вводить через 1-2 и 4-6 месяцев после первой дозы.

- Эмпирическая антибактериальная терапия при хламидиозе, гонорее и трихомониазе.

- Экстренная контрацепция (это мера необходима только тогда, когда нападение может привести к наступлению беременности.)

МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА В РАБОТЕ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО ОКАЗАНИЮ УСЛУГ В ОБЛАСТИ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЛЖВ И ППАВ

Мониторинг и оценка

Система мониторинга и оценки (МиО) – неотъемлемая часть проекта или программы, задача которой – отслеживать и анализировать процесс реализации проекта или программы и достижение поставленных целей.

Мониторинг – это систематический сбор информации о значениях заранее выбранных индикаторов для обеспечения руководителей программы (проекта) и других заинтересованных сторон сведениями о том, насколько успешно выполняется программа (проект), в какой степени достигаются поставленные цели и как используются выделенные ресурсы.

Оценка – это систематический сбор информации о деятельности в рамках программы (проекта), ее характеристиках и результатах, который проводится для того, чтобы вынести суждение о программе, повысить эффективность программы и/или разработать планы на будущее

Проще говоря, мониторинг отвечает на вопрос «Как идут дела?» и позволяет оперативно отслеживать ход программы по сравнению с планом, а оценка предполагает глубокий анализ.

Основные моменты

- ✓ Мониторинг и оценка невозможны без описания заранее будущей цели и задач(и) проекта, и того, как они будут достигнуты посредством различных видов деятельности, которые произведут ряд результатов.
- ✓ Мониторинг является постоянно происходящим комплексом мер проектной деятельности; оценка обычно делается только один раз (в конце проекта) или два раза (также среднесрочная оценка). Мониторинг – постоянно действующая система, а оценка проводится время от времени.
- ✓ Система мониторинга основана исключительно на замерах значений индикаторов, оценка же проводится с учетом данных мониторинга (значений индикаторов), но не ограничивается ими. Именно поэтому системы мониторинга и оценки являются взаимодополняющими, но никак не могут заменить друг друга.
- ✓ Настоятельно рекомендуется использовать логико-структурный подход для проектирования, планирования и реализации мониторинга и оценки.

Мероприятия по консультированию и оказанию помощи ЛЖВ и ППАВ должны контролироваться и оцениваться, и эту деятельность не следует начинать только после того, когда программа уже внедрена и действует. Мониторинг и оценка (см. глоссарий) процесса и содержания консультирования по вопро-

сам сексуального и репродуктивного здоровья ЛЖВ и ППАВ, является важнейшим условием успешного осуществления и совершенствования этих услуг.

Разработка системы показателей для оценки эффективности проведенного мероприятия и его различных компонентов должна вестись одновременно с планированием самого мероприятия. Система мониторинга и оценки, разрабатываемая и проводимая должным образом, помогает своевременно определить и исправить потенциальные проблемы, а также получить информацию, необходимую для планирования, разработки и осуществления программ по внедрению консультирования по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья ЛЖВ и ППАВ в рамках неправительственных организаций. Это также позволяет всем заинтересованным сторонам определить свою роль и свой вклад в систему мониторинга и оценки, а также систематически получать ответы на вопросы, имеющие ключевое значение при работе с ЛЖВ и ППАВ:

- Правильные ли действия мы предпринимаем?
- Правильно ли мы их осуществляем?
- Осуществляем ли мы их в достаточно большом масштабе, чтобы добиться изменений?

Таким образом, к целям системы мониторинга и оценки услуг по консультированию по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья ЛЖВ и ППАВ в рамках неправительственных организаций можно отнести следующее:

- увеличение результативности, эффективности и качества услуг, оказываемых организациями;
- расширение доступности и приемлемости услуг по консультированию по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья ЛЖВ и ППАВ в рамках неправительственных организаций, а также увеличение числа клиентов из числа целевой группы, желающих воспользоваться этими услугами.

Для построения системы мониторинга программы необходимо сделать следующее:

- определить, какие характеристики программы необходимо отслеживать;
- определить измеряемые показатели (индикаторы), по которым можно будет отслеживать эти характеристики;
- определить источники необходимой для замера показателей информации (организации, отделы, отдельные люди или группы людей, документы и т.д.);
- выбрать методы сбора информации;
- определить периодичность и график сбора информации (замера значений индикаторов);
- назначить ответственных за сбор необходимой информации и договориться с теми, кто эту информацию будет предоставлять;

- определить технологию обработки и анализа получаемой информации;
- определить, кто и как будет использовать данные мониторинга;
- включить в бюджет программы расходы на проведение мониторинга.

Основную проблему при создании системы мониторинга составляет разработка индикаторов.

Индикатор – это показатель, который служит простым и надежным средством измерения достижений, отражает изменения, вызванные программой, или помогает оценить деятельность структуры/организации, осуществляющей программу.

Разработка индикатора – задача достаточно сложная и многогранная, требующая учета многих аспектов, поэтому в разработке индикаторов должны участвовать специалисты разного профиля. При выборе каждого индикатора нужно ответить на следующие вопросы:

- Измеряет ли данный индикатор именно то, что нужно?
- Можно ли технически собрать необходимую информацию?
- Соответствует ли индикатор объективной ситуации, процедурам и практикам программы?

Описание каждого индикатора должно включать:

- краткое название,
- определение (точный и однозначный ответ на вопрос о том, что представляет собой данный индикатор),
- метод измерения,
- периодичность измерения.

Индикаторы могут быть количественными или качественными; количественные показатели должны включать как знаменатель (общая численность населения или измеряемой группы населения), так и числитель (общее число людей, охваченных данным мероприятием или деятельностью). Но независимо от того, какой параметр программы – количественный или качественный – характеризует индикатор, значение индикатора всегда является числом. И система мониторинга оперирует исключительно числами.

Правильно выбранный индикатор должен быть:

- ясным – однозначным и хорошо определенным;
- существенным – относиться к значимым характеристикам программы;
- экономичным – предполагать разумные затраты;

- адекватным – измерять именно то, что он призван измерять;
- проверяемым – допускать независимую проверку.

В ходе программы, особенно долгосрочной, необходимо периодически пересматривать систему индикаторов. От каких-то индикаторов, возможно, придется отказаться, поскольку они перестанут быть актуальными. Другие индикаторы и способы их измерения нужно будет модифицировать с учетом изменившихся условий. Не исключено также, что придется разработать и новые индикаторы. В любом случае необходимо помнить о том, что система мониторинга не является чем-то раз и навсегда определенным и может корректироваться по ходу программы.

Оценка проводится, когда необходим глубокий анализ проделанной работы и ориентирована, в первую очередь, на потребности людей, которые будут принимать решения в области управления.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современное общество и медицина достигли определенных успехов в контроле над эпидемией ВИЧ в разных странах. Однако, в погоне за результатами по раннему выявлению случаев ВИЧ-инфекции, диагностике, лечению, достижению эффективности АРВ-терапии, развитию у пациентов приверженности, было утеряно видение самого человека живущего с ВИЧ, с его ежедневными заботами и простыми человеческими желаниями - быть здоровым, жить в семье, иметь детей, удовлетворять потребности, в том числе и в сфере сексуального и репродуктивного здоровья. Тенденции дискриминации в сообществе привели к выпадению из числа постоянных пользователей услуг сексуального и репродуктивного здоровья людей живущих с ВИЧ и потребителей психоактивных веществ.

Стратегии предотвращения распространения ВИЧ-инфекции пришли к заключению, что все услуги, предоставляемые в области ВИЧ, тесно связаны с предоставлением всего пакета услуг в сфере сексуального и репродуктивного здоровья, и должны присоединиться и интегрироваться в этот пакет, учитывая, что потребности всех людей в сфере здоровья универсальны. Способствовать восстановлению сложившегося разрыва для обращения ЛЖВ и ППАВ за качественными услугами в сфере сексуального и репродуктивного здоровья призваны неправительственные организации (НПО) путем информирования, консультирования, переадресации и сопровождения представителей целевых групп. Один из примеров взаимопроникновения двух сфер является оказание услуг ДКТ как в рамках государственных учреждений, так и в рамках неправительственных организаций.

Данное пособие разработано в помощь сотрудникам НПО для расширения своего влияния и для продвижения качественных услуг в сфере сексуального и репродуктивного здоровья для ЛЖВ и ППАВ. Достижение этой цели возможно только при владении ответственными сотрудниками НПО знаниями о сексуальном и репродуктивном здоровье и правах, а так же законах их регламентирующих в Республике Молдова. Важно понимать необходимость знаний в области анатомии и физиологии человека и их связи с воспроизводством и реализацией репродуктивных прав, так же важно знание стандартов, содержания услуг и учреждений их оказывающих первоначально для налаживания системы переадресаций и сопровождения. Немаловажную роль на этапе планирования программ играет и процесс мониторинга, который поможет следить за осуществляемыми изменениями и вовремя корректировать проводимые мероприятия. Оценка на определенных этапах позволит пошагово внедрять услуги, начиная от более доступных и востребованных и, расширяя влияние, до тех, что требуют больше времени и вложений.

Руководство носит общий и рекомендательный характер, и отдельные разделы будут претерпевать изменения по мере публикации новых данных.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Словарь терминов, применяемых в области сексуального и репродуктивного здоровья и репродуктивных прав

Аборт - искусственное прерывание беременности.

Автономия клиента (компетентность) - это способность человека осознано делать свой выбор и понимать его последствия, а также характер, цель и возможные риски какого-либо лечения (или отказа от лечения).

Анамнез – совокупность сведений о клиенте, получаемых ретроспективно путем расспроса самого обследуемого и/или знающих его лиц.

Аутрич-работа – форма оказания, продвижения и популяризации услуг, предоставляемых медицинскими службами и другими социально ориентированными организациями для групп населения (сообществ), самостоятельный выход которых на поставщиков услуг в силу тех или иных обстоятельств затруднен/ограничен. Особенностью этой работы является выстраивание доверительных отношений с клиентом в привычных для него условиях, на его территории.

Беременность – биологическое состояние, обусловленное зачатием новых особей и представляющее собой процесс вынашивания плода внутри организма женщины.

Бесплодие – неспособность женщины забеременеть или мужчины к воспроизводству потомства в течение одного года при регулярных половых отношениях без использования методов контрацепции.

ВИЧ-статус – результат теста на наличие ВИЧ у человека, факт наличия/отсутствия ВИЧ в организме. Статус может быть отрицательным, сомнительным или положительным.

Гендер - относится к совокупности социально конструируемых ролей и взаимоотношений, индивидуальных черт, установок, поведения, ценностей, относительная власть и влияние, которые общество предписывает мужчинам и женщинам в различной степени.

Дискриминация – ограничение прав человека по определенному признаку.

Дородовое наблюдение - осуществляется врачом общей практики и/или акушером-гинекологом в период беременности.

Инсеминация - искусственное введение мужских половых клеток в полость матки с целью оплодотворения.

Инфекции передающиеся половым путем – под этими терминами понимают инфекционные заболевания, наиболее частым путём заражения которыми является половой.

Информированное согласие - добровольное подтверждение клиентом своего согласия участвовать в том или ином процессе оказания услуг на определенных

условиях, в том числе подразумевающих раскрытие персональной информации третьим лицам. Информированное согласие оформляется документом, подписываемым со стороны клиента и поставщика услуг в двух экземплярах. Информированное согласие подразумевает ознакомление клиента со всеми аспектами проводимой с ним работы: цели и методы, потенциальные польза и риск, возможные осложнения и неудобства, а также содержит контактную информацию поставщика услуг.

Искусственное оплодотворение (экстракорпоральное оплодотворение) и имплантация (трансплантация) эмбриона – оплодотворение яйцеклетки вне организма и пересадка её в полость матки.

Клиент-центрированный (клиентоориентированный) подход – это принцип оказания услуг, акцентированный на клиента, его потребности и возможности, которые определяют порядок оказания услуг, формы и методы проводимой работы.

Консультирование - процесс межличностного общения и профессиональной поддержки, при котором консультант помогает молодому клиенту принимать более эффективные меры и осознанные решения, например, направленные на предупреждение ВИЧ-инфицирования или предупреждение нежелательной беременности, а также изменять поведение, ставящее людей или их партнеров под угрозу заражения ВИЧ и ИППП или ведущее к нежелательной беременности.

Контрацепция - методы и средства предупреждения нежелательной беременности.

Медицинская стерилизация – специальное вмешательство (метод контрацепции) с целью лишения человека способности к воспроизводству потомства.

Планирование семьи – виды деятельности, которые направлены на осознанный выбор гражданами времени деторождения в зависимости от возраста родителей, определение количества детей в семье, регулирование интервалов между беременностями, профилактику нежелательной беременности;

или принятие и реализация семейной парой или лицом индивидуально (женщиной, мужчиной) решения о рождении или отказе от рождения детей, в том числе об их количестве и промежутках между родами.

Пол - совокупность признаков, связанных с деторождением, различающих мужчин и женщин.

Половые клетки – мужские половые клетки (сперматозоиды) и женские половые клетки (яйцеклетки).

Послеродовой уход - включает в себя не только медицинскую помощь матери и ребенку, но также образовательные мероприятия и консультирование женщины и ее семьи по различным аспектам здоровья матери и новорожденного, а также обучение базовым навыкам ухода за новорожденным.

Прегавидарная подготовка - подготовка женщин к беременности и родам.

Приверженность лечению – соблюдение режима лечения. Прием лекарств в строгом соответствии с предписаниями врача: в указанное время, в назначенной дозировке и в соответствии с требованиями, например касающимися приема пищи. В понятие «приверженности лечению» входит также регулярность посещения врача. Приверженность АРВ терапии должна составлять не менее 95%.

«Равное» консультирование – это конфиденциальный диалог между двумя ВИЧ-положительными людьми, один из которых является «равным» консультантом и предоставляет второму информационно-консультативную поддержку в вопросах, связанных с ВИЧ-инфекцией.

«Равный» консультант – это ВИЧ-положительный человек, имеющий успешный опыт решения проблем, связанных с наличием ВИЧ-инфекции, обладающий специальной подготовкой, навыками консультирования и знаниями в контексте ВИЧ-инфекции.

Репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, её функций и процессов, включая воспроизводство и гармонию в психосоциальных отношениях в семье.

Репродуктивное поведение - это решение человека по вопросу рождения или отказа от рождения ребенка в браке или вне брака.

Репродуктивные права – права граждан на охрану их репродуктивного здоровья и свободное принятие и реализацию решений в отношении рождения или отказа от рождения ребенка в браке или вне брака, методов зачатия и рождения детей, а также на медико-социальную, информационную и консультативную помощь в этой сфере.

Роды - физический процесс, завершающийся появлением на свет ребенка.

Сексуальная ориентация - относится к первичному сексуальному влечению к лицам своего или противоположного пола или к тем и другим.

Сексуальное насилие - насилие, которое носит сексуальный характер или направлено на лиц определенного пола вследствие их половой принадлежности.

Согласие - в службах и учреждениях, оказывающих услуги в области здравоохранения, часто употребляется термин «информированное согласие» и смысл его понятен специалистам здравоохранения. Это подразумевает разрешение на оказание помощи или осуществление вмешательства, данное после ознакомления с возможными последствиями. Во многих странах для подростков, не достигших совершеннолетия, существуют законодательные ограничения относительно возраста, при котором лицо может дать свое согласие на что-либо без согласия родителей или законных опекунов. Однако часто такое юридическое или профессиональное ограничение не оговорено, и потому учреждения и организации, оказывающие такие услуги, считают, что условием здесь является юридический возраст совершеннолетия. Профессиональные организации могут оговорить в своих правилах условия, при которых они

считают клиента способным дать информированное согласие. Обычно, чтобы предоставить услуги несовершеннолетним, специалист, предоставляющий их, должен определить компетентность молодого пациента в отношении информированного согласия.

Социальное (медико-социальное) сопровождение – подход, направленный на позитивное изменение в жизни пациента/клиента, учитывающий особенности, нужды и проблемы пациентов, инфицированных ВИЧ, и людей с повышенным риском инфицирования. Социальное сопровождение представляет собой индивидуальный набор мероприятий, направленных на содействие в решении проблем, снижающих качество жизни конкретного человека, в первую очередь здоровье и уровень социального благополучия. При этом процесс социального сопровождения направлен на поддержку независимости пациента, его самостоятельного активного участия в решении своих проблем.

Приложение 3

Список Центров Здоровья Дружественных Молодежи (ЦЗДМ)

<p>1. ЦЗДМ «Здоровье будущих родителей» (Новые Анены) г. Новые Анены, ул. Заводская, №. 30/1, ЦСВ, и. 1 тел.: 0 (265) 24783; 0 (265) 22572 Адрес электронной почты: golbanvi@mail.ru</p>	<p>2. ЦЗДМ "Атис" (Бельцы) г. Бельцы, ул. Киевская, №. 60 тел.: 0 (231) 46462 Адрес электронной почты: atis_balti@mail.ru, lungutu89@mail.ru</p>
<p>3. ЦЗДМ Басарабьяска (Басарабьяска) г. Басарабьяска, ул. Труда, № 24 тел.: 0 (297) 20295 Адрес электронной почты: tudor.pruteanu @ mail.ru</p>	<p>4. ЦЗДМ "Ювентус" (Бричень) г. Бричень, ул. М. Еминеску №.48 тел.: 0 (247) 92037 Факс: 0 (247) 25642 Адрес электронной почты: rodicacioclea@mail.ru</p>
<p>5. ЦЗДМ Кагул (Кахул) г. Кагул, ул. Штефан чел Маре, № 27 тел.: 0 (299) 23935 Адрес электронной почты: csptcahul@mednet.md</p>	<p>6. ЦЗДМ Чадыр Лунга (Лунга Чадыр) г. Чадыр Лунга, улица Труда, №. 2 Адрес электронной почты: cantevici@gmail.com</p>
<p>7. ЦЗДМ "Вита Лонга" (Калараш) г. Калараш, ул. Тома Чорба, №. 21, эт. 2 тел.: 0 (244) 26492 Факс: 0 (244) 20801 Адрес электронной почты: vitalonga05@mail.ru, cspt.vitalonga @ gmail.com</p>	<p>8. ЦЗДМ Кантемир (Кантемир) г. Кантемир, ул. Тестемицану, №. 1 тел: 0 (273) 93575; 0 (273) 22701 Факс: 0 (273) 22703 Адрес электронной почты: Raisa-Petru@mail.ru Веб-сайт: www.cmf-cantemir.ms.md</p>
<p>9. ЦЗДМ "Neovita" (Кишинев) г. Кишинев, ул Соколень, №. 19 тел.: 0 (22) 463728 Факс: 0 (22) 406632 Адрес электронной почты: info@neovita.md Веб-сайт: www.neovita.md Группа facebook Neovita центр: https://www.facebook.com/centrul.neovita?ref=ts</p>	<p>10. ЦЗДМ "Молодежь для молодежи" (Чимишлия) г. Чимишлия, ул. Александру чел Бун, № 135, ЦСВ, кабина. 22-25 тел.: 0 (241) 21115 Адрес электронной почты: fineri-fineri@mail.md; www.tpt-cimislia.ms.md ЦЗДМ Facebook группа "Молодежь для молодежи" Чимишлия: https://www.facebook.com/groups/143813758997749</p>
<p>11. ЦЗДМ "Синбиодан" (Кишинев) г. Кишинев, ул. Роз, №. 7 тел.: 0 (22) 632711 Адрес электронной почты: dzigarm1963@mail.ru</p>	<p>12. ЦЗДМ "Движение плюс +» (Комрат) г. Комрат, ул. Победы, № 44 тел.: 0 (298) 23670 Адрес электронной почты: dvijenie_plus@mail.ru</p>

<p>13. ЦЗДМ "Витамин" (Криуляны) г. Криуляны, ул. Штефан чел Маре, Nr. 1 тел.: 0 (248) 21000 Адрес электронной почты: alexsculava@yandex.ru</p>	<p>14. ЦЗДМ «Надежда Молодежи» (Дондюшаны) г. Дондушень ул. Еминеску 26, эт. 2 каб. 28, 29 тел.: 0 (251) 22394 Адрес электронной почты: sperantatinerilor@mail.ru</p>
<p>15. ЦЗДМ "Ана" (Дрокия) г. Дрокия бул. Тестемицану, № 4 тел.: 0 (252) 24388 Адрес электронной почты: csptdro@yahoo.com, centru_ana@mail.ru</p>	<p>16. ЦЗДМ "Привет" (Единцы) г. Единец, ул. Независимости, № 8 тел: 0 (246) 23194; 0 (246) 24967 Адрес электронной почты: clnicasalve@mail.com; ecaterinasorocan@gmail.com Веб-сайт: www.salve.md Группа ЦЗДМ Facebook "Сохранить" https://www.facebook.com/groups/540935505917703</p>
<p>17. ЦЗДМ "S.A.T.I" (Фэлешть) г. Фэлешть, ул. Штефан чел Маре, Nr. 38 тел.: 0 (259) 25265 Адрес электронной почты: cspt.sati @ mail.ru</p>	<p>18. ЦЗДМ "Доверие" (Флорешть) г. Флорешты, ул. Штефана чел Маре. 35 , ЦСВ, эт. 3, каб. 56 тел.: 0 (250) 22299 Адрес электронной почты: centruprietenos@mail.ru</p>
<p>19. ЦЗДМ "НисПротект" (Ниспорень) г. Ниспорень ул. Тома Чорба, №. 5 тел.: 0 (264) 26070 Адрес электронной почты: nis.protect @ mail.ru</p>	<p>20. ЦЗДМ Окница (Окница) г. Окница, ул. Независимости, № 64 тел.: 0 (271) 26029 Адрес электронной почты: inabestanco@mail.ru</p>
<p>21. ЦЗДМ «Надежда» (Глодень) г. Глодень ул. Триколор, № 2 тел.: 0 (249) 22913 Факс: 0 (249) 23743 Адрес электронной почты: cpf_glodeni@mail.ru; vlupacescu@mail.md</p>	<p>22. ЦЗДМ «Молодежь и здоровье» (Хынчешть) г. Хынчешть, ул. Михаил Хынку, № 138, ЦСВ, эт. 1 каб. 8 тел.: 0 (269) 21902 Адрес электронной почты: valentinasilvestru@mail.ru</p>
<p>23. ЦЗДМ "Аванте" (Костешты, Яловень) Г. Яловень, с Костешть, ул. Штефан чел Маре, тел: 0 (268) 92473; 0 (268) 92475 Адрес электронной почты: maria_bivol_timofei@yahoo.com</p>	<p>24. ЦЗДМ "Орхидея" (Леова) г. Леова, ул. Штефан чел Маре, № 95 ЦСВ, эт. 1 тел: 0 (263) 24010 Адрес электронной почты: orhidea_leova@yahoo.com</p>

Приложение 4**СПИСОК КАБИНЕТОВ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ и ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ**

Бельцы (231) 7-16-60, Мотузок-Цуркану Людмила
 Анений Ной (265) 10-02-82, Кожокарь Валерий
 Басарабьяска (297) 2-24-37
 Бричаны (247) 2-23-42
 Калараш (244) 2-31-46, Чобану Галина
 Кантемир (273) 2-24-81, Ротару Ала
 Кэушень (243) 2-60-94, Мирза Евдокия
 Чадыр-Лунга (291) 2-31-52, Канцевич Майя
 Чимишлия (241) 2-11-15, Светлана Мороз
 Комрат (298) 2-36-70, Мавроди Светлана
 Криулень (248) 2-11-88, Александра Кулава
 Дондюшаны (251) 2-32-05, Светлана Мунтяну
 Дубоссары (248) 4-30-66, Кирица Ирина
 Единцы (246) 2-31-94, Гуцан Татьяна
 Фэлешть (259) 2-22-55, Бэдэрэу Адела
 Флорешть (250) 2-39-30, Лазарь Татьяна
 Глодень (249) 2-29-13, Лупаческу Валентина
 Хынчешть (269) 2-31-07, Секир Ион
 Яловень (268) 2-19-56, Наталья Сакара
 Леова (263) 2-40-10, Кицану Ангела
 Ниспорень (264) 2-21-76, Дашкевич Мария
 Окница (271) 2-38-97, Вахнован Инна
 Орхей (235) 2-49-67, Лупаческу Анжела
 Резина (254) 2-33-89, Возиян Алена
 Рышкань (256) 2-24-48, Лупаческу Инна
 Сынжерей (262) 2-30-76, Данилов Евгения
 Шолдэнешть (272) 02-03-34, Клипа Мария
 Сорока (230) 2-26-61, Морарь Татьяна
 Штефан-Водэ (242) 2-24-46, Сиротенко Ана
 Стрэшень (237) 2-52-80, Бану Дориан
 Тараклия (294) 2-24-48, Неизвестный Михаил
 Теленешть (258) 2-57-72, Подобински Валентина
 Унгень (236) 06-02-06, Спэтару Евгения
 Варшава (293) 2-44-74, Терзи Валентина
 Кишинев ТМА Ботаника, 022-52-81-17, Людмила Адам
 Кишинев ТМА Центр, 022-27-49-17, Ботика Галина
 Кишинев ТМА Чокана, 022-47-52-55, Кобан Илиада
 Кишинев ТМА Рышканы, 022-24-03-44, Сокиркэ Наталья
 Национальный центр репродуктивного здоровья и медицинской генетики, Кишинев 022-56-79-31, Спинея Ала
 Университетская клиника, Кишинев. Трипак Светлана
 Центр семейных врачей №10, Кишинев. Форман Виталий
 Центр семейных врачей № 6, Кишинев. Пантазьев Ала
 Центр здоровья женщин «Вирджиния», Кагул (299) 2-24-48, Дунас Мария
 Центр здоровья женщин «Ана» Дрокия (252) 2-43-88, Ников Светлана
 Центр здоровья женщин «Далила», Кишинев 022-53-43-48, Мельничук Вера **При-**

ложение 5**Список кабинетов Репродуктивного Здоровья и Планирования Семьи на территории Приднестровья:**

1. Поликлиника №1, каб.517. Тирасполь, ул. Краснодонская, 58.
2. В г. Бендеры: Центральная поликлиника, отделение «Центр здоровья женщин», 4 этаж, каб. 109 (ГУ «БЦАПП»). Бендеры, ул. Лазо, 20.
3. В г. Дубоссары: Женская консультация в ГУ «Дубоссарская центральная районная больница», каб.4. Дубоссары, ул. Моргулец, 3.
4. В г. Григориополь: ГУ «Григориопольская центральная районная поликлиника». каб.28 (2 этаж). Григориополь, ул. Дзержинского, 22.
5. В г. Рыбница: Женская консультация при Амбулаторно-поликлиническом отделении в ГУ «Рыбницкая центральная районная больница», кааб. 520. рыбница, ул. Кирова, 112.
6. В г. Слободзея: ГУ «Слободзейская центральная районная поликлиника», каб. 13. ул. Ленина, 100. тел.
7. В г. Днестровск ГУ «Днестровская Городская Больница» Ул. Котовского
8. В г. Каменка: Центр репродуктивного здоровья «Надежда» при ГУ «Каменская центральная районная больница». Каменка, ул. Кирова 300/2 (2 этаж).

Приложение 6

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ НОРМЫ применения в 2014 году Единой программы обязательного медицинского страхования

Глава I

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5. В случае незастрахованных лиц объем и условия предоставления медицинских услуг на уровне скорой догоспитальной медицинской помощи и первичной медицинской помощи, а также на уровне специализированной амбулаторной и стационарной медицинской помощи в случае социально обусловленных заболеваний с высоким риском для общественного здоровья, покрываемых за счет средств фондов обязательного медицинского страхования согласно законодательству, устанавливаются Единой программой и настоящими Методологическими нормами.

Список социально обусловленных заболеваний, представляющих высокий риск для общественного здоровья и подлежащих лечению в рамках специализированной амбулаторной помощи и в стационарных условиях, включает:

- a) туберкулез;
- b) психозы и иные умственные и поведенческие отклонения;
- c) **алкоголизм и наркомания;**
- d) подтвержденные злокачественные заболевания крови и новообразования;
- e) **ВИЧ/СПИД-инфекция и сифилис;**
- f) острый вирусный гепатит А, ботулизм, вирусные, бактериальные и паразитарные менингиты и менингоэнцефалиты, пандемический грипп, ветряная оспа, корь, лептоспироз, малярия, брюшной тиф и паратиф, сыпной тиф, холера, столбняк, сибирская язва, бруцеллез, геморрагическая лихорадка, ку-лихорадка, эпидемический паротит, бешенство, трихинеллез, чума, иерсиниоз, туляремия, дифтерия, полиомиелит и краснуха.

Глава II

Условия предоставления медицинской помощи для каждого вида медицинской помощи и медицинских услуг, оказываемых в рамках обязательного медицинского страхования

11. Расходы по медицинским услугам, оказанным незастрахованным лицам в рамках специализированной амбулаторной и стационарной медицинской помощи, оплачиваются пациентом в соответствии с расходами, предусмотренными в Каталоге единых тарифов на медико-санитарные услуги, за исключением социально обусловленных заболеваний с высоким риском для общественного здоровья, согласно списку, приведенному в п.5 настоящих Методологических норм.

Первичная медицинская помощь

22. Семейный врач является первым специалистом, к которому обращается лицо, обязанным оказать первичную медицинскую помощь и в зависимости от случая обеспечить доступ к другим видам медицинской помощи и услугам, предусмотренным Единой программой.

23. Чтобы воспользоваться первичной медицинской помощью, необходимо зарегистрироваться в списке семейного врача в соответствии с положениями Приказа МЗ и НМСК № 627/163-А от 9 сентября 2010 года, с соблюдением принципа территориального обслуживания населения, с предоставлением ухода за лицами в семьях и семей в рамках общества без дискриминации.

24. Медицинское учреждение независимо от юридической формы организации предоставляет возможность семье выбрать семейного врача в соответствующих учреждениях, которые обслуживают территорию, где проживает соответствующее лицо.

25. В urgentных случаях первичная медицинская помощь предоставляется лицам независимо от того, в список какого семейного врача они записаны.

27. Для реализации объема первичной медицинской помощи, предусмотренной Единой программой и настоящими Методологическими нормами, руководитель соответствующего медико-санитарного учреждения обеспечивает во всех подведомственных медицинских учреждениях необходимые условия посредством:

- a) обеспечения учреждения медицинскими кадрами;
- b) приобретения необходимого медицинского оборудования, в том числе для реабилитации и физической медицины;
- c) обеспечения крайне необходимыми медикаментами и предметами потребления;
- d) приобретения препаратов, предназначенных для дезинфекции, стерилизации и очистки, в том числе биоцидных продуктов и контейнеров для сортировки отходов медицинской деятельности в целях соблюдения стандартных мер предосторожности и контроля внутрибольничной инфекции с целью обеспечения деятельности учреждения в санитарно-эпидемиологическом режиме, соответствующем действующим стандартам;
- e) организации доступа к компенсированным медикаментам из фондов обязательного медицинского страхования;
- f) организации медицинских профилактических исследований и определения групп риска;
- g) организации наблюдения, включая на дому, лиц с хроническими заболеваниями;
- h) наблюдения и мониторинга семейным врачом развития беременности женщин согласно плану наблюдения за беременными;

- i) организации доступа населения из сельских местностей без семейного врача к первичной медицинской помощи;
- ж) организации выезда профильных врачей-специалистов в сельские местности для осмотра детей, включая школьников, беременных женщин и лиц, которые не могут передвигаться без помощи, и т.д.;
- з) установления сотрудничества и обмена необходимой информацией с медицинскими работниками из дошкольных и доуниверситетских учреждений;
- и) организации максимального разрешения проблем здоровья на уровне первичной медицинской помощи и своевременного направления пациентов на консультации в специализированные амбулаторные учреждения и лечение в территориальное медико-санитарное учреждение больничного типа;
- л) оказание медицинских услуг лицам с проблемами психического здоровья на уровне сообщества, в том числе в коммунитарные центры психического здоровья в соответствии с действующими нормативными актами;
- м) оказание услуг дружественного здоровья молодежи, в том числе центрами здоровья дружественными молодежи в соответствии с действующими нормативными актами;
- н) выявление и взятие на учет больных туберкулезом и контактных лиц вспышек ТБК, наблюдение и строгий контроль за амбулаторным лечением в сотрудничестве с территориальными коммунитарными центрами поддержки пациентов с туберкулезом;
- о) планирование и проведение плановой вакцинации населения, в том числе и незастрахованных лиц;
- п) обеспечение соблюдения санитарно-гигиенических правил в соответствии с санитарными требованиями.

28. Для эффективности оказания первичной медицинской помощи посещения семейного врача программируются по телефону, по Интернету или при непосредственной явке пациента или его родственников.

30. Профилактические медицинские исследования, предусмотренные в существующих нормативных актах, лиц из определенных групп (возраст, группы риска, контингент с угрозами) реализуются семейным врачом и его командой при наличии процедурного кабинета, центра здоровья дружественного молодежи, кабинета репродуктивного здоровья при непосредственном обращении без направления.

31. Проведение параклинических и диагностических исследований при оказании профилактических услуг, включая проведение исследования медицинской комиссией, на уровне первичной медицинской помощи (антропометрия, определение внутриглазного давления, определение артериального давления, профилактический гинекологический осмотр с гистологией, флюорография) осуществляются при личном посещении процедурного кабинета, кабинета репродуктивного здоровья/центра здоровья дружественного молодежи/кабинета профилактического гинекологического осмотра /медицинского

работника в перинатологии, кабинета флюорографии. Данные о проделанных исследованиях отмечаются в первичной медицинской документации; семейный врач и его команда осуществляют наблюдение за всеми лицами, зарегистрированными в списке семейного врача.

32. Обследования по раннему выявлению рака шейки матки и молочной железы, диагностически подтвержденные/исключенные (клиническое обследование, мазок для цитологического исследования, кольпоскопия) выполняются при прямом обращении к семейному врачу, медсестре перинатологии, акушеру-гинекологу профилактически-гинекологического кабинета, кабинета репродуктивного здоровья/центра женского здоровья.

33. Учреждения первичной медицинской помощи обеспечивают приобретение медицинских приборов, контрацептивов, быстрых тестов на ВИЧ и стандартные наборы лекарств для лечения урогенитальных инфекций для социально уязвимых слоев населения, а также медико-социальных групп риска.

34. Затраты на обследования, предусмотренные действующим законодательством по оказанию профилактических медицинских услуг, в том числе ежегодные медицинские осмотры групп риска, медицинские осмотры учеников дошкольного и школьного образования, медицинские осмотры абитуриентов для поступления, профилактические медицинские осмотры для работников государственных медицинских учреждений, учреждений образования и оздоровления обеспечиваются за счет учреждений первичной медицинской помощи. В случаях, если это необходимо учреждения первичной медицинской помощи обеспечивают транспортом выезд в территорию профильных специалистов.

35. Выполнение медицинского лечения (процедуры внутримышечные, внутривенные) проводится в процедурных кабинетах учреждений первичной медицинской помощи по назначению семейного врача и/или профильного врача, с обеспечением парафармацевтических изделий. Обеспечение санитарными материалами и медицинскими изделиями одноразового использования, в том числе и медикаментами, используемыми для оказания ургентной и первой медицинской помощи, осуществляется учреждением первичной медицинской помощи.

36. Проведение параклинических и диагностических исследований при оказании профилактических и лечебных услуг, включительно для ургентных ситуаций, установленных Единой программой и настоящими Методологическими нормами, определенными в разделах I и III приложения № 4 к Единой программе, обеспечивается первичным медицинским учреждением по запросу (назначению) семейного врача для всех лиц, независимо от того, имеют ли они статус застрахованного лица.

37. Направление в случаях, предусмотренных в п.36 осуществляется на формулярах утвержденного образца, заполненных в соответствии с требованиями по заполнению и подтвержденных подписью и печатью семейного врача. Для обеспечения доступа и возможности проведения параклинических и диагностических исследований на уровне первичной помощи первичное медицинское учреждение может приобрести экспресс-тесты, в том числе для определения глюкозы, в пределах финансовых средств, запланированных для

этой цели.

38. В случае, если медико-санитарное учреждение первичной медицинской помощи не обладает необходимыми способностями для проведения параклинических, диагностических и лечебных исследований, предусмотренных для первичной медицинской помощи в разделах I и III приложения № 4 к Единой программе, их проведение осуществляется в рамках других медицинских учреждений на основании договоров по оказанию медицинских услуг, заключенных обоюдно.

39. Деятельность, в осуществлении которой участвуют как семейные врачи, так и профильные врачи-специалисты, осуществляется в соответствии с общим приказом соответствующих медико-санитарных учреждений с соблюдением условий, установленных настоящими Методологическими нормами.

40. Справки (формуляры), выданные в рамках осуществления деятельности по поддержке, предоставляются ответственным медико-санитарным учреждением в соответствии с положениями действующих нормативных актов, включительно по запросу пациента или законного представителя, местных и центральных государственных органов власти, правоохранительных органов.

41. Руководитель медико-санитарного учреждения первичной медицинской помощи обеспечивает приобретение в необходимом объеме формуляров первичного медицинского учета согласно образцу, утвержденному Министерством здравоохранения.

42. В случаях, когда состояние пациента или установление/уточнение диагноза и оценивание метода дальнейшего лечения заболевания превышают компетенцию семейного врача или согласно клиническим протоколам и действующим медицинским стандартам наблюдение за данной болезнью осуществляется с общего согласия профильного врача-специалиста, семейный врач направляет соответствующего пациента на консультацию на основании направления (F 027e) или записи в первичной медицинской документации. В этих случаях консультация застрахованного лица осуществляется профильным врачом-специалистом за счет средств фондов обязательного медицинского страхования.

43. Консультация незастрахованного лица врачом-специалистом осуществляется за плату (за исключением случаев, предусмотренных п.5) в установленном порядке, в соответствии с Единым каталогом тарифов для предоставляемых услуг МСУ республиканского, муниципального и районного уровня.

44. Консультация врачом-специалистом соответствующего МСУ, находящегося в той же территории (район, муниципий), оказывается на основании первичной медицинской документации (формуляры: 025/e; 111/e; 112/e; 113/e и т.д.), в которой указывается консультация необходимого специалиста.

45. При направлении на запланированную консультацию семейный врач обеспечивает проведение лабораторных и инструментальных исследований в объеме, установленном действующими нормативными актами, в пределах профессиональных полномочий.

46. При непосредственном визите к профильному врачу-специалисту в случаях, предусмотренных в приложении № 2 к Единой программе, профильный врач-специалист делает записи в первичной медицинской документации (формуляры: 025/е; 111/е; 112/е; и т.д.) или заполняет выписку (F 027 е) в случае, если пациент из другой территории.

47. После проведения соответствующей консультации семейный врач обеспечивает наблюдение в динамике пациента в соответствии с рекомендациями профильного врача-специалиста.

48. Запланированное направление на госпитализацию осуществляется семейным врачом в случаях, обоснованных с медицинской и эпидемиологической точек зрения, в ситуациях, в основе которых лежат критерии, установленные Единой программой обязательного медицинского страхования.

49. Запись на госпитализацию в районные/муниципальные медико-санитарные учреждения осуществляется по согласованию с руководителем или ответственными лицами уполномоченных учреждений, в случае необходимости по телефону, регистрируя соответствующую дату в первичной медицинской документации. Территориальные медико-санитарные больничные учреждения еженедельно представляют ответственным лицам списки свободных мест.

50. Госпитализация осуществляется на основании направления (формуляр 027/е), которое заполняется согласно установленным требованиям с указанием диагноза, данных о развитии болезни, результатов проведенных исследований, в т. ч. в динамике по мере необходимости, проведенного лечения в амбулаторных условиях. Направления со штампом первичного медико-санитарного учреждения заверяются только печатью семейного врача. На направлении указывается «Направить на запланированную госпитализацию в отделение...» или «Направить на urgentную госпитализацию в отделение ...»

51. В случае обнаружения/подозрения какого-либо заболевания, представляющего эндемо-эпидемическую опасность, семейный врач принимает меры изоляции и меры по предотвращению или ограничению эпидемии/эндемии, организуя urgentную госпитализацию. В таких случаях семейный врач обеспечивает наблюдение за лицами, которые контактировали с больным, принимая строгие меры для пресечения распространения таких заболеваний в порядке, установленном действующими нормативными актами.

52. При выписке из больницы семейный врач ведет наблюдение за поддерживающим лечением пациента в амбулаторных условиях с проведением параклинических и диагностических исследований в объеме, установленном действующими нормативными актами для первичной медицинской помощи, согласно медицинским показаниям и рекомендациям, включенным лечащим врачом в выписку из медицинской справки стационара (F 027е).

53. Семейный врач выбирает и организывает оказание медицинского ухода на дому в соответствии с действующими нормативными актами, выдавая направление для поставщика, в котором указываются данные клинического осмотра пациента, рекомендации относительно манипуляций, необходимого медицинского ухода, согласно медицинским показаниям, периодичность и длительность его оказания.

Приложение 7

Рекомендуемые источники

СЕКСУАЛЬНОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПРАВА

1. Закон № 263 от 27.10.2005 о правах пациентов и ответственности, статья 12, пункт 4, подпункт е.
2. Закон № 1518-XV от 6 декабря 2002 года о миграции.
3. Закон № 1585-XIII от 27 февраля 1998 года об обязательном медицинском страховании.
4. Закон № 185-XV от 24.05.2001 о репродуктивном здоровье и планировании семьи.
5. Закон № 23 от 16 февраля 2007 года о профилактике ВИЧ/СПИД-инфекции.
6. Закон № 138 от 15.06.2012 о репродуктивном здоровье.
7. Закон № 263-XVI от 27 октября 2005 года о правах и ответственности пациента.
8. Закон № 264-XVI от 27 октября 2005 года о врачебной деятельности.
9. Закон № 269-XIII от 09 ноября 1994 года о выезде и въезде в Республику Молдова,
10. Закон № 275-XIII от 10 ноября 1994 года о правовом положении иностранных граждан и лиц без гражданства в Республике Молдова.
11. Закон № 289-XV от 22 июля 2004 года о пособиях по временной нетрудоспособности и других пособиях социального страхования.
12. Закон № 411-XIII от 28 марта 1995 года об охране здоровья.
13. Закон № 45-XVI от 1 марта 2007 года о предупреждении и пресечении насилия в семье
14. Закон № 489-XIV от 8 июля 1999 года о государственной системе социального страхования.
15. Закон № 5-XVI от 09.02.2006 года об обеспечении равных возможностей для женщин и мужчин.
16. Национальная политика здравоохранения, Постановление №. 886 от 06.08.2007, Глава V Здоровье молодого поколения.
17. Приказ Министерства Здравоохранения Республики Молдова №. 1605/414 от 31.12.2013 об утверждении методологических норм Единой программы обязательного Медицинского Страхования на 2014 год.
18. Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию, Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 1994 г.
19. Руководство по продвижению и защите прав людей, живущих с ВИЧ, Институт по правам человека в Республике Молдова, 2011 г.
20. СЕКСУАЛЬНЫЕ ПРАВА: ДЕКЛАРАЦИЯ МФПР Сокращенный вариант 2010 г.
21. Asigurarea obligatorie de asistență medicală, Volumul IV, Programul unic al asigurării de asistență medicală, Chișinău, 2009, p.31.
22. Brânză S., Ulianovschi X., Stati V. et.al. Drept penal. Ediția a II-a. Chișinău: Cartier, 2005, Vol. 2, 804p.
23. Comentarii si concluzii ale Comitetului pentru eliminarea discriminarii impotriva femeii: Republica Moldova, 25/08/2006.CEDAW/C/MDA/CO/3, para.31.
24. Comitetul ONU pentru drepturile omului, Communication Nr. 1153/2003, K.L. vs. Peru, U.N. Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005)
25. Conferința Internațională pentru Populație și Dezvoltare (Cairo, 1994)

26. Forumul European pentru Populație (Geneva, 2004)
27. Hotărâre de Guvern nr. 1387 din 10.12.2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală . A se vedea de asemenea, Asigurarea obligatorie de asistență medicală, Volumul IV, Programul unic al asigurării de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea de Guvern cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală nr. 1387 din 10.12.2007. Anexa nr.3, pag. 44. Sursa: www.cnam.md.
28. Hotărârea Guvernului nr.913 din 26.08.2005.
29. Hotărârea Parlamentului nr.994-XIII din 15.10.96, în ediția oficială «Tratate internaționale», 1999, vol.11, p.252.
30. http://right.lgbt.mk.ua/biblioteka/IPPF_DeclarationAbridged_RU_A620May.pdf
31. Legea Ocrotirii Sănătății nr.411-XIII din 28.03.1995, art.48 alin.2
32. Legea cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA nr.23-XVI din 16.02.2007, art.21; Ordinul Ministerului Sănătății nr.100 din 01.04.2004 "Cu privire la profilaxia transmiterii materno-fetale a infecției HIV și organizarea profilaxiei specifice"
33. Legea Nr. 185-XV din 24 mai 2001 cu privire la ocrotirea sanatații reproductive și planificarea familială, art.5, art.11.
34. Legea Nr. 263 din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, art.12 alin.4 lit.e
35. Legea nr.138 din 15.06.2012 privind sănătatea reproducerii
36. Legea nr.1585-XIV din 27.02.1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistenta medicala, art.4, alin.(4)
37. Legea Ocrotirii Sănătății Nr. 411 din 28.03.1995, art. 31, art.32, art.49.
38. Legea privind indemnizațiile pentru incapacitate temporară de muncă și alte prestații de asigurări sociale nr.289-XV din 22.07.2004, art.16 și Codul Muncii al RM, art.124
39. Legea Republicii Moldova Nr. 185-XV din 24 mai 2001 cu privire la ocrotirea sanatații reproductive si planificarea familiala), art.6, 7, 11.
40. Ministerul Sănătății, Centrul Național de Management în Sănătate, Anuarele statistice "Sănătatea Publică în Moldova" 1997-2008.
41. Observatii si concluzii ale Comitetului de drepturile omului: Republica Moldova, 26/07/2002.CCPR/CO/75/MDA, para.18.
42. Ordinul Ministerului Sănătății din Republica Moldova nr.305 din 07.09.2009 Nr. Despre modificarea și completarea ordinului Ministerului Sănătății nr. 162 din 23 aprilie 2007 "Cu privire la aprobarea regulamentului și listei medicamentelor esențiale. Sursa: www.amed.md.
43. Ordinul Nr. 313 din 25.07.2006 Anexa nr.1, pct.23
44. Politica Națională de Sănătate a Republicii Moldova 2007-2021
45. Programul Unic al Asigurărilor Obligatorii de Asistență Medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1387 din 10.12.2007, art.1443, Cap. II www.cnam.md
46. Sesiunea XXI – a Asambleii Generale a ONU (New-York, 1999).
47. http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_RHR_04.8_rus.pdf

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИН И МУЖЧИН. ФУНКЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ.

Методическая разработка лекционного занятия для преподавателя по дисциплине: .01 «здоровый человек и его окружение», к разделу: «здоровье мужчин и женщин зрелого возраста», тема: «анатомо-физиологические особенности женского организма в зрелом возрасте». Брянск, 2014.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ. ВЛИЯНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

1. H. Schuel et al. (September 2002). «Evidence that anandamide-signaling regulates human sperm functions required for fertilization». *Molecular Reproduction and Development* 63 (3): 376–387.
2. Standard de reducere a riscurilor la utilizatorii de droguri, Chişinău, Februarie 2009.
3. Huizink, A.C. and Mulder, E.J. (2006) Maternal smoking, drinking or cannabis use during pregnancy and neurobehavioral and cognitive functioning in human offspring. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 30, 24-41
4. Fried, P.A. et al. (2003) Differential effects on cognitive functioning in 13- to 16-year-olds prenatally exposed to cigarettes and marijuana. *Neurotoxicol. Teratol.* 25, 427 - 436
5. Hardwiring the Brain: Endocannabinoids Shape Neuronal Connectivity Science, May 25, 2007
6. Paul Berghuis,;Endocannabinoids regulate interneuron migration and morphogenesis... 2007
7. Harkany et al: The emerging functions of endocannabinoid signaling during CNS development
8. НАРКОТИКИ.РУ | Влияние психоактивных веществ на беременность и последующее развитие плода.
9. Melanie C. Dreher, PhD; Kevin Nugent, PhD; and Rebekah Hudgins, MA, Prenatal Marijuana Exposure and Neonatal Outcomes in Jamaica: An Ethnographic Study, *Pediatrics*, February 1994, Volume 93, Number 2, pp. 254-260.

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В ОБЛАСТИ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

1. Учебно-методическое пособие «Основы консультирования по вопросам репродуктивного и сексуального здоровья», под общей редакцией Б.М. Ворника, Киев 2004, 263 С.
2. Злобин А. А., Смирнов С. В., Онуфриева М. С., Степанова Е. Ю., Рукавишников М. В., Балакирев В. П., Кузьмин А. И., Кошелева Н. А.: Практическое руководство по организации социального обслуживания пациентов с ВИЧ-инфекцией (с использованием опыта «Школ пациента»): -М., Экстрим Дизайн Студия, Москва 2011.-100 с.
3. Г. Бивол, и др. Репродуктивное здоровье, практическое пособие для семейных врачей и медицинских сестер, Кишинев, 2005 г., 209 С.
4. Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ: путь к профилактике и уходу» - ЮНЭЙДС, 2002 г. («HIV Voluntary Counseling and Testing: a gateway to prevention and care») (http://data.unaids.org/publications/IRC-pub02/jc729-vct-gateway-cs_en.pdf). - ЮНЭЙДС, 2002.
5. Интеграция добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ в службы репродуктивного здоровья. Поэтапное руководство для разработ-

- чиков программ, менеджеров и лечебно-профилактических учреждений. - Совместная публикация Регионального офиса ИППФ в Южной Азии и ЮНФПА. - 2004.
6. Консультирование и тестирование на ВИЧ с использованием быстрых тестов в рамках профилактических проектов среди групп повышенного риска инфицирования ВИЧ / Варбан М., Гришаева И., Житкова Ю., Пархоменко Ж., Сидоренко О. - К.:МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2012. - 184 с.
 7. Консультирование и тестирование на ВИЧ с использованием быстрых тестов в рамках профилактических проектов среди групп повышенного риска инфицирования ВИЧ / Варбан М., Гришаева И., Житкова Ю., Пархоменко Ж., Сидоренко О. - К.:МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2012. - 184 с.
 8. Приказ Министерства здравоохранения Республики Молдова №1162 от 10.18.2013 о Стандарте «Консультирования и тестирования на ВИЧ уязвимых групп с использованием экспресс-тестов в рамках неправительственных организаций»
 9. Теслова О. А., ПОЗИТИВНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ (контрацепция для ВИЧ-положительных женщин), г. Минск, 2013, С. 30 <http://www.gsmu.by/file/biblio/uchlit/akusherstva/tesl.pdf>
 10. AIDS epidemic update: December 2007. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization; 2007.
 11. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants in resource-limited settings: towards universal access. Recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2006.
 12. Blum J, Hajri S, Chelli H, Mansour FB, Gueddana N, Winikoff B. The medical abortion experiences of married and unmarried women in Tunis, Tunisia.. *Contraception* 2004; 69 (1):63-69.
 13. Coyaji K, Elul B, Krishna U, Oti S, Ambardekar S, Bopardikar A, Raote V, Ellertson C, Winikoff B. Mifepristone-misoprostol abortion: a trial in rural and urban Maharashtra, India. *Contraception* 2002;66 (1):33-40.
 14. Elul B, Hajri S, Ngoc NN, Ellertson C, Slama CB, Pearlman E, Winikoff B. Can women in less-developed countries use a simplified medical abortion regimen. *The Lancet* 2001; 357(9266):1402-1405.
 15. Family Planning: A Global Handbook for Providers – Russian, Summary of Major Changes from 2008 and 2011, Updates - Russian (2007 edition), <https://www.fphandbook.org/translations>
 16. Family Planning: A Global Handbook for Providers – Russian, Summary of Major Changes from 2008 and 2011, Updates - Russian (2007 edition), <https://www.fphandbook.org/translations>
 17. Family Planning: A Global Handbook for Providers – Russian, Summary of Major Changes from 2008 and 2011, Updates - Russian (2007 edition), <https://www.fphandbook.org/translations>
 18. Hormonal contraceptive methods for women at high risk of HIV and living with HIV, 2014 guidance statement, Recommendations concerning the use of hormonal contraceptive methods by women at high risk of HIV and women living with HIV 2014 guidance
 19. Lara D, Garcia SG, Strickler J, Martínez H, Villanueva L. El acceso al aborto legal de las mujeres embarazadas por violación en la ciudad de México [Access to legal abortion for women pregnant as a result of rape in Mexico City]. *Gaceta*

- Médica de México 2003;139 (1):S77-S90.
20. Mittal S. Методы неотложной контрацепции: Комментарий БРЗ (последняя редакция: 1 ноября 2008 г.). Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ; Женева: Всемирная организация здравоохранения <http://apps.who.int/rhl/fertility/contraception/smcom1/ru/index.html>
 21. Mnyani CN. Методы поздней послеродовой профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку: Комментарий БРЗ (последняя редакция: 1 сентября 2009 г.). Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ; Женева: Всемирная организация здравоохранения.
 22. Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports December 17, 2010 / Vol. 59 / No. RR-12, www.cdc.gov/mmwr
 23. Ngoc NT, Nhan VQ, Blum J, Mai TT, Durocher JM, Winikoff B. Is home-based administration of prostaglandin safe and feasible for medical abortion? Results from a multisite study in Vietnam. *British journal of obstetrics and gynaecology* 2004; 111 (8):814-819.
 24. Paxman JM, Rizo A, Brown L, Benson J. The clandestine epidemic: the practice of unsafe abortion in Latin America. *Studies in family planning* 1993;24 (4):205-226.
 25. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva. World Health Organization; 2003.
 26. Unsafe abortion. Global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000. Fourth edition. Geneva. World Health Organization; 2004.
 27. Г. Бивол, и др. Репродуктивное здоровье, практическое пособие для семейных врачей и медицинских сестер, Кишинев, 2005 г., 209 С.
 28. <http://apps.who.int/rhl/fertility/abortion/dgcom/ru/>
 29. <http://www.avort.md/>
 30. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/HC_and_HIV_2014/en/

ОБЗОР И КООРДИНАЦИЯ УСЛУГ ПО РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА.

1. Закон № 263-XVI от 27 октября 2005 года о правах и ответственности пациентов, ст. 9.
2. Закон № 138 от 15.06.2012 о репродуктивном здоровье
3. Национальная политика здравоохранения, Постановление №. 886 от 06.08.2007, Глава V Здоровье молодого поколения.
4. Приказ Министерства Здравоохранения Республики Молдова №. 1605/414 от 31.12.2013 Об утверждении методологических норм Единой программы обязательного Медицинского Страхования на 2014 год.
5. Закон №. 263 от 27.10.2005 о правах пациентов и ответственности, статья 12, пункт 4, подпункт е
6. Asigurarea obligatorie de asistență medicală, Volumul IV, Programul unic al asigurării de asistență medicală, Chișinău, 2009, p.31.
7. Legea cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA nr.23-XVI din 16.02.2007, art.21; Ordinul Ministerului Sănătății nr.100 din 01.04.2004 "Cu privire la profilaxia transmiterii materno-fetale a infecției HIV și organizarea profilaxiei specifice"
8. Legea privind indemnizațiile pentru incapacitate temporară de muncă și alte prestații de asigurări sociale nr.289-XV din 22.07.2004, art.16 și Codul Muncii al RM, art.124

9. Legea Republicii Moldova Nr. 185-XV din 24 mai 2001 cu privire la ocrotirea sanatatii reproductive si planificarea familiala (Monitorul Oficial, 2 august 2001, nr.90-91, p. I, art. 697), art.6, 7, 11.
10. Legea Republicii Moldova Nr. 185-XV din 24 mai 2001 cu privire la ocrotirea sanatatii reproductive si planificarea familiala, art.7.
11. Ordinul Ministerului Sănătății din Republica Moldova nr.305 din 07.09.2009 Nr. Despre modificarea și completarea ordinului Ministerului Sănătății nr. 162 din 23 aprilie 2007 "Cu privire la aprobarea regulamentului și listei medicamentelor esențiale. Sursa: www.amed.md.
12. Politica Națională de Sănătate a Republicii Moldova 2007-2021
13. Programul Unic al Asigurărilor Obligatorii de Asistență Medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1387 din 10.12.2007, art.1443, Cap. II www.cnam.md
14. Studiul Demografic și de Sănătate din Republica Moldova, 2005, Tabel 5.9.
15. 2006 Comentarii si concluzii ale Comitetului pentru eliminarea discriminarii impotriva femeii: Republica Moldova, 25/08/2006.CEDAW/C/MDA/CO/3, para.31.
16. Observatii si concluzii ale Comitetului de drepturile omului: Republica Moldova, 26/07/2002.CCPR/CO/75/MDA, para.18.
17. Legea Nr. 185-XV din 24 mai 2001 cu privire la ocrotirea sanatatii reproductive și planificarea familială, art.5
18. Brânză S., Ulianovschi X., Stati V. et.al. Drept penal. Ediția a II-a. Chișinău: Cartier, 2005, Vol. 2, 804p.
19. Codul Penal al Republicii Moldova, art.159.
20. Ministerul Sănătății, Centrul Național de Management în Sănătate, Anuarele statistice "Sănătatea Publică în Moldova" 1997-2008.
21. Comitetul ONU pentru drepturile omului, Communication Nr. 1153/2003, K.L. vs. Peru, U.N. Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005)
22. Legea Nr. 185-XV din 24 mai 2001 Cu privire la ocrotirea sanatatii reproductive si planificarea familiala, art.11.
23. Legea Ocrotirii Sănătății nr.411-XIII din 28.03.1995, art.48 alin.2
24. Legea Ocrotirii Sănătății Nr. 411 din 28.03.1995, art. 31, 32,49
25. Hotărârea Parlamentului nr.994-XIII din 15.10.96, în ediția oficială «Tratate internaționale», 1999, vol.11, p.252.
26. Legea nr.1585-XIV din 27.02.1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistenta medicala, art.4, alin.(4)
27. Hotărârea Guvernului nr.913 din 26.08.2005
28. Legea Nr. 263 din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, art.12 alin.4 lit.e
29. Ordinul Nr. 313 din 25.07.2006 Anexa nr.1, pct.23
30. Hotărâre de Guvern nr. 1387 din 10.12.2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală . A se vedea de asemenea, Asigurarea obligatorie de asistență medicală, Volumul IV, Programul unic al asigurării de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea de Guvern cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală nr. 1387 din 10.12.2007. Anexa nr.3, pag. 44. Sursa: www.cnam.md
31. Legea nr.138 din 15.06.2012 privind sănătatea reproducerii, art.5
32. <http://www.cnam.md/>
33. <http://www.ms.gov.md/>
34. <http://www.neogen-moldova.com/ru/catalog-firme/firma/45>

ОКАЗАНИЕ УСЛУГ ПО КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ В ОБЛАСТИ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СЕТЬЮ ОРГАНИЗАЦИЙ, РАБОТАЮЩИХ В СФЕРЕ ВИЧ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА. РАБОТА В ГРУППАХ И ИНДИВИДУАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ

1. Злобин А. А., Смирнов С. В., Онуфриева М. С., Степанова Е. Ю., Рукавишников М. В., Балакирев В. П., Кузьмин А. И., Кошелева Н. А. Практическое руководство по организации социального обслуживания пациентов с ВИЧ-инфекцией (с использованием опыта «Школ пациента»): - М., Экстрим Дизайн Студия, Москва 2011, – 100 с.

МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА

1. Злобин А. А., Смирнов С. В., Онуфриева М. С., Степанова Е. Ю., Рукавишников М. В., Балакирев В. П., Кузьмин А. И., Кошелева Н. А.: Практическое руководство по организации социального обслуживания пациентов с ВИЧ-инфекцией (с использованием опыта «Школ пациента»): -М., Экстрим Дизайн Студия, Москва 2011.-100 с.
2. Рабочая группа Комитета содействия развитию. Организация экономического сотрудничества и развития. Глоссарий ключевых терминов в области оценки и управления, основанного на результатах. – Париж, 2004 www.oecd.org/dataoecd/22/61/31650813.pdf
3. Guide for monitoring and evaluating national HIV testing and counseling (HTC) programs: field-test version. WHO, Geneva 2011. ISBN 978 92 4 150134 7 (NLM classification: WC 503.1)
4. Kusek J. Z., & Rist R. C. (2004). Ten steps to a results-based monitoring and evaluation system: a handbook for development practitioners. - Washington, DC: World Bank, 2004, с.74.
5. National AIDS Programmes: A guide to monitoring and evaluation. UNAIDS 2000.
6. UNAIDS. National AIDS programs: A guide to monitoring and evaluating national HIV prevention programs for most-at-risk populations in low-level and concentrated epidemic settings. UNAIDS, Geneva, in preparation.
7. UNAIDS. National AIDS Programs: A guide to monitoring and evaluation. UNAIDS, Geneva, 2000.
8. United National General Assembly Special Session on HIV/AIDS. Monitoring the declaration of commitment on HIV/AIDS. Guidelines on construction of core indicators. UNAIDS, Geneva, 2005.
9. WHO consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations, July 2014
10. WHO consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations, July 2014
11. WHO. National AIDS programmes. A guide to indicators for monitoring and evaluating national HIV/AIDS prevention programmes for young people. WHO, Geneva, 2004
12. World Health Organization, UNAIDS, UNICEF, UNFPA, USAID, UNESCO, World Bank, Measure DHS, FHI. National AIDS programs. A guide to indicators for monitoring and evaluating national HIV/AIDS prevention programs for young people. WHO, Geneva, 2004.
13. World Health Organization. National AIDS Programs. A guide to monitoring and evaluating HIV/AIDS care and support. WHO, Geneva, 2004.

