

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ
КВАЛИФИКАЦИИ

**Основы обучения сотрудников
службы организации семьи и
медико-социального патронажа,
акушерок и медсестер ГСВ**

*(Учебник для специалистов службы организации семьи
и медико-социального патронажа, акушерок и медсестер ГСВ)*

Бишкек-2005

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ
КВАЛИФИКАЦИИ

**Основы обучения сотрудников службы
организации семьи и медико-социального
патронажа, акушерок и медсестер ГСВ**

*(Учебник для специалистов службы организации семьи и
медико-социального патронажа, акушерок и медсестер
ГСВ)*

Бишкек-2005

ББК 51.1

О-75

Рекомендовано к изданию Ученым советом КГМИПиПК.

*Издано при финансовой поддержке
Фонда народонаселения ООН (ЮНФПА) в
Кыргызстане*

Авторы:

**Д-р мед.наук, проф. Керимова Н.Р., канд. мед.наук, доц.
Амян М.И., Кадыркулова Г.Д., Бозова С.Д., канд. мед.
наук Сагынбаева Д.З.**

О-75 Основы обучения сотрудников службы организации семьи и медико-социального патронажа, акушерок и медсестер ГСВ (Учебник для специалистов службы организации семьи и медико-социального патронажа, акушерок и медсестер ГСВ) /Под ред. **Н.Р. Керимовой, М.М. Каратаева.**- Б., 2005.- 284 с.

ISBN 9967-425-16-4

Рецензенты – д-р мед. наук, проф., засл. деятель науки КР
Рыбалкина Л.Д., д-р мед. наук, проф. Абдылдаев Т.Т.



Издано при поддержке Фонда народонаселения ООН (ЮНФПА)

О 4103000000-04
ISBN 9967-425-16-4

ББК 51.1

ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел I. Акушерство и гинекология

1.1. Репродуктивная функция женщин	6
1.2. Менструальный цикл	7
1.3. Дисфункциональные маточные кровотечения	10
1.4. Заболевания молочной железы	12
1.5. Планирование беременности (консультация подростков), необходимость генетического консультирования и обследования на инфекцию	14
1.6. Гигиена подростков	16
1.7. Диагностика беременности	23
1.8. Наблюдение беременных. Принципы диспансеризации беременных	27
1.9. Анамнез	38
1.10. Анатомические и физиологические изменения у беременных	39
1.11. Общие сведения о развитии плода	42
1.12. Физиологическое течение родов	44
1.13. Первая помощь при родах вне стационара	48
1.14. Роды у женщин юного, позднего репродуктивного возраста и многорожавших	51
1.15. Принципы свободных родов. Партнерские роды. Подготовка членов семьи. СПЭП	54
1.16. Физиология послеродового периода	57
1.17. Осложнения первой половины беременности	61
1.18. Наиболее частые осложнения беременности и меры, которые необходимо принимать в случаях их возникновения	64
1.19. Кровотечения	66

1.19.1. Кровотечения при поздних сроках беременности	67
1.19.2. Послеродовые кровотечения	69
1.20. Гипертензивные нарушения во время беременности	71
1.21. Гнойно-септические осложнения в акушерстве	80
1.22. Беременность и роды при экстрагенитальной патологии	88
1.22.1. Беременность и роды при заболеваниях сердечно-сосудистой системы	88
1.22.2. Анемии беременных	91
1.22.3. Беременность и роды при заболеваниях почек	92
1.22.4. Сахарный диабет и беременность	95
1.22.5. Вирусный гепатит и беременность	97
1.22.6. Беременность и роды при туберкулезе	99
1.22.7. Миома матки и беременность	104
1.23. Воспалительные заболевания женских половых органов	106
1.24. Острые хирургические заболевания	112

Раздел II. Современные методы контрацепции.

Консультирование

2.1. Значение консультативной работы	131
2.2. Естественное планирование семьи	150
2.3. Комбинированные контрацептивы	163
2.4. Чисто прогестиновые контрацептивы	172
2.5. Внутриматочные средства	182
2.6. Барьерная контрацепция	192
2.7. Добровольная стерилизация	208

Раздел III.

3.1. ВИЧ/СПИД	218
3.2. Болезни, передающиеся половым путем (БППП)	221
Приложение	228
Список литературы	280

РАЗДЕЛ I.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

1.1. Репродуктивная функция женщин

Репродуктивная функция женщин осуществляется, прежде всего, благодаря деятельности яичников и матки, т.к. в яичниках созревает яйцеклетка, а в матке под влиянием гормонов, выделяемых яичниками, происходят изменения по подготовке к восприятию оплодотворенного плодного яйца.

Репродуктивному периоду соответствуют следующие этапы в жизни женщины:

- внутриутробный;
- период новорожденности (до 1 года);
- детства (до 7-8) лет;
- препубертатный (от 8 лет до менархе);
- пубертатный период от года менархе до 16 лет;
- подростковый – от 16 до 18 лет.

Репродуктивный период характеризуется способностью организма женщины к воспроизводству потомства (продолжительность данного периода от 18 лет до 45-50 лет). Репродуктивный период переходит в климактерический, в котором различают пременопаузу, менопаузу и постменопаузу.

Пременопаузальный период наблюдается в течение 1-2 лет, **менопауза** - от последней менструации в течение 2-х лет, после чего начинается **постменопаузальный период**.

Разделение людей на 2 пола предопределяет половые особенности анатомического строения половых ор-

ганов, самосознания, половой ориентации и соответствующих стереотипов полового поведения.

Половое созревание (препубертатный и пубертатный периоды) характеризуются появлением полового влечения к лицам противоположного пола, продолжающегося весь репродуктивный период и снижающегося в климактерический и менопаузальный период.

1.2. Менструальный цикл

Менструальный цикл – одно из проявлений сложных биологических процессов в организме женщины. Менструальный цикл характеризуется циклическими изменениями во всех звеньях репродуктивной системы, внешним проявлением которых является менструация.

Менструация - это кровянистые выделения из половых путей женщины, периодически возникающие в результате отторжения функционального слоя эндометрия в конце 2-фазного менструального цикла.

Первая менструация (**менархе**) наблюдается в возрасте 10-12 лет, но в течение 1-1,5 лет после этого менструации могут быть нерегулярными, а затем устанавливается регулярный менструальный цикл.

Первый день менструации условно принимается за первый день менструального цикла. Следовательно, продолжительность цикла составляет время между первыми днями двух последующих менструаций. Более чем у 60% женщин средняя продолжительность менструального цикла составляет 28 дней с колебаниями от 21 до 35 дней. Величина кровопотери в менструальные дни составляет 40-60 мл, в среднем - 50 мл.

Продолжительность нормальной менструации от 2 до 7 дней.

- Начиная с периода детства, девочку приучают к применению соответствующих гигиенических навыков (ежедневный туалет половых органов, смена нижнего белья). Мамы, работники службы организации семьи и социального патронажа, акушерки и медсестры ГСВ должны учить девочек гигиеническим навыкам, особенно в период менструации: умение пользоваться прокладками, ограничение физической нагрузки, запрет плавания в бассейне, ограничение применения кофе и крепкого чая.

Появление менструаций предполагает обязательный контроль за циклом, умение пользоваться менструальным календарем, а в случае нарушения менструального цикла – своевременное обращение к врачу-гинекологу для выяснения причин этих нарушений.

Регулярность менструаций, умеренная потеря крови, отсутствие болезненности, а также выраженные реакции со стороны молочных желез в виде их нагрубания говорит о физиологичности менструального цикла.

Нарушение ритма месячных, выражаемое в виде резкого укорочения, удлинения или нерегулярности менструаций и их значительной болезненности, а также отсутствие месячных относится к патологии менструального цикла и подлежит обязательной коррекции его.

В подростковый период на становление менструальной функции влияют многие факторы:

- генетическая предрасположенность;
- патологические роды у матери;

- перенесенные или имеющиеся в настоящее время вирусно-бактериальные инфекции;
- стрессы;
- нарушение питания;
- эндокринопатии (тиреогенные, гипофизарные, надпочечниковые и т.д.);
- заболевания крови;
- гиповитаминозы;
- аллергические заболевания;
- заболевания печени.

В силу вышеуказанных причин становление репродуктивной функции может быть нарушено, что приводит к патологии менструального цикла, которое реализуется дисфункциональными маточными кровотечениями или отсутствием месячных (аменореей).

Различают следующие формы нарушений менструальной функции:

- Аменорея – отсутствие менструаций более 6 месяцев.
- Редкие менструации – до 1-2 раз в год.
- Частые менструации – чаще, чем через 21 день.
- Обильные менструации – более 3 подкладок в день.
- Короткие менструации – от нескольких часов до 1 дня.
- Длительные менструации – 7-8 дней.
- Болезненные менструации.

1.3. Дисфункциональные маточные кровотечения

Ювенильные (пубертатные) маточные кровотечения

возникают у девушек в периоде полового созревания и являются одним из наиболее частых гинекологических заболеваний в этом возрасте. В основе ювенильного кровотечения лежит, как правило, атрезия множества фолликулов в стадии доовуляторной зрелости, вследствие острых и хронических инфекционных заболеваний, неправильного питания (авитаминозы), психоэмоциональных перегрузок («болезнь отличниц»). Ювенильные кровотечения длительные (более 7 дней), обильные, приводящие к малокровию (анемии). Наиболее типичны кровотечения после задержки очередной менструации на 1,5-6 месяцев, но они могут наступать и через 14-16 дней после начала предыдущих кровянистых выделений. Для остановки кровотечения используют гормональные препараты («таблетки от беременности»), в тяжелых случаях требуется выскабливание полости матки.

С целью профилактики ювенильных кровотечений необходимо обследование у детского гинеколога, педиатра, эндокринолога, инфекциониста.

Первая помощь при ювенильном маточном кровотечении – наряду с мероприятиями по организации госпитализации:

1. Холод на низ живота.
2. Викасол 1-2 таблетки.
3. Окситоцин 1,0 в/м.
4. В случае падения АД - обеспечить внутривенную инфузию физиологического раствора.

Маточные кровотечения репродуктивного возраста чаще бывают ановуляторными на фоне персистенции фолликула и характеризуются началом обиль-

ного, безболезненного кровотечения после значительной задержки очередных месячных. Причины кровотечений у женщин в возрасте 18-45 лет самые разнообразные: аборт, эндокринные заболевания, эмоциональные и психические стрессы, опухоли матки (фибромиомы), опухоли яичников, воспалительные заболевания слизистой оболочки матки, различные интоксикации. Источником кровотечения является измененный внутренний слой (слизистой оболочки) матки, распадающиеся опухоли. Кровотечения могут быть различной интенсивности (мажущие выделения, обильные кровянистые выделения) и продолжительности. Если кровотечение связано с абортом или распадом опухоли, то оно, как правило, сопровождается схваткообразными болями внизу живота.

Следует немедленно госпитализировать женщину!

Самолечение недопустимо!

Маточные кровотечения в перименопаузальном периоде. У женщин в возрасте 45-55 лет маточные кровотечения являются наиболее частой гинекологической патологией. Традиционно эти кровотечения называют климактерическими.

Причина кровотечений обусловлена нарушением выработки половых гормонов. Климактерические кровотечения необходимо отличать от кровотечений, обусловленных раком матки, полипами слизистой оболочки матки, гормонально-активными опухолями яичников, которые нередко встречаются у женщин этого возраста.

При появлении кровотечения женщине необходимо обратиться к гинекологу.

В течение длительного времени некорректируемые кровотечения при гиперплазии эндометрия приводят к развитию и прогрессированию хронической железодефицитной анемии и увеличивает риск развития аденокарциномы эндометрия.

Самолечение недопустимо!

1.4. Заболевания молочной железы

Молочная железа состоит из железистой ткани, расположенной дольками в окружении жировой ткани. Форма и величина молочной железы определяется строением мышц и связок, количеством жировой ткани и состоянием кожи. Обычно одна железа больше другой. При заболеваниях молочной железы возникают боль, болезненность при надавливании, изменение формы или общего вида, включая покрывающую железу кожу, бывает уплотнение в обычно мягкой ткани железы.

В настоящее время известно несколько факторов, увеличивающих риск по раку молочной железы.

В группу риска по раку молочной железы входят:

- нерожавшие женщины или женщины, родившие первого ребенка в позднем возрасте;
- женщины с избыточной массой тела;
- женщины, близкие родственницы которых имели аналогичное заболевание.

Женщине, входящей в одну из групп риска, необходима консультация врача.

Каждая взрослая женщина должна сделать самообследование молочных желез частью своего жизненного распорядка. Это позволит хорошо узнать форму молочной железы и настолько почувствовать ее, что можно будет быстро заметить любые изменения.

Приведенные ниже рекомендации выполняют 1 раз в месяц, лучше в конце каждой менструации.

Встать перед зеркалом, опустив руки вдоль тела, и осмотреть молочные железы и соски спереди и с боков, обращая внимание на любые изменения их формы и состояния кожи.

Поднять руки и снова внимательно осмотреть молочные железы и соски.

Поднять левую руку и прощупать всю молочную железу прямыми пальцами правой руки.

Точно так же, но левой рукой, ощупать правую молочную железу, подняв правую руку.

Лечь на спину, положив под левое плечо подушку и закинув левую руку за голову. Прямыми пальцами правой руки ощупать всю левую молочную железу от периферии к соску.

Проверить область между молочной железой и подмышечной впадиной и саму подмышечную впадину, сначала подняв руку вверх, затем вытянув ее вдоль тела.

Осторожно сдавить сосок, чтобы проверить, нет ли из него выделений. Повторить манипуляцию с правой молочной железой.

Надо обратиться к врачу, если женщина заметит один из следующих симптомов во время самообследования:

- уплотнение в молочной железе или в подмышечной впадине,
- изменение формы молочной железы,
- выделения из соска,
- втягивание соска,
- любое изменение кожи груди, например сморщивание или складчатость.

1.5. Планирование беременности (консультация подростков), необходимость генетического консультирования и обследования на инфекции

Семейное планирование может помочь супружеским парам в определении времени для рождения ребенка. Оно может также помочь выдержать необходимый интервал между наступлениями беременности и позволит им иметь именно столько детей, сколько они пожелают!

Применение противозачаточных средств может оказаться существенным для спасения жизни детей как непосредственным, так и косвенным образом, так как:

- позволяет очень молодым женщинам (менее 20 лет), у которых дети будут иметь крайне низкий шанс выжить, отложить рождение ребенка (подростки);
- позволяет женщинам старшего возраста и много-рожавшим, дети которых более предрасположены к тяжелым заболеваниям, воздержаться от рождения ребенка;

- помогает увеличить интервалы между рожденьями детей, что благоприятным образом сказывается на показателях детской смертности;
- уменьшает материнскую смертность;
- изменяют обстановку, в которой супружеские пары принимают решение о размерах будущей семьи.

Не менее важен тот факт, что планирование семьи является дешевым и эффективным средством понижения детской смертности.

Женщины в странах с высокой детской смертностью, как правило, рано выходят замуж. Замужество означает начало репродуктивного периода, который обычно продолжается без должного волевого контроля и прерывается только наступлением менопаузы.

Генетическое консультирование следует рекомендовать на этапе планирования беременности или до 12 недель беременности. Также специалист СОС и СП, акушерка и медсестра ГСВ должны знать, что наиболее опасными инфекциями для будущего ребенка являются: ЦМВ, ВПГ (I и II тип), краснуха, сифилис. Необходимо обследование на наличие этих инфекций.

Рекомендуемые интервалы между рожденьями детей

Соблюдение более длительных интервалов между родами позволяет увеличивать как шансы ребенка на выживание, так и сохранить здоровье матери (больше 2-х лет, не более 10 лет).

- Ребенок, появившийся на свет менее чем через два года после рождения своего предшественника, в 2-2,5 раза больше рискует умереть еще в младенчестве, чем

ребенок, который появился на свет спустя продолжительный отрезок времени после окончания предыдущей беременности.

- Существует большая вероятность того, что младенец, зачатый вскоре после рождения предыдущего ребенка, окажется недоношенным и, следовательно, имеет больше шансов умереть в младенческом и детском возрасте.

Старший ребенок также подвергается риску:

- если мать вскоре после родов снова беременеет, степень риска для старшего ребенка увеличивается на 63%. Небольшие интервалы между родами приводят к тому, что старший ребенок начинает испытывать чувство ревности к новорожденному и оспаривать у него право на материнскую ласку и внимание, на пищу и другие ресурсы. Скорее всего, он будет пользоваться меньшим вниманием со стороны матери и будет раньше отнят от груди.

Другими словами, показатель детской выживаемости в огромной степени зависит от длительности интервала между родами.

Наиболее оптимальный интергенетический интервал – от 2-х, но не более 10 лет.

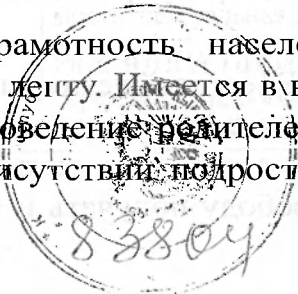
1.6. Гигиена подростков

Сексуальное и репродуктивное поведение подростков в современных условиях отличается целым рядом особенностей и новых тенденций:

- несколько раннее вступление (в среднем в 16 лет) юношей и девушек в половые отношения;
- приемлемость для значительной части молодежи (50%) добрачных сексуальных связей и сожительства;
- возрастание интереса общества ко всем видам эротики;
- нарастание дистанции между сексуальным поведением молодежи и установками предшествующих поколений;
- разрыв в степени либерализации полового поведения подростков в регионах с различающейся этнической характеристикой;
- ослабление двойного стандарта в отношении мужчины и женщины;
- возрастание значения сексуального удовлетворения для стабильности брака;
- обращение к опыту других цивилизаций и культур.

Перечисленные тенденции протекают, реализуются в своеобразных обстоятельствах, выражающихся в виде социально-экономического кризиса; сокращения «территории детства»; диссоциации между физическими и психологическими проявлениями акселерации; неустоявшейся системы полового воспитания; неформальной законодательной базы; нарастания судебно-медицинских и подростковых проблем; накопления опыта работы с подростками.

Педагогическая безграмотность населения также вносит свою печальную лепту. Имеется в виду провоцирующее, инцестное поведение родителей (двусмысленные разговоры в присутствии подростка, переде-



вание, совместное купание и т.п.). Медики и педагоги сталкиваются и с прямо противоположным стилем поведения родителей: излишняя сдержанность, эмоциональная холодность, высказывание суждений о греховности, распутности, бесстыдстве интимной близости. Иногда оба эти стиля поведения сочетаются, особенно когда воспитанием занимается только одна мать. Она либо воспитывает мужененавистницу (из девочки), либо женоподобного мужчину (из сына), поскольку в этих условиях он идентифицирует себя с матерью.

Произошло осознание того факта, что сексуальность имеет непреходящую ценность для каждого человека в течение всей его жизни вне зависимости от пола, возраста, национальности, социального положения, состояния здоровья и др. Если это положение почти бесспорно в отношении взрослых людей, то с детьми и подростками ясности нет.

Степень информированности девушек

Взрослые (родители, педагоги) должны признать за подростками право на самостоятельное принятие решений относительно своей половой активности. В соответствии с «Конвенцией о правах ребенка» подростки имеют право на получение адекватной информации и квалифицированной медико-консультативной помощи по вопросам профилактики «случайной» беременности, контрацепции, предупреждения венерических заболеваний.

Статья 26 Всеобщей декларации прав человека гласит, что «каждый имеет право на образование». Европейская конвенция по правам человека (ст.10.1) также защищает «право на свободу получать и передавать информацию

и идеи без вмешательства со стороны государственной власти, невзирая на существующие границы». Мы обязаны включать наших подростков в данное правовое пространство, предоставляя им право выбора.

Половое воспитание – система педагогических мер, направленных на формирование у детей, подростков, молодежи разумного, здорового отношения к вопросам пола, половой морали и половой жизни. Основная идея полового воспитания состоит в подготовке юного поколения к «взрослой» жизни. Интимная жизнь не исчерпывается деторождением, однако, продолжение рода составляет ее глубинную суть. Воспитание должно укрепить родительский инстинкт. В ходе полового воспитания и помимо его подростки должны осознать, что рождение детей – благое дело, но не во всяком возрасте и не во всякое время.

Сравнение положительных и отрицательных аспектов начала половой жизни

Позитивные стороны	Негативные стороны
Любовное переживание, благотворно воздействующее на психику	Нейтральные или неприятные ощущения; фиксация и распространение неудачного дебюта на последующие связи
Сопричастность миру взрослых	Срыв психической деятельности; дезадаптация; декомпенсация хронических заболеваний
Снятие ощущения полового преступления	Напряжение быстро возобновляется, усиливается
Доставление радости партнеру	Несовпадение диапазона приемлемости; сексуальная эксплуатация
Возможность быть «как все»	Риск ЗППП/СПИДа и случайной беременности, особенно при неразборчивых связях и смене партнеров

Выявление своих психических и физических возможностей, появление уверенности в себе	Срыв психической деятельности; дезадаптация; декомпенсация хронических заболеваний
Функциональное созревание женской половой системы, нормализация менструальной функции	Механическая травма; воздействие на биоценоз влагалища; воспаление половых органов; нарушение менструального цикла

Перечисленные в таблице плюсы и минусы начала половой жизни, соотнесенные с собственной ситуацией, дают возможность родителям и самому подростку сориентироваться и выбрать правильное решение. Несмотря на характерное для этого возраста стремление к независимости, эмансипации и юноши, и девушки охотно передают право принятия решения взрослым: родителям, старшему другу, воспитателю, врачу, психологу, социальному работнику.

Целомудренность. В сравнительной таблице не указано такое событие, как потеря девственности. Во многих странах возник интерес к сохранению непорочности до брака. Интерес объясним, в частности, ситуацией с распространением СПИДа.

Вопрос о «нетронутости» возникает также в связи с широким использованием влагалищных тампонов. Подростковые гинекологи хорошо знают, что у девочек старше 13 лет гименальное отверстие (диаметром более 15 мм) податливо, растяжимо и это позволяет производить в случае необходимости бимануальное влагалищно-брюшностеночное исследование одним пальцем и даже выполнять без общего обезболивания диагностическую манипуляцию, называемую вагиноскопией. В дни месячных гименальное отверстие становится еще больше и растяжимее, чем в остальные дни цикла.

Сроков начала применения тампонов не существует. Иногда даже 12-летние девочки самостоятельно решают применять тампоны. Средний возраст начала пользования тампонами 14-16 лет.

Во многих странах девственности придается преувеличенное символическое значение. Состояние девственности ошибочно ставится в зависимость от целостности или утраты девственной плевы. Применение менструальных тампонов не имеет никакого отношения к утрате девственности. Тот факт, что девушка вводит тампон, равно как и вагинальные лекарственные шарики или палочки, вовсе не означает, что вследствие этой манипуляции она «потеряла невинность». Об этом подходе должны быть осведомлены не только сами девушки, но и ее родители, будущий муж, третьи лица. Редкие случаи нарушения целостности девственной плевы, происходящие во время диагностических или лечебных врачебных манипуляций, завершаются восстановлением целостности хирургическим путем (немедленно или отсрочено) или выдачей медицинской справки, констатирующей произошедшее.

Во избежание досадного непонимания следует придерживаться единой терминологии:

- **физическая или анатомическая девственность** – состояние, характеризующееся целостью девственной плевы;
- **психологическая девственность или половая неприкосновенность** – отсутствие половой близости независимо от состояния девственной плевы;
- **девство** – нерастленность тела, ума и сердца; лишившись девственности, человек вступает в новые отношения с миром;

- **целомудрие в узком смысле** – половая стыдливость и чистота помыслов;
- **целомудренность** – стремление к сохранению и обретению все большей меры непорочности, нравственной чистоты, внутреннего единства сил души, совестливость, стыдливость.

Различают понятие физической (анатомической) девственности и психологической целомудренности. Часто регистрируемое сохранение гимена после изнасилования рассматривается как пример сохранения физической девственности. Использование тампонов не приводит к утрате ни одного из видов девственности.

Есть смысл в соблюдении невинности в раннем детстве ради сохранения душевного строя (готовность любить), чтобы иметь время для созревания организма. Кроме того, сохраняя анатомическую целостность половых органов (гимена), женщина не нарушает биоценоз, не рискует получить заболевание, передающееся половым путем, уменьшает риск возникновения онкологических заболеваний, а также сводит к минимуму опасность наступления нежеланной беременности и риска бесплодия в дальнейшем.

Мотивация начала половой жизни

Правил, регламентирующих сроки начала половой жизни, не существует. Бытуют неписанные правила, обусловленные уровнем нравственности, состоянием экономики, этническими и религиозными установлениями. Крайне существенен субъективный фактор. По данным анкетирования, в 70% случаев основанием для начала ранней половой жизни послужила любовь. Взрослые

должны с уважением отнестись к этому чувству, хотя по собственному опыту и исходя из житейской мудрости они понимают, что первая любовь мимолетна.

Другие мотивы:

- продолжение рода (в 21% случаев девушка сознательно осуществляет свое желание обзавестись ребенком);
- стремление утвердиться в собственной значимости – 37%;
- психологическая, физическая или материальная зависимость от партнера при неумении отказать в близости не обижая (этому положено обучать) – более 20%;
- подражание подругам, которые уже приобщились к таинствам интимной жизни – 8%;
- удовлетворение любопытства – 18%.

Реже встречаются другие мотивы, например, «беременность с лечебной целью», традиции, «из местности».

Перечисленные мотивы переплетаются, смешиваются с конкретными поводами и обстоятельствами. Первая близость чаще всего происходит в неподходящей, неромантической обстановке: в подвале, на даче, в автомобиле, в компаниях, дома в соседстве с родителями и нередко без предварительной подготовки, в состоянии опьянения (40%), с элементами насилия и т.п.

1.7. Диагностика беременности

Диагноз беременности является несомненным, если при обследовании определяют части плода, сердцебиение и шевеление плода, при ультразвуковом исследовании - плодное яйцо. Эти достоверные признаки беременности появляются не в начале ее, а в более поздние

сроки (V-VI месяц). В ранние сроки диагноз беременности устанавливают на основании предположительных и вероятных признаков.

Предположительные (сомнительные) признаки беременности

К предположительным признакам относят проявления общих изменений, связанных с беременностью:

- перемены в аппетите (отвращение к мясу, рыбе и др.), прихоти (тяготение к острым блюдам, к необычным веществам – мелу, глине и др.), тошнота, рвота по утрам;
- изменение обонятельных ощущений (отвращение к духам, табачному дыму и др.);
- изменения со стороны нервной системы: раздражительность, сонливость, неустойчивость настроения и др.;
- пигментация кожи на лице, по белой линии живота, сосков и околососковых кружков.

Вероятные признаки беременности

К данной группе признаков относят изменения менструальной функции и изменения в половых органах:

- прекращение менструации;
- появление молозива из открывающихся на соске молочных ходов при надавливании на молочные железы;
- синюшность (цианоз) слизистой оболочки влагалища и шейки матки;
- изменение величины, формы и консистенции матки;

- лабораторные исследования (определение хорионического гормона в моче и крови) – специалист СОС и СП, акушерка и медсестра ГСВ должны знать, как интерпретировать тест на беременность.

Достоверные признаки

- Определение частей плода при пальпации живота женщины.
- Определение движений плода во время пальпации.
- Выслушивание сердечных тонов плода. Диагноз беременности подтверждается при выслушивании сердечных тонов плода, частота которых 120/140 в мин.

Определение срока беременности и даты родов

Определение срока беременности производят на основании анамнестических данных (задержка менструации, дата первого шевеления плода), по данным объективного обследования (величина матки, размеры плода) и по данным дополнительных методов исследования (УЗИ).

Срок беременности и дату родов определяют:

- ***По дате последней менструации.*** От первого дня последней менструации отсчитывают количество дней (недель) на момент обследования беременной. Для определения даты родов к первому дню последней менструации прибавляют 280 дней (10 лунных месяцев) или используют формулу Негеле: *от даты начала последней менструации отнимают 3 месяца и прибавляют 7 дней.* Данный метод не может быть использован у женщин с нерегулярным менструальным циклом.

- **По овуляции.** Если в силу тех или иных обстоятельств женщина может назвать дату предполагаемого зачатия (редкие половые контакты, операция экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), инсеминация спермой донора), то срок беременности отсчитывают от даты зачатия, *предварительно прибавив 2 недели*, а дату родов определяют, отсчитав от даты предполагаемой овуляции 38 недель или используя следующую формулу: *от даты овуляции отнимают 3 месяца 7 дней*.
- **По первому шевелению.** Определение срока беременности по дате первого шевеления плода возможно во второй ее половине. В среднем первородящие женщины ощущают шевеление плода, начиная с 20 недель, а повторнородящие – с 18 недель беременности.

Для распознавания срока беременности известное значение имеет правильное измерение высоты стояния дна матки над лоном и объема живота. Измерение высоты стояния дна матки над лоном производят сантиметровой лентой или тазомером, при этом женщина лежит на спине, ноги выпрямлены, мочевого пузыря опорожнен перед исследованием. Измеряют расстояние между верхним краем симфиза и наиболее выдающейся точкой дна матки. Во второй половине беременности производят измерение окружности живота сантиметровой лентой, которую спереди накладывают на уровень пупка, сзади – на середину поясничной области.

Величина матки и высота стояния ее дна в различные сроки беременности

Срок беременности, недели	Признаки
4	Матка величиной с куриное яйцо.
8	Матка величиной с гусиное яйцо.
12	Матка величиной с мужской кулак, дно у верхнего края лона.
16	Дно матки на середине расстояния между лоном и пупком (на 6 см выше лона).
20	Матка вытягивает живот, дно ее на расстоянии 11-12 см над лоном, появляются движения плода, выслушивается сердцебиение.
24	Дно матки на уровне пупка, 22-24 см над лоном.
28	Дно матки на 4 см выше пупка, 25-28 см над лоном.
32	Дно матки на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком, 30-32 см над лоном, окружность живота на уровне пупка 80-85 см, пупок несколько сглажен, прямой размер головки 9-10 см.
36	Дно матки у реберных дуг, на уровне мечевидного отростка, окружность живота 90 см, пупок сглажен, прямой размер головки 10-12 см.
40	Дно матки опускается на середину между пупком и мечевидным отростком, 32 см над лоном, окружность живота 96-98 см, пупок выпячен, прямой размер головки 11-12 см. У первородящих головка прижата ко входу в малый таз, у повторнородящих – подвижная.

1.8. Наблюдение беременных.

Принципы диспансеризации беременных

Основными *задачами* специалиста службы организации семьи и социального патронажа, акушерки и медсестры ГСВ являются:

- Наблюдение за течением беременности. От качества амбулаторного наблюдения во многом зависит исход беременности и родов.

- Осуществление контроля за своевременным (в течение 12-14 дней) обследованием беременной. В результате обследования определяют возможность вынашивания беременности и степень риска, а также вырабатывают план ведения беременности с учетом определения сроков необходимой госпитализации.
- Осуществление профилактических осмотров женского населения.
- Обеспечение *преемственности* в обследовании и лечении беременных, родильниц и гинекологических больных между Центрами семейной медицины и родильным домом, другими лечебно-профилактическими учреждениями (консультация “Семья и брак”, консультативно-диагностические центры, медико-генетические консультации).
- Организационная работа по обеспечению раннего охвата беременных врачебным наблюдением. Женщина должна быть взята на учет при сроке беременности до 12 недель.
- Консультирование по вопросам контрацепции для предупреждения непланируемой беременности.
- Повышение уровня информированности о возможности получения квалифицированной медицинской помощи.
- Обучение навыкам первичной медицинской помощи и самопомощи.
- Специалисту СОС и СП, акушерке и медсестре ГСВ необходимо владеть информацией, содержащейся в карте беременной для домашнего хранения. Знание репродуктивного анамнеза беременной, особенностей социального статуса и этнического характера позволит специ-

алисту СОС и СП, акушерке и медсестре ГСВ своевременно выявлять среди проживающих группы высокого риска реализаций различных осложнений беременности, акцентировать на них внимание и согласовать свои дальнейшие действия с врачом.

Группы риска

1. Угроза кровотечения.

К этой группе риска относят беременных, имеющих в анамнезе акушерские кровотечения, заболевания крови в анамнезе и при данной беременности (анемия, болезнь Верльгофа), многоплодие, многоводие, а также многорожавших, беременных с предлежанием плаценты и с гипертензивными нарушениями беременности.

2. Угроза развития гипертензивных нарушений беременности.

К этой группе риска относятся беременные с заболеванием сердца, хронической гипертензией и гипотонией, почечной и печеночной патологией, эндокринными заболеваниями, мигренями, арахноидитом, в прошлом имевшие тяжелую преэклампсию и т.д.

3. Беременные с экстрагенитальной патологией.

При выявлении соматической патологии беременная должна быть обследована узкими специалистами, после чего должна быть определена стратегия ее ведения в ГСВ, решены вопросы о возможности пролонгирования беременности, лечении, методах родоразрешения, возможных осложнениях и предполагаемые сроки госпитализации.

4. *Беременные с угрозой на оперативное родоразрешение.*

К этой группе относятся беременные с рубцом на матке, неправильным положением плода к концу беременности, с крупным и гигантским плодом, узким тазом, с длительным бесплодием в анамнезе.

5. *С угрозой на септические осложнения.*

Беременные, имеющие генитальные и экстрагенитальные очаги инфекции и явления иммунодефицита, входят в эту группу риска. Задача специалиста СОС и СП, акушерки и медсестры ГСВ помочь семейному врачу - выявить эту группу риска, провести санацию вне беременности, при невозможности – во время беременности, с учетом тератогенности лекарственных средств.

6. *Группа риска по перинатальной патологии.*

В эту группу входят беременные, имеющие в анамнезе перинатальные потери, уродства плода, а также беременные с экстрагенитальными инфекционными очагами, с риском внутриутробного инфицирования плода.

7. *Группа риска по невынашиванию беременности.*

К этой группе относят беременных, имеющих в анамнезе выкидыши, преждевременные роды, неразвившуюся беременность, урогенитальную инфекцию, токсоплазмоз, бруцеллез, гипертензивные нарушения беременности, аномалии развития матки (седловидная, двурогая, две матки) и т.д.

8. *В группы риска по тромбоэмболическим осложнениям* могут быть отнесены беременные с гипертензивными нарушениями беременности, с послеродовыми септичес-

кими заболеваниями, с тромбозами нижних конечностей, антифосфолипидным синдромом. Выделение этой группы риска, своевременное выявление осложнений беременности и госпитализация позволят на амбулаторном уровне уменьшить вероятность осложнения.

Наличие у беременных 2 и более групп риска позволяет отнести их к группе с высокой степенью вероятности материнской смертности.

- Осуществление дородового и послеродового патронажа. **Дородовый патронаж** осуществляет специалист службы организации семьи и социального патронажа в обязательном порядке дважды: при взятии на учет и перед родами и, кроме того, проводится по мере необходимости (для вызова беременной к врачу, проведения различных бесед, контроля назначенного лечения и т.п.). **Послеродовой патронаж**. В течение первых 3 суток после выписки из родильного дома женщину посещает врач ГСВ совместно со специалистом службы организации семьи и социального патронажа.
- Проведение санитарно-просветительных и профилактических мероприятий, направленных на предупреждение осложнений беременности, послеродового периода, предупреждение гинекологических заболеваний. **Санитарно-просветительную работу** проводят специалисты службы организации семьи и социального патронажа по плану. Основные формы этой работы: индивидуальные и групповые беседы, лекции, ответы на вопросы с использованием аудио- и видеокассет, радио, кино, телевидения. Очень важно ориентировать женщину на грудное вскармливание, обучить принципам самоконтроля (измерение температуры тела, оценка характера лохий, состояние молочных желез).

- Оказание женщинам социально-правовой помощи в соответствии с законодательством об охране здоровья матери и ребенка. Специалист СОС и СП, акушерка и медсестра ГСВ вместе с врачами ГСВ выявляют женщин, нуждающихся в правовой защите, читают лекции, проводят беседы по основам законодательства КР о браке и семье, льготам трудового законодательства для женщин.
 - Внедрение передовых форм и методов социальной помощи.
 - Своевременная госпитализация беременной женщины или роженицы. При возникновении показаний экстренная или плановая госпитализация беременной является главной задачей специалиста службы организации семьи и социального патронажа, так же по необходимости оказание первой медицинской помощи.
 - Необходимо провести с женщиной беседу о вреде самолечения.
 - Помочь женщине и членам ее семьи своевременно распознать признаки болезни у новорожденного и информировать их о возможности получения медицинской помощи (адрес ближайшего медицинского учреждения, маршрут и т.д.).
- **Специалист СОС и СП, акушерка и медсестра ГСВ должны знать, что беременная нуждается в госпитализации при следующих осложнениях беременности:**
- угрозе прерывания беременности в сроке до 37 недель;
 - выявлении острого инфекционного заболевания;

- декомпенсации какого-либо органа (почки, печень, сердце и т.д.);
- тяжелом течении рвоты беременных;
- гипертензивных нарушениях беременности;
- отставании в развитии внутриутробного плода от гестационного срока;
- неразвивающейся беременности;
- кровотечении из половых путей любой интенсивности;
- резус-конфликтной беременности, нарастании титра антител в процессе беременности;
- подтекании околоплодных вод в любом сроке;
- появлении боли в области рубца на матке в любом сроке беременности;
- диагностике предлежания плаценты (по УЗИ) в сроке более 24-26 недель;
- значительном снижении гемоглобина за короткий промежуток времени (например, – на 15-20 г/л за 20-30 дней);
- перенашивании беременности (более 42 недель);
- неправильных положениях плода при доношенной беременности.

Специалист СОС и СП, акушерка и медсестра ГСВ должны знать о необходимом количестве посещений беременной женщиной акушера-гинеколога и обязательном скрининге, так как эти исходные данные должны фигурировать в карте беременной для домашнего хранения, и специалист службы СОС и СП,

акушерка или медсестра ГСВ могут контролировать посещение врача и его назначения.

Календарь наблюдения беременных

I посещение – в сроке 11 недель

Обследование:

- сбор анамнеза;
- росто-весовые показатели;
- измерение АД;
- наружное и внутреннее акушерское обследование;
- определение срока беременности;
- определение группы риска;
- пальпаторное исследование щитовидной железы.

Лабораторно-инструментальные исследования

Обязательные:

- RW;
- общий анализ крови и мочи;
- мазок на флору, скрининг мазка;
- УГИ;
- УЗИ (по возможности).

По показаниям:

- группа крови и резус-фактор (при отсутствии документального подтверждения);
- ВИЧ (по клиническим и эпид. показаниям – эти показания могут быть определены специалистом СОС и СП, акушеркой и медсестрой ГСВ);

- УЗИ щитовидной железы (по показаниям).

Лечебные мероприятия:

- фолиевая кислота 1 мг ежедневно в течение первого триместра;
- калия йодид-200 1 таблетка в день в течение всей беременности и лактации (специалист СОС и СП, акушерка и медсестра ГСВ должны контролировать прием этих препаратов).

II посещение – в сроке 18-20 недель

Обследование:

- наружное акушерское обследование;
- измерение веса;
- измерение АД.

Инструментальное исследование:

- скрининговое УЗИ матки и плода.

III посещение - в сроке 20-30 недель

Обследование:

- наружное акушерское обследование;
- измерение веса;
- измерение АД.

Лабораторно-инструментальные исследования:

- общий анализ мочи;
- УЗИ матки и плода;
- скрининговое УЗИ матки и плода;

- сахар крови натощак (для исключения гестационного диабета).

IV посещение – в сроке 30-32 недель

Обследование:

- оформление родового отпуска;
- наружное акушерское обследование;
- измерение веса;
- измерение АД.

Лабораторно-инструментальные исследования:

- общий анализ мочи;
- RW;
- общий анализ крови.

V посещение – в сроке 36 недель

Обследование:

- наружное акушерское обследование;
- установление положения плода;
- росто-весовые показатели;
- измерение АД.

Лабораторное исследование

- мазок на флору.

Физиопсихопрофилактическая подготовка к родам 100% беременных. Занятия в “Школе матерей”.

Список рекомендуемых занятий

Занятие 1.

Жизнь до рождения

1. Краткие сведения о строении и функционировании половой системы.
2. Женские и мужские половые клетки.
3. Зарождение новой жизни.
4. Факторы риска беременности.
5. Медицинское наблюдение за развитием беременности.

Занятие 2.

Гигиенические правила в период беременности

1. Изменение стиля жизни.
2. Питание как важный фактор для правильного развития беременности.
3. Личная гигиена.
4. Гигиеническая гимнастика.
5. Психо-эмоциональная эволюция женщины во время беременности.

Занятие 3.

Подготовка к «родам без страха»

1. Календарные сроки наступления родов.
2. Предвестники родов.
3. Подготовка к поступлению в родильный дом.

4. Периоды родов и их продолжительность.
 5. Управление родами.
 6. Рождение ребенка и первые часы после родов.
 7. Лечебная гимнастика в послеродовом периоде.
 8. Информация о помощи юристконсульта по защите прав материнства.
- 100 % охват мужей беременных женщин занятиями в “Школе отцов”.
 - Профилактика гнойно-септических осложнений, включающая обязательно урологическую и ЛОР-санацию.

1.9. Анамнез

Анамнез помогает специалисту службы организации семьи и социального патронажа, акушерке и медсестре ГСВ выяснить условия жизни, влияние перенесенных общесоматических и инфекционных заболеваний (рахит, ревматизм, скарлатина, дифтерия, вирусный гепатит, тифы, туберкулез, пневмония, болезни сердца, почек), заболеваний половых органов (воспалительные процессы, бесплодие, нарушение менструальной функции, операции на матке, трубах, яичниках), предыдущих беременностей и родов на развитие настоящей беременности.

Семейный анамнез дает представление о состоянии здоровья членов семьи, проживающих вместе с беременной (туберкулез, алкоголизм, венерические заболевания, злоупотребление курением), и наследственности (многоплодные беременности, сахарный диабет, онкологические заболевания, туберкулез, алкоголизм).

Необходимо получить сведения о перенесенных женщиной заболеваниях, особенно о краснухе, хроническом тонзиллите, болезнях почек, легких, печени, сердечно-сосудистой системы, эндокринной патологии, повышенной кровоточивости, операциях, переливаниях крови, аллергических реакциях и др.

Акушерско-гинекологический анамнез должен включать сведения об особенностях менструальной и генеративной функций, в том числе о количестве беременностей, интервалах между ними, многоводии, многоплодии, продолжительности, течении и их исходе, осложнениях в родах, после родов и аборт, массе новорожденного, развитии и здоровье имеющихся в семье детей, использовании контрацептивных средств. Необходимо уточнить возраст и состояние здоровья мужа, его группу крови и резус-принадлежность, а также наличие профессиональных вредностей и вредных привычек у супругов.

1.10. Анатомические и физиологические изменения у беременных

Во время беременности в организме женщины происходят разнообразные физиологические и анатомические изменения, которые необходимы для удовлетворения потребностей развивающегося плода, подготовки организма матери к родам и кормления грудью.

В первые недели беременности появляются изменения вкуса и обоняния, тошнота, слюнотечение, запоры, склонность к головокружению. На коже лица, сосков, передней брюшной стенки, наружных половых органов и внутренней поверхности бедер появляются темные пигментные пятна.

Брюшная стенка с увеличением беременной матки растягивается, на коже передней брюшной стенки, молочных желез, бедер могут появляться рубцы беременности. После родов они становятся белыми и блестящими.

Увеличение *массы тела* во время беременности, особенно во второй половине, связано с ростом плода, матки, увеличением количества околоплодных вод, объема циркулирующей крови, изменением обмена веществ и некоторым увеличением молочных желез. Суточный прирост массы тела, начиная с 32 недель, составляет 50 г, в неделю – 300-350 г (индивидуальные колебания от 250 до 400 г). В среднем в течение беременности женщина прибавляет 9-12 кг.

Изменения, происходящие в матке

В течение всей беременности матка увеличивается, занимая в конце всю брюшную полость.

Длина небеременной матки – 7-8 см, к концу беременности 37-38 см, ширина увеличивается с 4-5 до 25-26 см, передне-задний размер - до 24 см, объем полости матки возрастает к концу беременности в 500 раз.

Наружные половые органы во время беременности становятся рыхлыми, слизистая оболочка влагалища – синюшной.

Мочевая система функционирует с большим напряжением. В первые месяцы беременности может отмечаться учащение позывов к мочеиспусканию, что объясняется давлением беременной матки на мочевой пузырь. В конце беременности головка плода, прижимаясь

его входу в малый таз, оказывает давление на мочевой пузырь.

Со стороны *желудочно-кишечного тракта* отмечается снижение тонуса нижнего отдела кишечника, что приводит к запорам и появлению геморроя.

Сердечно-сосудистая система. При беременности на сердечно-сосудистую систему возлагается дополнительная нагрузка. Это связано с увеличением объема циркулирующей крови, возникновением нового плацентарного круга кровообращения. Объем циркулирующей крови увеличивается почти на 50%, количество эритроцитов увеличивается на 18%. При нормально протекающей беременности АД остается нормальным, составляет 120/80 мм рт.ст., во втором триместре беременности отмечается некоторое снижение артериального давления, что связано с расширением сосудов микроциркуляторного русла. В связи с увеличением объема жидкой части крови (плазмы), происходит снижение количества гемоглобина, увеличение СОЭ (до 50-70 мм/ч). Указанные изменения нормальны для беременной женщины.

Дыхательная система. При увеличении матки органы брюшной полости постепенно смещаются и вертикальные размеры грудной клетки уменьшаются, но увеличивается ее окружность. Усиливаются движения диафрагмы, что несколько затрудняет вентиляцию легких. К концу беременности учащается дыхание, увеличивается дыхательный объем.

1.11. Общие сведения о развитии плода

Во внутриутробном развитии человека условно различают два периода: зародышевый (эмбриональный) и плодовый (фетальный).

Эмбриональный период продолжается от момента оплодотворения до конца 2-го месяца беременности. В этот период образуются зачатки всех важнейших органов и систем (нервная, кровеносная, сердечно-сосудистая, пищеварительная, выделительная, эндокринная и т.д.), происходит формирование головы, туловища, зачатков конечностей. Зародыш приобретает характерные для человека черты. В этот период развитие идет очень интенсивно, в то же время механизмы защиты еще не сформированы, поэтому зародыш очень чувствителен к действию различных повреждающих факторов внешней и внутренней среды.

Фетальный период начинается с начала 3-го месяца беременности и продолжается до рождения плода. В этот период происходят рост плода, дифференцировка тканей, развитие органов и систем, находившихся в зачаточном состоянии, обновление обеспечивающих жизнедеятельность плода в период внутриутробной жизни и после рождения функциональных систем.

Критические периоды развития

Развитие плода происходит в постоянной взаимосвязи с организмом матери при возрастающей активности плаценты. В эмбриональном и фетальном периодах зародыш обладает повышенной чувствительностью к воздействию внешней и внутренней среды.

К повреждающим факторам относятся:

- недостаток кислорода;
- перегревание;
- ионизирующая радиация;
- алкоголь;
- наркотики;
- окись углерода;
- соли тяжелых металлов, ртуть, мышьяк;
- многие лекарственные препараты;
- микроорганизмы;
- вирусы.

Выделяют 3 критических периода развития плода:

I критический период - время от оплодотворения до имплантации плодного яйца (1-2 недели).

II критический период - образование зачатков органов и систем зародыша (3-7 недель).

III критический период - период формирования плаценты (9-12 неделя).

Воздействие неблагоприятных факторов среды в течение первого критического периода приводит к гибели зародыша на ранних стадиях его развития (выкидышу).

При воздействии повреждающих факторов в периодах образования органов и систем и формирования плаценты наиболее часто возникают уродства (аномалии) развития плода, реже наступает гибель эмбриона. В процессе возникновения уродств, в первую очередь, поражаются те органы и системы зародыша, которые в мо-

мент воздействия повреждающих факторов находились в периоде своего развития. Закладки различных органов и систем не совпадают по времени, поэтому действие повреждающих факторов приводит к уродствам различных органов и систем плода.

У эмбриона человека наиболее повреждаемы центральная нервная система, орган зрения, железы внутренней секреции, половые железы, сердечно-сосудистая система.

1.12. Физиологическое течение родов

«Физиологические роды» – это роды, которые начинаются спонтанно у женщин низкого риска в начале родов и остаются таковыми в течение всех родов; ребенок рождается спонтанно в головном предлежании при сроке беременности от 37 до 42 полных недель, и после родов мать и ребенок находятся в хорошем состоянии.

Признаки начала родов:

- наличие регулярных болезненных схваток (боли внизу живота, пояснице) с интервалом не менее 10 минут;
- структурные изменения шейки матки.

Характеристика предвестников родов:

- опускается предлежащая часть плода и дно матки, что обусловлено формированием нижнего сегмента матки;
- снижение массы тела беременной (на 400 – 1000 гр.);
- учащение мочеиспускания;
- увеличение во влагалище трансудата и появление слизистых выделений;

- ▀ умеренная болезненность внизу живота, пояснице и крестцово-позвошных сочленениях;
- ▀ безболезненные, нерегулярные по частоте, длительности и интенсивности сокращения матки;
- ▀ слизисто-сукровичные выделения из половых путей (отхождение слизистой пробки).

Прелиминарный период

Это появление при доношенной беременности болей схваткообразного характера внизу живота и в поясничной области, они могут носить регулярный характер, но не приводят к структурным изменениям шейки матки. Физиологический прелиминарный период продолжается не более 6 часов и обязательно реализуется в родовую деятельность.

«Патологический» прелиминарный период

Патологический прелиминарный период – это появление при доношенной беременности болей схваткообразного характера внизу живота и в поясничной области, которые продолжаются более 6 часов. Продолжительные схватки, которые не реализуются в родовую деятельность, являются предрасполагающим фактором развития аномалий родовой деятельности и требуют медицинской коррекции.

Периоды течения родов.

В клиническом течении родов выделяют 3 периода:

- I период – раскрытие шейки матки;
- II период – изгнание плода (потужной);
- III период – последовый период.

Характеристика I периода родов

Период раскрытия шейки матки начинается с появления регулярных маточных сокращений (схваток) с интервалом не менее 10 минут и заканчивается полным раскрытием шейки матки. У первородящих женщин продолжительность I периода родов составляет 10-11 ч., у повторнородящих 7-9 ч. Схватки сначала бывают короткими, слабыми и редкими (через 15-20 минут). В последующем нарастают их продолжительность, сила и частота.

Динамику опускания головки необходимо оценивать посредством абдоминального обследования.

Характеристика II периода или периода изгнания плода

Период изгнания плода – это время от момента полного раскрытия маточного зева до рождения плода. Длительность периода изгнания у первородящих равна примерно 45-60 мин., а у повторнородящих 15-30 минутам. По данным ВОЗ, второй период может продолжаться до 2-х часов (при условии нормального состояния внутриутробного плода).

Характеристика последового периода и его продолжительность

III период родов – последовый период, это время от рождения плода до рождения последа. В этот период происходят отслойка плаценты и оболочек от стенки матки и рождение последа. Продолжительность последового периода при нормальных родах в среднем составляет 10-15 минут.

Последовые схватки – это болезненные сокращения матки, появляющиеся вскоре после рождения плода, обеспечивающие отделение плаценты.

Виды и этапы отделения плаценты и изгнания последа.

- Центральное отделение плаценты сопровождается образованием ретроплацентарной гематомы, которая способствует дальнейшей отслойке плаценты. Плацента выпячивается в полость матки по мере увеличения ретроплацентарной гематомы. Плацента вместе с оболочками опускается вниз и при потуге рождается из родовых путей, вывернутая наружу своей плодовой поверхностью, покрытая водной оболочкой.
- Краевое отделение плаценты – отделение плаценты начинается с ее краевой части. Поэтому кровь, вытекающая из разорвавшихся сосудов, свободно стекает вниз, отслаивая на своем пути оболочки. Отделению последа способствует собственная масса плаценты, один из краев которой свисает в полость матки. Отслоившаяся плацента опускается и при потуге рождается из родовых путей в сложенном виде, с обращенной наружу материнской поверхностью.

При рождении последа следует обратить внимание:

- необходимо убедиться в целостности плаценты и оболочек;
- на инфаркты (вид белесоватых бляшек различной величины);
- на гематомы (участки кровоизлияний темно-красного цвета);

- на патологию плаценты и т.д. (цвет, размер, плодные оболочки, вид пуповины, ее длина).

Физиологическим является:

Кровопотеря – до 0,5% от массы тела или менее 10% ОЦК считается физиологической. (ОЦК = 70х вес тела женщины в гр.)

Факторы, влияющие на общую продолжительность родов:

- возраст роженицы;
- подготовленность организма женщины к родам;
- особенности мягких тканей родовых путей;
- размеры плода;
- характер предлежащей части;
- особенности вставления предлежащей части плода;
- интенсивность изгоняющих сил и др.

Знание основных принципов ведения родов важно для специалиста СОС и СП, акушерки и медсестры ГСВ, так как в настоящее время в силу определенных социально-экономических факторов увеличилось количество домашних родов, поэтому необходимо овладеть навыками оказания пособия в родах.

1.13. Первая помощь при родах вне стационара

В чрезвычайной ситуации – родах вне стационара (родильного дома, больницы) специалисту СОС и СП, акушерке или медсестре ГСВ, прежде всего, необходимо выяснить, рождает ли женщина впервые или повторно. Первые роды протекают медленнее, следовательно, больше шансов успеть доставить женщину в лечебное

рочаждение. Если нет возможности транспортировать женщину или найти врача, ее необходимо успокоить, изолировать от окружающих, уложить на оказавшуюся под рукой чистую ткань или клеенку. Необходимо снять всю одежду, сдавливающую живот и мешающую дыханию.

В I периоде родов женщина может занимать любое удобное ей положение, ненадолго вставать; сидеть нельзя, так как это мешает раскрытию шейки матки.

В периоде изгнания плода, перед началом которого, как правило, изливаются околоплодные воды, роженица может принять удобное для нее положение (стоя, лежа, сидя) при условии присутствия человека, обученного партнерским родам. В случае его отсутствия роженица должна лежать на спине с разведенными и согнутыми в коленях ногами, опираясь пятками в какую-либо фиксированную опору. Во время потуг ей следует крепко держаться за колени согнутых ног и тянуть их на себя. Наружные половые органы и внутреннюю поверхность бедер рекомендуется обмыть водой с мылом или обтереть ватой, смоченной 5% спиртовым раствором йода или водкой. Заднепроходное отверстие закрыть ватой. Под ягодицы следует положить чистую ткань, полотенце, простыню или нижнее белье роженицы. Вне потуг женщина должна глубоко дышать. После того как из половой щели покажется головка плода, необходимо сдерживать потуги, для чего роженица должна часто и поверхностно дышать открытым ртом.

Задача специалиста СОС и СП, акушерки и медсестры ГСВ состоит в том, чтобы поддержать головку, а затем туловище рождающегося ребенка. Перед этими манипуляциями необходимо тщательно вымыть руки до локтей с мылом и щеткой, при невозможности – об-

тереть руки 5% спиртовым раствором йода, этиловым спиртом или водкой.

Родившийся ребенок выкладывается на живот матери, вытирается чистой пеленкой и накрывается сухой пеленкой и одеялом, на головку обязательно шапочку во избежание потери тепла.

После рождения ребенка куском бинта или чистой ткани следует туго перевязать пуповину в двух местах: на 5 см выше пупочного кольца новорожденного и отступая от этого узла на 10-15 см. между узлами (примерно на 2 см выше ближайшего к пупочному кольцу узла), пуповину перерезают ножницами или ножом, предварительно протертыми 5% спиртовым раствором йода, этиловым спиртом или водкой, либо прокаленными над пламенем. В местах перевязки и перерезки пуповину нужно обработать перечисленными выше антисептическими средствами. Конец пуповины, оставшийся у ребенка, следует также обработать этими растворами и обвязать бинтом, чистым куском марли или другой ткани. Следует помнить, что перевязывать пуповину необходимо только после прекращения ее пульсации. Для профилактики послеродового кровотечения необходимо ввести внутримышечно 1,0 мл. окситоцина. Сосательный рефлекс у новорожденного развит хорошо, раздражение соска молочной железы вызывает сокращение матки и ускоряет отделение плаценты и рождение последа.

Ни в коем случае не следует тянуть или дергать за пуповину, свисающую из влагалища, это может нарушить процесс отделения плаценты и вызвать кровотечение.

Об отделении плаценты свидетельствует изменение формы живота женщины – он становится асимметричным, так как матка после отделения плаценты

принимает вытянутую форму и отклоняется от средней линии, дно располагается несколько выше пупка. В это время женщина ощущает желание потужиться, за 1-2 потуги рождается послед и выделяется 250 мл крови.

После рождения последа живот становится симметричным, матка принимает исходное положение, даже опускается ниже пупка. По окончании родов обтирают пупок по возможности обмывают наружные половые органы женщины.

Родильницу и ребенка необходимо, по возможности, быстрее транспортировать в родильный дом или больницу. Вместе с ними необходимо отправить и послед, который должен быть осмотрен врачом для установления его целостности. Задержка частей последа в матке может стать источником маточного кровотечения и воспалительного процесса.

1.14. Роды у женщин юного, позднего репродуктивного возраста и многорожавших

Первые роды у женщин моложе 18 лет и старше 30 лет не всегда протекают благоприятно и сопровождаются большим числом осложнений, чем роды у женщин в возрасте 19-25 лет. Высокой остается перинатальная заболеваемость и смертность, количество оперативных вмешательств во время беременности и родов в данной группе первородящих женщин. Понятие “старая” и “юная” первородящие трактуют по-разному. Первородящей позднего репродуктивного возраста считают беременную в возрасте 30 лет и старше, юной – до 18 лет включительно. Особую категорию составляют *многорожавшие* женщины (7 и более родов в анамнезе).

Вследствие незрелости организма у *юной первородящей* течение беременности чаще осложняют ранние токсикозы и гипертензивные нарушения беременности, преждевременное прерывание беременности, фетоплацентарная недостаточность, гипоксия плода. В родах возможно развитие аномалий родовой деятельности, функционально узкого таза, гипоксии плода, кровотечения в последовом и послеродовом периодах, инфекционных заболеваний.

В последние десятилетия увеличилось число женщин и супружеских пар, которые, в силу социально-экономических условий, поздно вступают в брак или рожают ребенка. Помимо социально-экономических условий к причинам поздних браков и родов относят позднее начало половой жизни, различные формы полового инфантилизма, острые и хронические инфекционные заболевания в пубертатном возрасте, экстрагенитальные заболевания в зрелом возрасте, эндокринопатии, искусственные и самопроизвольные аборты, воспалительные заболевания гениталий, первичное и вторичное бесплодие, доброкачественные заболевания шейки, тела матки и ее придатков.

Особенности течения и осложнения беременности и родов у *первородящих позднего репродуктивного возраста* определяют не возраст, а сопутствующая патология, которая может быть у них в данном возрасте. В ранних сроках беременности - это токсикоз беременных и самопроизвольные аборты, причиной которых могут быть нарушения формирования эмбриона и плода. В поздних сроках - это угроза прерывания беременности, рано развивающиеся и длительно текущие поздние гестозы, патология прикрепления плаценты (низкое или

в поперечное положение), хроническая фетоплацентарная недостаточность, патология околоплодной среды (ангиопатии, маловодие). Во время родов, как правило, отмечают следующие осложнения: несвоевременное отделение околоплодных вод, что в свою очередь сопровождается слабостью родовой деятельности, первичной или вторичной, в том числе и слабостью потуг. Это влияет на общую продолжительность родов в сторону их увеличения. Все эти факторы, особенно на фоне осложненного течения беременности, приводят к гипоксии плода и асфиксии новорожденного. Последовый период родов может осложнить патология отделения и выделения последа, гипотония матки, что так же возможно и в раннем послеродовом периоде.

В связи с возможными осложнениями беременности и родов следует своевременно проводить дородовую госпитализацию беременных для их профилактики (смотри соответствующие разделы), а в случаях нескольких осложнений, неэффективности проведенной терапии следует своевременно решать вопрос родоразрешения в пользу операции кесарева сечения. В то же время для таких женщин велика ценность ребенка. В силу этого возраст первородящей часто является единственным показанием к кесареву сечению.

Юной называют первородящую женщину моложе 18 лет (не достигшую возраста для вступления в брак). Вследствие незрелости организма юной первородящей, в целом, особенностью родов является нарушение родовой деятельности по типу дискоординации, а также и вышеперечисленные осложнения течения родов и послеродового периода.

Многорожавшей считают женщину, которая имела 7 и более родов. Особенности течения беременности и родов у этих женщин объясняют дистрофическими процессами, которые особенно выражены в матке, преждевременным старением всех органов и систем.

Синдром истощения материнского организма развивается после 7 и/или частых родов (интервал между родами менее 2 лет). Комплекс этих особенностей способствует развитию тех же осложнений течения беременности и родов, что и у старых первородящих. Грозным осложнением беременности и родов является спонтанный разрыв матки, особенно тяжело протекающий на фоне хронической анемии. Наличием анемии объясняют тяжесть течения у них гестозов, хронической и фетоплацентарной недостаточности. Наиболее опасна патология отделения и выделения детского места, а также гипотонические кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде, гнойно-септические заболевания. Среди многорожавших отмечен рост перинатальной и материнской смертности.

Профилактика осложнений у многорожавших – наблюдение в группе риска, своевременная госпитализация для обследования и лечения в условиях стационара. Роль специалистов службы организации семьи и социального патронажа, акушерок и медсестер ГСВ в профилактике осложнений у многорожавших женщин заключается в прекращении репродуктивной функции у них после 40 лет и обеспечении интергенетического интервала не менее двух лет.

1.15. Принципы свободных родов. Партнерские роды. Подготовка членов семьи. Стратегия повышения

Эффективности перинатальной помощи (СПЭП)

Вмешательства во время родов

Некоторые вмешательства во время родов, практикуемые в настоящее время в мире, следует считать эффективными. Наиболее важным из них является постоянное присутствие при родах кого-либо из близких людей роженицы. Обычно будущая мама сама решает, кто это будет.

Доказано, что такая физическая и психоэмоциональная поддержка женщины:

- сокращает продолжительность родов;
- уменьшает потребность в необходимости обезболивания родов;
- уменьшает количество хирургических вмешательств;
- уменьшает количество новорожденных с низкой оценкой по шкале Апгар;
- повышает положительное восприятие от процесса родов.

Женщина сама должна выбрать лиц сопровождающих ее в родах, без указаний со стороны медработников. Сопровождающие лица должны быть подготовлены к участию в процессе родов так же, как и женщина.

Если роженице предоставляют свободу выбора позиции в родах и при родоразрешении, то это позволяет:

- снизить дискомфорт во время родов;
- снизить количество патологических родов;
- уменьшает число травм промежности и влагалища;

- уменьшает инфицирование.

Дополнительные вмешательства, имеющие положительный эффект, включают в себя:

- уважительное отношение к информированному выбору родителями места родов;
- право женщины на возможность изоляции с целью сохранения интимности и конфиденциальности;
- активное вовлечение роженицы в план ведения родов;
- предоставление беременным желаемой информации;
- наблюдение за физическим и эмоциональным благополучием матерей во время родов;
- свободное применение питья в родах;
- профилактическое использование сокращающих средств в третьем периоде родов;
- свободное передвижение женщин во время родов.

Женщине должно быть предоставлено право свободно двигаться, выбирая удобное положение – стоя, расхаживая, сидя, стоя на коленях или сидя на корточках. Свободный выбор позы во время родов помогает матери лучше перенести боль. Некоторые женщины находят облегчение после применения теплого душа или ванны, массажа или поглаживания спины. Такой же эффект оказывают дыхательные упражнения и релаксация, отвлекающая внимание женщины. Такие приемы безвредны и могут быть широко рекомендованы.

Партнерские роды.

Занятия по обучению родителей чаще всего организуются в дородовый период, когда родители могут

претиться между собой в похожей ситуации, чтобы по-
делиться знаниями, опытом, а также обсудить надежды,
страхи и ожидания.

Цель обучения родителей:

- помочь паре в формировании большей уверенности в себе;
- помочь женщине в ощущении формирования чувства счастливой и здоровой беременности, родов и материнства;
- подготовить пару к реальности рождения ребенка, дать женщине советы, которые помогут справиться со стрессовой ситуацией во время родов;
- убедить родителей в необходимости вести здоровый образ жизни для того, чтобы женщина могла быстро восстановиться после родов;
- помочь женщине начать кормление грудью, сообщив ей о методе грудного вскармливания и ухода за грудью;
- помочь паре в адаптации к родительским функциям;
- оказывать им постоянную помощь, продолжающуюся и в периоде выполнения родительских функций;
- предлагать соответствующие знания и информацию для родителей о беременности, родах и материнстве.

1.16. Физиология послеродового периода

Послеродовым (пуэрпериальным) периодом называют период, начинающийся после рождения последа и продолжающийся 6-8 недель. В течение этого времени происходит обратное развитие (инволюция) всех

органов и систем, которые подверглись изменению в связи с беременностью и родами. Исключение составляют молочные железы, функция которых достигает расцвета именно в послеродовой период. Наиболее выраженные инволюционные изменения происходят в половых органах, особенно в матке. Темп инволюционных изменений максимально выражен в первые 8-12 суток. Ближайшие 2-4 часа после родоразрешения выделяют особо и обозначают как *ранний послеродовой период*. По истечении этого времени начинается *поздний послеродовой период*.

После рождения последа матка значительно уменьшается в размерах из-за резкого сокращения ее мускулатуры. Каждые сутки высота стояния дна матки понижается в среднем на 2 см. Нужно учитывать, что темпы инволюции находятся в зависимости от паритета родов, степени ее растяжения во время беременности (крупный плод, многоводие, многоплодие), грудного вскармливания с первых часов послеродового периода, функции соседних органов.

У некормящих женщин менструация восстанавливается через 6-8 недель после родов. Первая менструация после родов, как правило, происходит на фоне ановуляторного цикла: фолликул растет, зреет, но овуляция не происходит, и желтое тело не образуется.

Функция молочных желез после родов достигает наивысшего развития. Во время беременности под действием эстрогенов формируются млечные протоки, под влиянием прогестерона происходит пролиферация железистой ткани. Под влиянием пролактина происходит усиленный приток крови к молочным железам и усиленная секреция молока, что ведет к *нагрубанию*

молочных желез, наиболее выраженному на 3-4 сутки послеродового периода. Стимулирующее действие оказывают гормоны щитовидной железы и надпочечников, а также рефлекторное воздействие при акте сосания. В первые сутки послеродового периода молочные железы секретируют молозиво.

Молозиво - густая желтоватая жидкость с щелочной реакцией. Она содержит молозивные тельца, лейкоциты, молочные шарики, эпителиальные клетки из железистых пузырьков и молочных протоков. Молозиво богаче зрелого грудного молока белками, жирами, минеральными веществами. Белки молозива по аминокислотному составу занимают промежуточное положение между белковыми фракциями грудного молока и сыворотки крови, что, очевидно, облегчает адаптацию организма новорожденного в период перехода от плацентарного питания к питанию грудным молоком. В молозиве больше, чем в зрелом грудном молоке, белка, связывающего железо (лактоферрина), который необходим для становления кроветворения новорожденного. В нем высоко содержание иммуноглобулинов, гормонов (особенно кортикостероидов), ферментов. Это очень важно, т.к. в первые дни жизни новорожденного функции ряда органов и систем еще незрелы и иммунитет находится в стадии становления. Переходное молоко, образующееся на 3-4 сутки, на 2-3 неделе приобретает постоянный состав и называется зрелым молоком.

Специалист службы организации социального патронажа, акушерка и медсестра ГСВ должны знать, что физиологический послеродовой период характеризуется:

- хорошим общим состоянием женщины;

- нормальной температурой, частотой пульса и артериальным давлением;
- правильной инволюцией матки;
- нормальным количеством и качеством лохий;
- достаточной лактацией.

В послеродовом периоде может быть задержка мочеиспускания (атония мочевого пузыря), стула, выделений из матки (***лохиометра***), замедленное обратное развитие матки (***субинволюция***), нагрубание молочных желез, трещины и ссадины сосков, инфекционные заболевания и осложнения. Для профилактики инфекционных осложнений не меньшее значение, чем наблюдение за клиническим течением и своевременная коррекция малейших отклонений от физиологического течения инволюционного процесса, имеет строгое соблюдение санитарно-эпидемиологических требований и правил личной гигиены. Соблюдение правил личной гигиены должно оградить родильницу и новорожденного от инфекции.

- Ежедневно родильница принимает душ, производит смену стерильных лифчиков, рубашек.
- Не реже 4-5 раз в сутки родильница должна подмываться с мылом. При наличии швов на промежности производят их обработку раствором бриллиантовой зелени или перманганата калия 3 раза в сутки (при выписке домой женщина должна быть обучена самостоятельно обрабатывать швы).
- Специалист СОС и СП, акушерка и медсестра ГСВ должны предупредить, что у роженицы в послеродовом

периоде снижен иммунитет, ей нежелательно посещать людные места, необходимо ограничивать физические нагрузки, избегать каких-либо манипуляций – маникюр, педикюр, перманент и т.д.

- Необходимо роженицу и всех членов семьи обучить технике правильного мытья рук (см. приложение).
- *При повышении температуры тела, слабости, снижении АД, кровянистых выделениях из половых путей в большом количестве необходимо решить вопрос о срочной госпитализации. Самолечение недопустимо.*

1.17. Осложнения первой половины беременности

Наиболее часто течение первой половины беременности осложняют: рвота беременных, слюнотечение, дерматозы, а также редкие формы токсикоза: хорей беременных, остеомалация, бронхиальная астма беременных, острая жировая дистрофия печени и др.

Рвота беременных – наиболее часто осложняет течение первой половины беременности. Клиника рвоты беременных, как говорит само название заболевания, проявляется ведущим симптомом – рвотой. В зависимости от выраженности этого симптома заболевание разделяют на легкую форму, среднюю и тяжелую. Тяжелую форму рвоты беременных называют также неукротимой рвотой беременных.

Рвота беременных легкой степени повторяется несколько раз в день (до 3-5 раз), обычно после приема пищи и по утрам. На общем состоянии существенно не отражается, снижается аппетит, угнетается настроение беременной. АД неустойчивое, пульс слегка учащен до 90 ударов в минуту, масса тела женщины не снижается,

температура тела и диурез нормальные. Анализы крови и мочи без патологических изменений.

Рвота беременных средней степени характеризуется учащением рвоты до 10-12 раз в сутки независимо от приема пищи. Больная не может удержать съеденную пищу.

Общее состояние больной заметно ухудшается. Появляется слюнотечение, наступает обезвоживание организма, уменьшается масса тела до 2-3 кг в месяц. Пульс учащается до 100-120 ударов в минуту, отмечается субфебрильная температура, развивается гипотензия, сухость кожи, снижается диурез. При прогрессировании заболевания отмечаются изменения в углеводном, жировом, водно-солевом и электролитном обменах. Больные жалуются на слабость, адинамию, апатию. У больных наблюдается желтуха.

Лечение – стационарное.

Рвота беременных тяжелой степени (неукротимая) - повторяется до 20-25 раз в сутки и протекает с явлениями тяжелой интоксикации организма. Общее состояние больной тяжелое. Температура тела повышается до 38 градусов по Цельсию и выше, развивается тахикардия до 120 ударов в минуту и более, тоны сердца приглушены, АД снижается до 30 мм рт. ст. Больные значительно теряют массу тела (до 2-5 кг в неделю), прогрессирует апатия, адинамия.

При осмотре женщин отмечается ярко выраженная сухость кожных покровов, симптомом «пыльного следа» (полоса отслоившихся чешуек эпидермиса при проведении пальцем по коже), сниженный тургор. По-

являются желтушность кожи и склер, запах ацетона изо рта, стоматит, гингивит.

Бессоние – стационарное.

Клинические проявления слюнотечения (гиперсаливации, птиализма). Слюнотечение нередко сопровождается рвоту беременных. Слюнотечение начинается с симптома избытка в полости рта беременной и потери значительного количества жидкости – до 1 литра в сутки. Женщина заглатывает ее, что приводит к переполнению желудка слюной. Это в свою очередь, вызывает рвоту и утяжеляет состояние больной. В отдельных случаях птиализм может проявляться как самостоятельное заболевание и при умеренном слюнотечении переносится легко. При тяжелой форме птиализма суточное отделение слюны может достигать нескольких литров. Это приводит к потере белков, углеводов, витаминов, солей и обезвоживанию организма. Общее состояние больной становится тяжелым.

Клинические проявления дерматоза беременных. Дерматозы беременных включают группу заболеваний кожи, возникающих во время беременности и исчезающих после ее окончания. Наиболее часто встречающаяся форма дерматозов – зуд беременных, который захватывает все тело, но может локализоваться в области наружных половых органов, вызывает бессонницу, раздражительность. В результате расчесов на коже появляются очаги воспаления с ярким покраснением кожи и локальными отеками.

К редким формам дерматозов относится экзема беременных, крапивница.

При меньшей степени выраженности токсикоза необходимо проводить лечение идентично лечению рвоты беременных. Для снижения степени выраженности зуда местно применяют кварцевое облучение в субэритемных дозах, мазь с преднизолоном или гидрокортизоном.

Клинические проявления острой желтой дистрофии печени. В результате интоксикации наступает жировое и белковое перерождение печеночных клеток – дистрофия печени. Печень уменьшается в размере, у больной развивается желтуха, а затем острая печеночная недостаточность, которая проявляется судорожными припадками, коматозным состоянием. Острая желтая атрофия печени служит абсолютным показанием к прерыванию беременности. Если беременность пролонгирует, заболевание прогрессирует и приводит к летальному исходу.

1.18. Наиболее частые проявления осложнений беременности и меры, которые необходимо принимать в случаях их возникновения

Любое заболевание во время беременности (ангина, грипп, туберкулез, ревматизм, сахарный диабет, анемия, поражение печени и почек и др.), неправильное питание, переутомление, вредные привычки, воздействие производственных вредностей может отрицательно повлиять на течение беременности и плод. Самым частым осложнением являются *гипертензивные нарушения беременности и невынашивание беременности.*

В первой половине беременности гестоз может проявляться плохим самочувствием, угнетенным состоянием, спонотечением, тошнотой, рвотой.

Во второй половине беременности – отеками, белком в моче, повышенным АД, головной болью, нарушением зрения, судорогами, потерей сознания, что может приводить к преждевременному прерыванию беременности, нарушению развития и гибели плода.

***Невынашивание беременности** – это самопроизвольное ее прерывание до 38-й недели.*

***Выкидыш (аборт)** – самопроизвольное или искусственное прерывание беременности до 22-х недель беременности. В первые 22 недели прерывание беременности называют выкидышем, между 22-й и 38-й неделями – преждевременными родами.*

Причины выкидыша многообразны:

- недоразвитие и аномалии половых органов;
- воспалительные процессы органов малого таза;
- опухоли половых органов;
- нарушение функции яичников;
- инфекционные и паразитарные заболевания;
- воздействие на организм женщины вредных факторов окружающей среды.

В начальной стадии выкидыша наблюдаются боли, иногда схваткообразные боли внизу живота. При отделении плодного яйца от стенок матки появляются кровянистые выделения из половых путей. Если в полости матки остаются остатки плодного яйца, нередко возникают обильные маточные кровотечения, угрожа-

ющие жизни. После выкидыша возможно попадание микроорганизмов в полость матки и развитие воспалительного процесса.

После 14 недель выкидыш происходит по типу родов: возникают схваткообразные боли внизу живота, сглаживается и раскрывается шейка матки, разрываются плодные оболочки, изливаются околоплодные воды, рождается плод, а затем послед.

Первые признаки самопроизвольного выкидыша и преждевременных родов служат боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей.

1.19. Кровотечения

Кровотечения из половых органов могут быть наружными и внутренними. Среди наружных кровотечений чаще встречаются маточные кровотечения, реже – из влагалища и наружных половых органов (в результате травмы).

При кровотечении из влагалища или наружных половых органов, обусловленном повреждением, **необходимо срочно вызвать медицинскую помощь**. До приезда врача необходимо прижать кровоточащий участок стерильным бинтом и приложить пузырь со льдом. Тампонировать влагалище не рекомендуется при повреждении его в средней или верхней трети, так как введенный в него материал (бинт, марля, вата) затрудняет отток крови, что создает видимость остановки кровотечения.

Внутреннее кровотечение наблюдается при апоплексии яичника, разрыве опухоли или кисты яичника, нарушенной внематочной беременности. Кровь

при этом изливается в брюшную полость, небольшое количество крови выделяется из половых путей. Симптомы внутреннего кровотечения: бледность, слабость, головокружение, учащение пульса, обморок (см. главу «Острые хирургические заболевания, требующие экстренной операции»).

Необходима экстренная госпитализация.

1.19.1. Кровотечения при поздних сроках беременности

Кровотечение в третьем триместре беременности наблюдается у 2-3% женщин. Примерно у половины из них причинами кровотечения являются предлежание плаценты и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Кроме того, причинами кровотечения могут быть эрозии и полипы шейки матки, рак шейки матки и влагалища, разрывы варикозных узлов влагалища, травмы влагалища, разрывы сосудов пуповины при оболочечном их прикреплении.

Предлежание плаценты - это имплантация плаценты над внутренним маточным зевом перед предлежащей частью плода.

Предлежание плаценты - это ведущая причина кровотечения в III-м триместре беременности, представляет собой безболезненное кровотечение. Кровотечение возникает при формировании нижнего маточного сегмента в III-м триместре. Плацента частично отслаивается от места своего прикрепления как только нижний сегмент постепенно растягивается и становится тоньше при подготовке к началу родов.

Предрасполагающими факторами к аномальному расположению плаценты относятся:

- возраст матери;
- большое количество родов и аборт в анамнезе;
- поздний репродуктивный возраст;
- воспалительные изменения в плаценте (УГИ, ВУИ);
- рубцово-дегенеративные изменения эндометрия;
- перенесенное кесарево сечение.

Предлежание плаценты должно подозреваться у всех пациенток с кровотечением после 24-недельного срока гестации.

Клиника: кровянистые выделения из половых путей, сопровождающиеся болью, начинающиеся внезапно.

Меры оказания дородовой помощи:

- срочная госпитализация (наряду с мероприятиями по организации госпитализации обеспечить внутривенную инфузию изотонического раствора натрия хлорида струйно 500,0);
- консультация врача акушера-гинеколога или вызов скорой помощи.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты - преждевременное отделение нормально имплантированной плаценты от места ее прикрепления к матке называется отслойкой плаценты.

Диагноз отслойки плаценты: при обследовании плаценты выявляется наличие ретроплацентарного сгустка с угнетением или деструкцией подплацентарных тканей. Отслойку можно диагностировать по 3-м показателям:

- наружное или внутреннее маточное кровотечение (локальная болезненность матки, признаки анемизации беременной);
- маточный гипертонус и/или гиперактивность;
- эмбриональный дистресс и/или смерть плода.

При появлении кровянистых выделений из половых путей беременной женщины необходима срочная госпитализация в лечебное учреждение!

Если состояние женщины и плода стабильное, необходимо ее доставить в стационар строго в горизонтальном положении, избегать лишних движений пациентки, обеспечить покой и тепло. Если пациентка в состоянии геморрагического шока – необходимо обеспечить инфузию изотонического раствора натрия хлорида внутривенно струйно (до 2 л за 20-30 минут) для поддержания жизненно важных функций.

1.19.2. Послеродовые кровотечения

Патологическая кровопотеря – это потеря крови в послеродовом периоде, превышающая 10% ОЦК. (ОЦК=70 x вес (гр.) женщины).

Послеродовые кровотечения могут быть **ранние и поздние**.

Раннее послеродовое кровотечение - это кровотечение из половых путей, сопровождающееся кровопотерей более 10% ОЦК в течение первых 24 часов после рождения ребёнка.

Причинами кровотечения являются:

- нарушение отделения плаценты и выделения последа из матки (гипотония матки, частичное плотное прикреп-

ление или приращение плаценты, аномалии строения и расположения плаценты, ущемление отделившегося последа в матке);

- травмы мягких тканей родовых путей;
- наследственные и приобретенные нарушения системы свертывания крови.

Позднее послеродовое кровотечение - это кровотечение, которое развивается спустя 24 часа после родов и не позднее 6 недель послеродового периода.

Наиболее частыми причинами кровотечения в послеродовом периоде являются гипотония и атония матки.

Гипотония матки – состояние, при котором происходят значительное снижение ее тонуса и уменьшение сократительной способности. Это обратимое состояние.

Атония матки – полная потеря тонуса и сократительной способности матки.

Предрасполагающие факторы:

- чрезмерно молодой или пожилой возраст роженицы;
- нейроэндокринная недостаточность;
- пороки развития матки;
- миома матки;
- дистрофические изменения мышц (перенесенные ранее воспалительные процессы, наличие рубцовой ткани, большое число предшествующих родов и аборт);
- перерастяжение матки во время беременности и родов (многоводие, многоплодие, крупный плод);

- стремительные или затянувшиеся роды при слабости родовой деятельности.

При сочетании нескольких из перечисленных выше причин наблюдается выраженная гипотония матки и кровотечение.

Профилактика:

- своевременное лечение воспалительных заболеваний, борьба с абортами и невынашиванием;
- рациональное ведение беременности, профилактика ГНБ, полноценная психофизиопротективная подготовка к родам;
- рациональное ведение родов;
- рациональное ведение послеродового периода.

В случае усиления кровянистых выделений из половых путей родильницы, необходима срочная госпитализация в лечебное учреждение!

Если пациентка в состоянии геморрагического шока необходимо обеспечить инфузию изотонического раствора натрия хлорида внутривенно струйно (до 2 литров за 20-30 минут) для поддержания жизненно-важных функций.

1.20. Гипертензивные нарушения во время беременности (ГНБ)¹

Гипертензивные нарушения беременности (ГНБ) (гестозы) представляют собой осложнение физиологически протекающей беременности, характеризующееся глубоким расстройством функций жизненно важных

¹ Ранее использовались следующие названия: гестоз, поздний токсикоз беременных, нефропатия.

органов и систем. ГНБ возникают чаще всего во II-III триместре беременности (с 20 недель беременности).

- *ГНБ* – гестозы, возникающие у беременных среди полного здоровья в отсутствие экстрагенитальной патологии. Такое подразделение в определенной мере условно, так как нередко экстрагенитальные заболевания протекают скрыто.
- *ГНБ* очень часто возникают на фоне какой-либо экстрагенитальной патологии (гипертоническая болезнь, заболевания почек, печени, сахарный диабет).

К легким формам ГНБ относят:

- гестационные отеки;
- гестационная протеинурия;
- гестационная гипертензия;
- преэклампсия легкой степени.

К тяжелым формам ГНБ относят:

- преэклампсия тяжелой степени;
- эклампсия;
- HELLP - синдром.

Гестационные отеки – видимым отекам предшествуют скрытые, о которых свидетельствует патологическая прибавка массы тела. Уменьшается количество выделяемой мочи. Видимые отеки возникают сначала на стопах и голенях в конце дня и исчезают после ночного сна. Затем отеки на нижних конечностях становятся постоянными, переходящими на нижнюю часть живота, а в тяжелых случаях отекают верхние конечности и лицо.

Если у женщины появились отеки, специалисту СОС и СП, акушерке или медсестре ГСВ необходимо провести беседу с женщиной и членами ее семьи следующего направления:

- Обязательно следует исследовать мочу на содержание белка.
- Соблюдать режим труда и отдыха.
- В случае внезапного нарастания отеков, появления головных болей, болей в эпигастральной области необходимо вызвать скорую помощь, обеспечив женщине постельный режим и покой.

Если при обследовании выявляется белок в моче и высокое АД, беременную следует немедленно госпитализировать в стационар.

Гестационная протеинурия характеризуется появлением белка в моче без повышения АД после 20 недель беременности и сохраняющаяся не более 6 недель после родов.

Гестационная гипертензия - впервые выявленная гипертензия, возникающая после 20-й недели беременности и сохраняющаяся не более 6 недель после родов. Характеризуется повышением уровня ДАД > 110 мм.рт.ст. при однократном измерении или повышение уровня ДАД > 90 мм.рт.ст. при 2-кратном измерении с интервалом 4 часа.

Измерение АД должно осуществляться в положении лежа!

Лечение

I. Немедикаментозное лечение:

1. Лечение - охранительный режим (ограничение физических нагрузок, прогулки, сон не менее 9 ч/сут.).
 2. Лечение питание (не следует ограничивать соль и жидкость, рекомендована диета с увеличением количества белков и витаминов и ограничением жиров и углеводов).
- *Специалист СОС и СП, акушерка и медсестра ГСВ должны организовать консультацию врача акушера-гинеколога и осуществлять контроль за выполнением рекомендованного лечения (метилдопа 250 мг 2-3 раза в день внутрь, клонидин 0,000075 г 3 раза в сутки; нифедипин ретард 20 мг 1-2 раза в сутки внутрь; атенолол 25 мг 2 раза в сутки внутрь).*
 - *Специалист ССП, акушерка и медсестра ГСВ должны знать, какие гипотензивные препараты противопоказаны при беременности (блокаторы АПФ).*

Преэклампсия легкой степени - гипертензия без значительной протеинурии, возникшая после 20 недель беременности и исчезающая в течение 6 недель после родов. Характеризуется повышением уровня ДАД > 90мм.рт.ст. при 2-кратном измерении и наличием белка в моче 0,33-1 г/л.

Рекомендована госпитализация в стационар.

В случае обоснованного отказа обеспечить следующее лечение:

I. Немедикаментозное лечение:

1. Лечение - охранительный режим (постельный режим, прогулки, сон не менее 9 ч/сут.).

2. Лечебное питание (не следует ограничивать соль и жидкость, рекомендована диета с увеличением количества белков и витаминов и ограничением жиров и углеводов).

II. Медикаментозное лечение:

Магнезиальная терапия: сульфат магния 25 % - 20 мл развести в 20 мл 0,9 % раствора натрия хлорида (нагрузочная доза) в двух шприцах: по 10 мл магнезии и 10 мл 0,9 % раствора натрия хлорида в/в струйно очень медленно.

Гипотензивная терапия: специалист СОС и СП, акушерка и медсестра ГСВ должны контролировать прием препаратов, рекомендованных акушером-гинекологом.

Преэклампсия тяжелого течения - гипертензия со значительной протеинурией, возникшая после 20 недель беременности и исчезающая в течение 6 недель после родов. Характеризуется повышением уровня ДАД > 110 мм.рт.ст. при 2-кратном измерении с наличием *субъективных симптомов*:

- головная боль;
- головокружение;
- мелькание «мушек» перед глазами;
- тошнота;
- рвота;
- усиление сухожильных рефлексов;
- генерализованные отеки.

Появление субъективной симптоматики свидетельствует о резком нарушении мозгового кровообращения и переходе преэклампсии в более тяжелую форму.

Немедленная госпитализация, но для профилактики развития судорог и геморрагических осложнений необходимо проведение следующих мероприятий:

Противосудорожная терапия является первоочередной для лечения преэклампсии и эклампсии:

1. Магнезиальная терапия: сульфат магния 25 % - 20 мл развести в 20 мл 0,9 % раствора натрия хлорида (нагрузочная доза) в двух шприцах: по 10 мл магнезии и 10 мл 0,9 % раствора натрия хлорида в/в струйно очень медленно. Сульфат магния можно вводить как внутривенно дробно, так и капельно медленно. Существует и внутримышечный режим введения.
2. Гипотензивная терапия (нифедипин 20 мг под язык при условии наличия сознания).

Снижение АД проводят до показателей умеренной гипертензии.

Специалисту СОС и СП, акушерке и медсестре ГСВ необходимо оказать неотложную вышеобозначенную помощь и вызвать скорую помощь «на себя» для госпитализации. Самостоятельная госпитализация такого контингента женщин чревата тяжелыми осложнениями.

Эклампсия - появление одной или более судорог, не имеющих отношения к другим проявлениям мозговых нарушений у беременных с преэклампсией во время беременности, родов или 7 суток послеродового периода.

Критерии диагностики:

1. Судороги (локальные или генерализованные) на фоне признаков тяжелой преэклампсии.

Следует помнить о возможности бессудорожной формы эклампсии - на фоне признаков тяжёлой преэклампсии без предшествующих судорог развивается постэкламптическая кома.

ФАЗЫ ЭКЛАМПСИЧЕСКОГО ПРИСТУПА:

- 1. Продромальная** - длится 10-20 секунд, глаза вращаются или смотрят пристально, возможны сокращения мышц лица и рук, теряется сознание.
- 2. Тоническая** - длится 20-30 секунд, мышцы становятся твердыми и неподатливыми, спазмы диафрагмы, прекращается дыхание, слизистые оболочки, губы и конечности синеют, спина может изогнуться, зубы стиснуты, глаза выпучены.
- 3. Клоническая** - длится 1-2 минуты, сильное сокращение мышц, усиленное выделение слюны, пена изо рта, дыхание затрудненное, может вдыхать слюну, лицо налито кровью, может прикусить язык.
- 4. Коматозная** - продолжается минуты или часы в зависимости от индивидуальных особенностей, шумное и быстрое дыхание, лицо распухшее, но не посиневшее. Возможны дальнейшие приступы, поэтому нужен заботливый уход и седация.

Период разрешения – судороги прекращаются, происходит глубокий прерывистый вдох, изо рта появляется пена, часто с примесью крови, дыхание становится регулярным, исчезает цианоз, развивается состояние постэклампсической комы той или иной продолжительности, разрешающееся, при благоприятном исходе восстановлением сознания. После приступа развивается амнезия. Поэтому если припадок произошел в отсутствие окружающих, то о нем могут свидетельствовать только физические травмы (ушибы, прикушенный язык) и иногда имеющаяся к моменту осмотра кома.

Задачи:

- оказание неотложной помощи во время приступа;
- предупреждение развития следующего эклампсического приступа.

Неотложная помощь при эклампсии

Если женщина без сознания, не дышит или дыхание её поверхностное - провести быструю оценку общего состояния, включая жизненно важные функции (АД, пульс, дыхание).

Специалисту службы СОС и СП, акушерке и медсестре ГСВ необходимо вызвать помощь на себя и провести ряд неотложных мероприятий:

I. Немедикаментозное лечение:

- при возникновении эклампсического приступа беременную, утратившую сознание, необходимо уложить на бок для уменьшения риска аспирации, создать возвышенное положение головного конца;
- после судорог очистить ротовую полость от слизи и рвотных масс, если таковые имеются;
- дать женщине кислород со скоростью 4-6 литров в минуту (по возможности).

II. Медикаментозное лечение:

Противосудорожная терапия является первоочерёдной для лечения эклампсии:

1. Необходимо ввести струйно очень медленно 20 мл 25 % раствора магния сульфата (5 г сухого вещества) в двух шприцах: по 10 мл магнезии и 10 мл изотонического раствора натрия хлорида в каждом. Во избежание

раздражения сосудистой стенки (нагрузочная доза), после окончания приступа все манипуляции осуществлять только в условиях седации: диазепам 0,5 %-2,0. Поддерживающая доза 1-2 г сухого вещества магнезии в час в зависимости от уровня АД (24-28 г).

Никогда не оставлять женщину одну! Судороги, сопровождающиеся аспирацией рвотных масс, могут привести к смерти женщины и плода!

Если судороги повторились через 15 минут, ввести 2 г сульфата магния 8-9 мл в/в в течение 5 минут.

1.21. Гнойно-септические осложнения в акушерстве

Возбудителями до- и послеродовой инфекции могут быть микроорганизмы. Многие из них представляют собой обычную флору половых путей женщины. Возбудителями послеродовой инфекции могут быть также и патогенные организмы, передающиеся половым путем (урогенитальная инфекция).

Наиболее частыми возбудителями послеродового сепсиса являются анаэробные грамположительные кокки и грамотрицательные палочки (особенно бактероиды).

Патогенные микроорганизмы способны внедряться в плодные оболочки, вызывая внутриутробную инфекцию, а иногда и гибель плода.

К послеродовым гнойно-септическим осложнениям относятся:

- хориоамнионит (эндометрит во время родов);
- послеродовой эндометрит;

- послеродовой мастит;
- акушерский перитонит;
- сепсис.

Хориоамнионит. У беременной или роженицы чаще на фоне относительно длительного безводного периода отмечаются ухудшение общего состояния, повышение температуры тела, озноб, тахикардия, гнойные выделения из половых путей, при пальпации определяется болезненность матки. Развивается тахикардия у плода. У каждой пятой роженицы хориоамнионит переходит в послеродовой эндометрит.

Послеродовой/послеоперационный эндометрит – воспаление эндометрия, возникшее в течение 42 дней после родов/операции кесарево сечение.

Факторы риска:

Вне беременности:

- Эндогенные экстрагенитальные очаги инфекции в носоглотке, ротовой полости, почках и др.;
- Экстрагенитальные неинфекционные заболевания (диабет, нарушения липидного обмена и др.).

Во время беременности:

- Бактериальный вагиноз;
- Анемия;
- Гипертензивные нарушения беременности;
- Предлежание плаценты;
- Пиелонефрит;
- Инвазивные методы исследования состояния плода;

- Хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности.

В родах:

- преждевременное излитие околоплодных вод;
- длительный безводный промежуток;
- затяжные роды;
- необоснованная ранняя амниотомия;
- многократные влагалищные исследования;
- остатки плацентарной ткани;
- нарушение санитарно-эпидемиологического режима.

Клинические проявления: боль, субинволюция матки, отсутствие послеродовых сокращений матки, местная гипертермия, появление патологических гнойных выделений из половых путей, болезненность при пальпации вдоль ребер матки, вздутие кишечника.

Экстренные мероприятия:

1. Дезинтоксикационная терапия: 0,9% раствор хлорида натрия 400 мл в/в струйно.
2. Антибактериальная терапия: ампициллин 1 г в/в, гентамицин 240 мг в/в.
3. При гипертермии выше 38,5°C – ибупрофен 0,8 (800 мг) или парацетамол 0,5 (500 мг) перорально.

Экстренная госпитализация в стационар!

Мастит – острое воспаление молочной железы, наиболее часто возникающее в послеродовом периоде.

Происходит проникновение микроорганизмов в ткань молочной железы через молочные ходы или тре-

шины соска. В случае застоя молока развитие инфекции происходит особенно бурно с образованием абсцессов (спойников) молочной железы.

Клинические проявления:

- повышение температуры тела (до 39-40°);
- озноб;
- слабость;
- головная боль;
- чувство жара;
- проливные поты.

При осмотре молочной железы выявляются чрезвычайно болезненные трещины соска, резкий отек, покраснение кожи, нагрубание молочной железы. В запущенных случаях или при неправильном лечении возможно самопроизвольное вскрытие поверхностных спойников, после чего образуются долго не заживающие спойные и молочные свищи. В более тяжелых случаях не исключено поражение всей молочной железы с развитием сепсиса.

Лечение необходимо при появлении самых первых признаков заболевания. Назначенное врачом лечение, начатое в первые 2-3 дня, приводит к выздоровлению.

После каждого кормления необходимо тщательно сцеживать молоко руками или с помощью молокоотсоса. Для облегчения сцеживания за 30-40 минут до кормления принимают таблетку но-шпы. Ребенка можно кормить молоком, сцеженным из пораженной железы, после его пастеризации (доводить до кипения). Из здо-

ровой молочной железы следует продолжать обычное кормление.

На область уплотнения можно положить компресс без вощеной бумаги, пропитав марлевую салфетку водкой или 40-60% этиловым спиртом. Железе придают возвышенное положение, не сдавливая ее бюстгалтером. При сильных болях трещины соска можно обработать 1% раствором метиленового синего и нанести мазь с анестезином.

Если сохраняются высокая температура тела, боль и уплотнение молочной железы, то, вероятнее всего, возникло нагноение и показано оперативное лечение. В этом случае требуется консультация хирурга, гинеколога.

Профилактика послеродового мастита заключается в предупреждении трещин сосков и застоя молока. С этой целью уже в течение всей беременности следует проводить «закаливание» и подготовку сосков: ежедневно обмывать их теплой водой с мылом, делать воздушные ванны по 15-20 минут, проводить общее ультрафиолетовое облучение, общегигиенические мероприятия, часто менять белье.

Пельвиоперитонит

Клиническая картина пельвиоперитонита может быть обусловлена острым воспалительным процессом в придатках матки.

Клинические симптомы:

- острый живот (боль, симптомы раздражения брюшины, напряжение мышц передней стенки);
- высокая температура тела;

- озноб;
- лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ.

Факторы риска возникновения акушерского перитонита:

- воспалительные заболевания женских половых органов;
- пролонгированные роды;
- длительный безводный период;
- нарушение правил асептики при приеме родов и операции кесарево сечение;
- хронические экстрагенитальные очаги инфекции;
- патологическая кровопотеря в родах;
- иммунодефицит;
- гипертензивные нарушения беременности.

Необходима срочная госпитализация в стационар.

Сепсис – это общее неспецифическое инфекционное заболевание, возникающее в условиях нарушенной реактивности организма, при постоянном или периодическом поступлении микроорганизмов и их токсинов в кровеносное русло, сопровождающееся развитием генерализованной воспалительной реакции в ответ на клинически или бактериологически доказанную инфекцию.

Может возникнуть после:

- аборта в малом сроке беременности;
- прерывания беременности в поздних сроках;

- родов через естественные родовые пути;
- операции кесарево сечение;
- внутриматочных манипуляций;
- криминальных вмешательств.

Клинические проявления: матка может быть интактна; на первый план выходят явления перитонита, пиелонефрита, параметрита, пневмонии и т.д., **то есть отсутствует местная воспалительная реакция в первичном очаге инфекции.**

Септический шок - это сепсис с гипотонией, появление лактат-ацидоза, олигурии, изменение ментального статуса, несмотря на адекватное возмещение объема с нарушением перфузии.

Факторы, провоцирующие развитие септического шока:

- назначение антибактериальной терапии без предшествующей нормализации гемодинамических нарушений;
- инъекции;
- стимулирующие средства;
- влагалищное исследование;
- нередко инфузия крови, альбумина, препаратов парентерального питания;
- введение антибиотиков без восполнения ОЦК.

Клиника септического шока.

Характерны две фазы:

Фаза теплой нормотонии:

- Термическая реакция с ознобом, гиперемией и гипертермией кожных покровов, уменьшение постнагрузки, тахикардией и стабильным артериальным давлением, может даже отмечаться умеренная артериальная гипертензия, причина которой - гиперкатехоламинемия, возникающая для борьбы с начинающейся гиповодемией, тахипное и респираторный алкалоз.
- Снижение периферического сопротивления сосудов (ОПСС) способствует дальнейшему снижению АД, сердечного выброса и развитию относительной гиповодемии.

Фаза холодной гипотонии (необратимый или поздний септический шок):

- Периферическая вазоконстрикция, синдром малого выброса, гиперперфузия.

Необходимо проводить следующие мероприятия:

- Термометрия
- Определение ЧСС
- Измерение АД

Экстренные мероприятия

(строгое соблюдение очередности мероприятий):

Катетеризация локтевой вены катетером.

Струйная инфузия 0,9% раствора хлорида натрия – 400 мл-2000 мл.

Антибактериальная терапия: ампициллин 1г в/в + гентамицин 240 мг в/в.

Экстренный вызов скорой помощи!

1.22. БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

1.22.1. Беременность и роды при заболеваниях сердечно-сосудистой системы

Одними из самых тяжелых экстрагенитальных патологий у беременных являются заболевания сердечно-сосудистой системы, и основное место среди них занимают пороки сердца. Беременных с пороками сердца относят к группе высокого риска материнской и перинатальной смертности и заболеваемости.

Вопрос о допустимости иметь беременность и роды женщине, страдающей сердечно-сосудистыми заболеваниями, должен решаться заранее, в идеале до замужества.

При увеличении размеров матки ограничивает подвижность диафрагмы, повышается внутрибрюшное давление, изменяется положение сердца в грудной клетке, что, в конечном итоге, приводит к изменениям условий работы сердца.

Изменение сердечной гемодинамики у матери оказывает отрицательное влияние на маточно-плацентарное кровообращение, что может вызвать в некоторых случаях возникновение у плода пороков развития, в том числе врожденных пороков сердца. Роды декомпенсируют и без того хрупкое равновесие.

Синдром сдавления нижней полой вены у беременных женщин нельзя расценивать как признак заболевания. Скорее это проявление недостаточной адаптации сердечно-сосудистой системы к обусловленному увеличением давления матки на нижнюю полую вену и

уменьшению венозного возврата крови к сердцу, вследствие чего происходит снижение АД (при резком снижении наступает обморок), а при падении систолического АД - потеря сознания. Синдром сдавления нижней полой вены может проявляться беспокойством, чувством нехватки воздуха, учащением дыхания, головокружением, потемнением в глазах, побледнением кожных покровов, потоотделением, тахикардией. Эти признаки могут быть и при других шоковых состояниях. Но в отличие от последних, отмечают резкое повышение венозного давления на ногах при измененном венозном давлении на руках. Чаще всего синдром возникает при многоводии, беременности крупным плодом, при артериальной и венозной гипотонии, при многоплодии, у беременных маленького роста.

Особого лечения обычно не требуется.

При возникновении синдрома сдавления нижней полой вены достаточно немедленно повернуть женщину на бок.

Первые признаки расстройства обычно появляются у женщин, лежащих в положении на спине.

Необходимо знать, что при выраженном длительном сдавлении нижней полой вены снижается маточный и почечный кровоток, ухудшается состояние плода. Возможны такие осложнения, как преждевременная отслойка плаценты, тромбофлебиты и варикозное расширение вен нижних конечностей, острая и хроническая гипоксия плода.

Классификация степени риска неблагоприятного исхода беременности у больных с пороками сердца:

- *степень I – беременность при пороке сердца без выраженных признаков сердечной недостаточности и обострения ревматического процесса;*
- *степень II – беременность при пороке сердца с начальными симптомами сердечной недостаточности (одышка, тахикардия), наличии признаков активной фазы ревматизма;*
- *степень III – беременность при декомпенсированном пороке сердца с признаками преобладания правожелудочковой недостаточности, наличии активной фазы ревматизма, мерцательной аритмии, легочной гипертензии;*
- *степень IV – беременность при декомпенсированном пороке сердца с признаками левожелудочковой недостаточности и мерцательной аритмии с тромбоэмболическими проявлениями легочной гипертензии.*

Беременность противопоказана:

- *при III и IV степени риска;*
- *при выраженном митральном стенозе;*
- *при комбинированном митральном пороке с признаками декомпенсации сердечной деятельности;*
- *при стенозе аортального отверстия;*
- *при недостаточности аортального клапана с симптомами сердечной недостаточности;*
- *на фоне активного ревматического процесса.*

1.22.2. Анемии беременных

Анемии беременных разделяют на *приобретенные* (дефицит железа, белка, фолиевой кислоты) и *врожденные* (серповидно-клеточные).

Различают две группы анемий:

- диагностируемые во время беременности;
- существовавшие до наступления ее.

Чаще всего наблюдают анемии, возникшие при беременности.

У большинства женщин к 28-30 недельному сроку беременности развивается анемия, связанная с неравномерным увеличением объема циркулирующей плазмы крови и объема эритроцитов. В результате снижается показатель гематокрита, уменьшается количество эритроцитов, падает показатель гемоглобина. Подобные изменения картины красной крови, как правило, не отражаются на состоянии и самочувствии беременной. Истинные анемии беременных сопровождаются типичной

клинической картиной и оказывают влияние на течение беременности и родов.

При анемии беременных в последовом и раннем послеродовом периоде часто возникает такое грозное осложнение, как кровотечение.

Наблюдение и лечение беременных с анемией проводят преимущественно амбулаторно, госпитализация требуется только в тяжелых случаях.

Беременной женщине необходимо стараться разнообразить свое питание продуктами, богатыми железом. Пища должна содержать белок, достаточное количество микроэлементов, витаминов. Рекомендуется включать в пищевой рацион говядину, баранину, печень, куриное мясо, творог, яйца, рыбу, яблоки, курагу, изюм, морковь, свеклу. Если по анализу крови диагностирована анемия, врач назначит препараты с солями железа, которые принимают внутрь в таблетках или капсулах. Необходимо принимать эти добавки после еды, запивая большим количеством воды, так как они могут вызывать запоры, поносы и тошноту. К препаратам железа относятся восстановленное железо, сульфат железа, феррокаль, ферроплекс, тардиферон и др. Лечение анемии длительное. Очень важно, добившись выздоровления беременной, не прекращать лечения в течение 3 месяцев, так как предстоят роды с неизбежной кровопотерей, длительный период кормления ребенка грудью.

1.22.3. Беременность и роды при заболеваниях почек

Беременность предрасполагает к заболеванию почек вследствие нарушения уродинамики, обусловленного

Изменением топографоанатомических взаимоотношений по мере увеличения размеров матки, воздействием прогестерона на рецепторы мочевыводящих путей. Наблюдается гипотония и расширение чашечно-лоханочной системы и мочеточников. Снижение тонуса и амплитуды сокращений мочеточника начинается после III месяца беременности и достигает максимума к VIII месяцу. Восстановление тонуса начинается с последнего месяца беременности и продолжается в течение II месяцев послеродового периода. Снижение тонуса верхних мочевых путей и застой мочи в них при беременности ведет к тому, что в почечной лоханке повышается давление - это имеет значение в развитии пиелонефрита.

Наиболее часто встречающиеся клинические формы - пиелонефрит, гидронефроз, бессимптомная бактериурия, реже - гломерулонефрит, туберкулез почек, мочекаменная болезнь, аномалии развития мочевыводящих путей.

Пиелонефрит - это наиболее частое заболевание при беременности, при котором страдает концентрационная способность почек. Пиелонефрит оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности и состояние плода. Наиболее частое осложнение - гипертензивные нарушения беременности, невынашивание беременности, внутриутробное инфицирование плода. Серьезными осложнениями являются острая почечная недостаточность, сепсис и септический шок. Беременных с пиелонефритом относят к группе высокого риска.

Беременные, больные пиелонефритом должны быть госпитализированы при каждом обострении заболевания, при появлении признаков преэклампсии, ухудшении состояния плода (гипоксия, гипотрофия.)

Различают острый, хронический, латентно протекающий и гестационный пиелонефрит.

Важно знать 3 степени риска беременности и родов у больных с пиелонефритом:

- к I степени относят больных с неосложненным пиелонефритом, возникшим во время беременности;
- ко II степени - больных с хроническим пиелонефритом, существующим до беременности;
- к III степени - женщин с пиелонефритом и гипертензией или анемией, пиелонефритом единственной почки.

Больным I и II степеней риска можно разрешить пролонгировать беременность, необходимо обеспечить постоянное динамическое наблюдение у терапевта, нефролога. Больным с III степенью риска беременность противопоказана.

Гломерулонефрит беременных - это инфекционно-аллергическое заболевание, приводящее к иммунокомплексному поражению клубочков почек. Возбудитель - β -гемолитический стрептококк. Чаще всего это заболевание возникает после ангины, гриппа.

Гломерулонефрит не является абсолютным показанием для прерывания беременности. Однако надо помнить, что прогноз для матери и плода может быть

очень серьезным. Возможны такие осложнения, как преэклампсия, энцефалопатия, сердечная, почечная недостаточность, кровотечения во время беременности, в родах и послеродовом периоде, которые могут привести к гибели женщины, самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды, гипотрофия и гипоксия интутробного плода, вплоть до его антенатальной гибели.

Противопоказания для пролонгирования беременности:
острый гломерулонефрит (после перенесенного острого гломерулонефрита беременность возможна не ранее, чем через 3-5 лет), хронический гломерулонефрит в стадии обострения с выраженной гипертензией и азотемией.

Ведение и лечение женщин с гломерулонефритом проводят совместно акушер-гинеколог и нефролог.

Аномалии развития почек - дистопия почек, удвоенная почка, аплазия одной почки, подковообразная почка. Вопрос о ведении беременности решают в зависимости от вида аномалии почек и степени сохранения их функции.

1.22.4. Сахарный диабет и беременность

Сахарный диабет может возникнуть в различные периоды жизни до наступления беременности или же впервые проявиться во время беременности.

В клинической практике различают три основных вида сахарного диабета:

- сахарный диабет I типа – *инсулинозависимый* (ИЗСД);
- сахарный диабет II типа – *инсулинонезависимый* (ИНСД);
- сахарный диабет III типа – *гестационный диабет* (ГД), который развивается после 28 недель беременности и представляет собой транзиторное нарушение утилизации глюкозы у женщин во время беременности.
- *Первая половина беременности* у большинства больных сахарным диабетом протекает без особых осложнений. Исключение составляет угроза самопроизвольного выкидыша.
- *Во второй половине беременности* чаще возможны такие акушерские осложнения, как гипертензивные нарушения беременности, многоводие, угроза преждевременных родов, гипоксии плода, инфекции мочевыводящих путей.

Ведение беременности у больных сахарным диабетом осуществляют в условиях амбулаторного и стационарного наблюдения.

Противопоказания к беременности при сахарном диабете

- Наличие быстро прогрессирующих сосудистых осложнений, которые обычно встречаются при тяжело протекающем заболевании, осложняют течение беременности и значительно ухудшают прогноз для матери и плода.
- Наличие инсулинорезистентных и лабильных форм сахарного диабета.
- Наличие сахарного диабета у обоих родителей, что резко увеличивает возможность заболевания у детей.

- Сочетание сахарного диабета и резус-сенсibilизации матери, которое значительно ухудшает прогноз для плода
- Сочетание сахарного диабета и активного туберкулеза легких, при котором беременность нередко приводит к тяжелому обострению процесса.

Вопрос о возможности беременности, ее сохранении или необходимости прерывания решают консультативно при участии врачей акушеров-гинекологов, терапевта, эндокринолога до срока 12 недель.

1.22.5. Вирусный гепатит и беременность

Вирусный гепатит – инфекционное заболевание вирусной природы с преимущественным поражением печени. В настоящее время выделено несколько форм вирусных гепатитов (А, В, С, Д, ни А, ни В, Е).

У беременных вирусные гепатиты протекают тяжелее, чем у не беременных и представляют серьезную опасность для матери и плода. Беременных с этим заболеванием относят к группе повышенного риска.

Источник инфекции - больной человек.

Механизмы передачи - фекально-оральный, парентеральный.

Основные факторы передачи - вода, пища, “грязные руки”, предметы обихода, переливание крови, инъекции различных препаратов при операциях, зубоврачебных вмешательствах, возможно заражение половым путем.

Инкубационный период:

- ВГА - от 9 до 40 дней;
- ВГВ - от 6 недель до 6 месяцев;

- ВГ ни А ни В -14-50 дней, в среднем 30 дней.

Вирусный гепатит А. Заболевание имеет сезонность - июль-август, октябрь-ноябрь. Особенность течения заболевания у беременных - чаще развивается латентная продрома, генерализованный кожный зуд, более резко выражен холестагический синдром.

1. Преджелтушный период (продромальный) от 2 до 10 дней проявляется недомоганием, повышенной утомляемостью, понижением аппетита, болью в животе, увеличением печени.
2. Желтушный период характеризуется желтушной окраской кожных покровов и склер, потемнением мочи и обесцвечиванием кала.
3. Заключительный период (послежелтушный) или период реконвалесценции - выздоровления.

У беременных отмечают удлинение преджелтушного периода до 2-3 недель, который протекает с преобладанием диспепсических явлений: плохой аппетит, отвращение к пище, тяжесть в подложечной области, тошнота, рвота, а также кожный зуд.

Вирусный гепатит В. По сравнению ВГА при ВГВ более выражена интоксикация, в том числе и в желтушном периоде, отмечается аллергия в виде кожных высыпаний, артралгии.

Тактика специалиста СОС и СП, акушерки и медсестры ГСВ:

- обеспечение госпитализации в специализированный стационар.
- контроль за обследованием членов семьи.
- разъяснение членам семьи по ограничению контактов.

Вирусный гепатит ни А ни В является среди вирусных гепатитов самым грозным для жизни бере-

мешных женщин. Характерной особенностью у беременных является тяжелое течение во II и III триместрах беременности, развитие острой печеночной энцефалопатии в короткий промежуток времени. Тяжелая форма вирусного гепатита ни А ни В у беременных крайне неблагоприятно влияет на плод. Дети погибают в анте- и интранатальном периодах, в течение первого месяца жизни. Для детей, оставшихся в живых, характерно отставание в физическом и психомоторном развитии и повышенная заболеваемость.

Для предупреждения заражения новорожденных, все беременные должны быть обследованы на наличие HBsAg на ранних сроках и в 32 недели беременности. Беременные с хроническим гепатитом В и носительницы HBsAg должны рожать со строгим соблюдением противоэпидемиологических мероприятий.

1.22.6. Беременность и роды при туберкулезе

Туберкулез – хроническое инфекционное заболевание, вызываемое микобактерией туберкулеза (палочка Коха) и характеризующееся развитием клеточной аллергии, специфических гранул в различных органах и тканях, и полиморфной клинической картиной. Характерно поражение легких, лимфатической системы, костей, суставов, мочеполовых органов, кожи, глаз, нервной системы. При отсутствии лечения болезнь прогрессирует и заканчивается фатально.

Задачи специалиста службы организации семьи и медико-социального патронажа, акушерки и медсестры ГСВ:

- выявление больных туберкулезом;
- при подозрении на туберкулез направление больных к врачу-фтизиатру;
- осуществление амбулаторного этапа лечения;
- проведение профилактических мероприятий.

Туберкулез органов дыхания является наиболее частой локализацией туберкулезного процесса (80%). Наиболее распространенным симптомом туберкулеза легких является: постоянный кашель в течение 3 недель и более, обычно с мокротой, который обычно сопровождается одним из перечисленных ниже симптомов:

- утомляемость;
- лихорадка;
- ночная потливость;
- одышка;
- потеря аппетита;
- боль в груди;
- кровохарканье;
- потеря веса.

Внелегочный туберкулез. Больной внелегочным туберкулезом может иметь следующие симптомы общего характера:

- потеря в весе;
- утомляемость;
- боль в груди;
- ночная потливость.

Остальные симптомы зависят от пораженного органа.

Туберкулез периферических лимфатических узлов:

- чаще болеют дети и подростки;
- чаще поражаются шейные, подчелюстные лимфатические узлы, реже - паховые и подмышечные;
- при пальпации лимфоузлы слегка болезненные, плотные, спаянные между собой и окружающей тканью, размером до 4-5 см;
- иногда появляется флюктуация и свищ с гнойным отделением.

Туберкулезный менингит:

- развивается постепенно, появляется раздражительность, светобоязнь;
- нарастающая головная боль, лихорадка до 38-39°C, рвота, не связанная с приемом пищи;
- менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Брудзинского, Кернига).

Туберкулез мочеполовой системы:

- частое болезненное мочеиспускание;
- боли в поясничной области, обычно тупые, иногда острые, по типу почечной колики;
- гематурия может быть единственным симптомом заболевания, если происходит вовлечение в процесс мочевого пузыря;
- увеличение придатков яичка;
- пиурия, посев на банальную флору будет отрицательным.

Костно-суставный туберкулез:

- длительные, упорные ночные боли в позвоночнике или конечностях;
- боли в животе или в грудной клетке неясной этиологии;
- артриты, полиартриты (отек, краснота, ограничение движений в суставах, напряжение мышц, хромота);
- затруднения при наклоне, ригидность и болезненность спины, возможны ее деформация и опоясывающие боли;
- длительно незаживающие свищи.

Туберкулез гениталий у женщин:

- бесплодие;
- боли внизу живота, нарушение менструального цикла;
- опухолевидные образования в брюшной полости.

Обучение пациентов и членов их семей

Специалисты службы организации семьи и социального патронажа, акушерки и медсестры ГСВ должны проводить беседы и разъяснительную работу непрерывно на протяжении всего периода лечения.

При проведении беседы необходимо обсуждать:

- что такое туберкулез;
- как распространяется туберкулез, меры предупреждения заражения туберкулезом;
- симптомы туберкулеза;
- вопросы лечения туберкулеза:
 - необходимость и важность получения полного курса лечения;
 - что может произойти, если больной не будет принимать все лекарства;

- что произойдет, если больной будет продавать свои лекарства;
- тип и цвет таблеток/инъекций;
- количество и частота приемов таблеток/инъекций;
- возможные побочные эффекты;
- частота и важность исследования мокроты.

Беременность противопоказана при:

- ***Фиброзно-кавернозном туберкулезе легких, который возникает в результате прогрессирующего течения любой формы туберкулеза с образованием каверны.***
- ***Активной форме туберкулеза позвоночника, таза, особенно с образованием абсцесса или фистулы; при туберкулезе тазобедренного, коленного, голеностопного суставов.***
- ***Двухстороннем, далеко зашедшем туберкулезе почек.***

Прогноз. Ранняя диагностика и раннее начало лечения туберкулеза у беременных обеспечивают благоприятный исход беременности и родов для матери и плода.

Все новорожденные должны подвергаться профилактической вакцинации БЦЖ. Если у матери закрытая форма туберкулеза, она может кормить новорожденного грудью.

После выписки из родильного дома женщина с новорожденным должны находиться под наблюдением туберкулезного диспансера.

1.22.7. Миома матки и беременность

Миома (лейомиома) матки - это доброкачественная опухоль, состоящая из мышечных и соединительнотканых элементов. Очень часто миома матки сочетается с беременностью.

Трудности при зачатии, обусловленные миомой, объясняются самыми разными факторами, среди которых нарушение моторики маточных труб, затрудняющее передвижение сперматозоидов, нарушение овуляции.

У пациенток с миомой матки чаще происходят самопроизвольные аборты. Считается, что при наличии миомы увеличивается риск самопроизвольного аборта и преждевременных родов. Это связывают с уменьшением свободного места для ребенка в матке за счет миоматозных узлов, а также с повышением сократительной активности матки. Как правило, чем больше размер миомы, тем выше вероятность преждевременных родов.

Беременные с миомой матки направляются на госпитализацию.

Наличие миомы влияет на течение родов. Примерно у половины беременных с миомами отмечаются затяжные роды.

Послеродовой период. С наличием миомы могут быть связаны как ранние, так и поздние послеродовые осложнения. К ранним относятся послерод-

равные кровотечения, связанные с пониженным тонусом матки, плотное прикрепление и приращение плаценты; к поздним - неполная инволюция матки (когда матка не уменьшается до "исходных" размеров), инфекционные заболевания.

Как беременность и роды влияют на миому?

Принято считать, что миома во время беременности растет, однако есть мнение, что это не истинный, а кажущийся рост, связанный с ростом матки в целом. В основном незначительное увеличение размеров миомы наблюдается в первом и втором триместрах, а в третьем все миомы становятся меньше. В целом существенный рост миомы во время беременности наблюдается редко и практически не осложняет течение беременности.

Чаще во время беременности наблюдается другое явление – некротическое изменение миоматозных узлов, сопровождающееся болевым синдромом, явлениями угрозы прерывания беременности, симптомами острого живота.

Если появляется боль в животе, сохраняется повышенный тонус матки, то пациентку необходимо госпитализировать и дальнейшее лечение осуществляется в стационаре.

Диагностика миомы матки. Классическими проявлениями миомы матки являются затяжные циклические (т.е. регулярные, соответствующие менструальному циклу) кровотечения (меноррагии),

на фоне которых нередко бывают ациклически (нерегулярные) маточные кровотечения (метроррагии). При появлении подобных симптомов необходимо отправиться на прием к гинекологу.

Немедикаментозная терапия

В качестве лечебно-профилактических средств при миоме матки обычно назначаются препараты железа, белковая диета, витамины группы В, аскорбиновая и фолиевая кислоты. Большое значение имеют также витамины Е и А, которые оказывают регулирующее влияние на нейроэндокринную систему в целом и снижают чувствительность половых органов к эстрогенам.

У больных миомой матки нередко наблюдается нарушение жирового (липидного) обмена, что выражается в повышенной массе тела. В таких случаях необходима коррекция пищевого режима: ограничение потребления углеводов, замена животных жиров растительными, включение в рацион фруктовых и овощных соков.

1.23. Воспалительные заболевания женских половых органов

Вагинит (кольпит) – воспаление слизистой оболочки влагалища.

Возбудители:

- трихомонады,
- грибы (*Candida*),
- гарднереллы,
- стрептококки,
- эшерихии.

Предрасполагающие факторы:

- общие заболевания,
- гипофункция яичников,
- несоблюдение правил личной гигиены,
- инволюционные процессы в пожилом возрасте.

Факторы риска:

- возраст моложе 21 года, пациентка не замужем;
- наличие более 1 полового партнера;
- новый партнер в последние 3 месяца.

Симптомы и течение заболевания зависят от возбудителя.

Трихомонадный вульвовагинит

Клинические симптомы:

- влагалищные выделения (обильные, зеленовато-желтого цвета, водянистой консистенции, пенистые);
- при хронической форме выделения могут возникать или усиливаться во время или сразу же после менструаций;
- зуд в области половых органов;
- дизурические явления;
- слизистая оболочка влагалища гиперемирована, с точечными петехиальными геморрагиями (в острой форме).

Кандидозный кольпит

Клинические симптомы:

- зуд во влагалище и в области наружных половых органов;

- вагинальные выделения (обильные или умеренные, творожистой или сливкообразной консистенции);
- при осмотре обычно наблюдается эритематозность и отечность вульвы и влагалища.

Вагинальный гарднереллез

Клинические симптомы:

- скудные серые водянистые выделения с неприятным «рыбным» запахом;
- при осмотре в зеркалах слизистая влагалища, как правило, не изменена.

Диагностика основывается на жалобах, клинической картине и данных лабораторных тестов.

При вышеперечисленных жалобах необходима консультация гинеколога.

Бартолинит - воспаление большой железы преддверия влагалища.

Возбудители:

- стафилококки,
- эшерихии,
- гонококки и др.

Инфекция проникает через выводной проток железы (каналикулит), затем воспалительный процесс захватывает паренхиму (серозное, гнойное воспаление). Гнойный экссудат заполняет дольки железы с образованием ложного абсцесса, который может самостоятельно вскрыться.

Клинические симптомы:

- недомогание;
- слабость;

- ощущение припухлости в области наружных половых органов;
- повышение температуры тела до 38 ° С;
- сильная боль в области наружных половых органов, нарастающая при сидении и ходьбе;
- при объективном исследовании отмечают припухлость и гиперемию в области бартолиновой железы; ее пальпация резко болезненна;
- при образовании псевдоабсцесса - гектическая температура, ознобы;
- при прорыве гнойника отмечается снижение температуры, улучшается общее состояние больной;
- в хронической стадии заболевания возможно развитие ретенционной кисты.

Заболевание имеет склонность к рецидивам.

Метроэндометрит (воспалительная болезнь матки по МКБ X пересмотра) – воспаление слизистой оболочки матки.

Возбудители:

- золотистый патогенный стафилококк;
- туберкулезные микобактерии;
- хламидии;
- кишечная палочка;
- смешанная инфекция.

Чаще связано с послеабортной инфекцией, но может развиваться после менструаций, внутриматочных диагностических манипуляций (зондирование, выскабливание полости матки). Некроз эндометрия приводит

к его отторжению, кровотечению, появлению жидких гнойно-кровянистых белей. Процесс может распространяться на миометрий с развитием метрита и метроэндометрита.

Клинические симптомы:

- повышенная температура;
- общее недомогание;
- боль внизу живота;
- жидкие гнойные бели;
- хроническое течение сопровождается уплотнением матки, расстройством менструального цикла, невынашиванием беременности.

Лечение – стационарное.

Сальпингоофорит – воспаление яичников, сочетающееся с воспалением маточных труб.

Возбудители:

- стафилококки,
- стрептококки,
- эшерихии,
- хламидии,
- гонококки,
- микобактерии туберкулеза и другие микробы.

В большинстве случаев яичники поражаются вторично, вследствие сальпингита. Воспалительно-измененная маточная труба спаивается с яичником, образуя единый воспалительный конгломерат. Образование гноя в маточной трубе приводит к расплавлению ткани труб

и яичников с развитием тубоовариального воспалительного образования (пиосальпинкс и пиовар).

Клинические симптомы:

- боль внизу живота и в поясничной области;
- высокая температура;
- озноб;
- дизурические расстройства;
- перитонеальные явления;
- нарушения функции яичников;
- в хронической стадии больных беспокоят боль в животе, нарушения менструального цикла (метроррагии).

Различают острую, подострую и хроническую стадии заболевания.

Лечение – стационарное.

Гинекологические заболевания, вызывающие явления острого живота, приходится дифференцировать с экстрагенитальной патологией (аппендицит, острая непроходимость кишечника, прободная язва желудка, тромбоз сосудов брыжейки кишечника, острый панкреатит, почечная колика и др.). Для уточнения диагноза и выбора правильной врачебной тактики больную следует направить в многопрофильную больницу, где можно организовать консилиум врачей разных специальностей.

В случае выраженных признаков интоксикации, повышения температуры тела, необходимо наряду с мероприятиями по организации госпитализации обеспечить внутривенное струйное введение физ. раствора 500,0 мл, таблетированный прием ибупрофена, профилактика

судорог — охлаждение головы, холодный компресс в подмышечной области, теплые грелки на область ног.

1.24. Острые хирургические заболевания

Острые хирургические заболевания, требующие экстренной операции

Клиника *нарушенной трубной беременности* (как разрыва маточной трубы, так и трубного аборта) складывается из субъективных и объективных признаков беременности вообще (чего не будет при остром аппендиците) и из симптомов прервавшейся трубной беременности.

Для классической клинической картины нарушенной трубной беременности по типу *разрыва маточной трубы* типично внезапное появление болей внизу живота, нередко схваткообразного характера, иррадиирующих в правое плечо и лопатку, поясницу и прямую кишку. Появление болей совпадает с субъективными признаками внутреннего кровотечения. Больные указывают на внезапную общую слабость, головокружение и даже кратковременный обморок (обычно манифестация заболевания происходит при физическом напряжении, часто во время акта дефекации). При осмотре больной обращают на себя внимание бледность кожи, холодный пот, беспокойное поведение. Она часто меняет позу. Пульс становится слабым, частым, наблюдается снижение артериального давления. Френикус-симптом положителен, если в брюшной полости имеется не менее 500 мл крови, появляются симптомы раздражения брюшины.

В боковых отделах живота определяется притупление перкуторного звука (свободная кровь в брюшной полости). Живот умеренно вздут, отмечаются нерезко выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки и болезненность нижних отделов живота, чаще на стороне разрыва трубы.

Через несколько часов после приступа болей из матки начинает отторгаться децидуальная ткань, которая представляет собой почти полный слепок полости матки. Состояние больной может на какое-то время стабилизироваться и даже субъективно улучшиться, но по мере прогрессирования внутрибрюшного кровотечения развивается картина тяжелого коллапса и шока. Тяжесть состояния больной обычно зависит от степени кровопотери, однако индивидуальные способности к адаптации тоже играют немаловажную роль. Данные клинико-лабораторных исследований могут не соответствовать общему состоянию больной: при низком содержании гемоглобина и снижении числа эритроцитов больная может чувствовать себя удовлетворительно, что не должно трактоваться, как улучшение.

Трубный аборт, как правило, протекает длительно, часто без особых клинических проявлений. Обычно после небольшой задержки менструации появляются схваткообразные, периодически повторяющиеся приступы болей внизу живота, чаще односторонние (естественно, что при дифференциальной диагностике с острым аппендицитом нас больше интересует правосторонняя локализация трубной беременности). Из половых путей через тот или иной промежуток времени появляются скудные темнокровянистые выделения. В начале заболевания кровь при отслойке плодного яйца из маточной трубы поступает в

брюшную полость небольшими порциями, не вызывая резких перитонеальных симптомов и анемизации больной. Однако, лабильность пульса и артериального давления, особенно при перемене положения тела, при прочих равных уже является достаточно характерным признаком.

Дальнейшая клиника трубного аборта определяется повторными кровоизлияниями в брюшную полость, образованием позадиматочной гематомы и, как следствие, развитием анемии и появлением симптомов раздражения брюшины.

При типичном течении *неосложненного острого аппендицита* симптомы раздражения брюшины более выражены, отмечается повышение температуры, реакция белой крови в виде высокого лейкоцитоза, сдвига лейкоцитарной формулы влево, эозинопения, а также увеличение СОЭ (эти показатели в динамике нарастают). При разрыве трубы острая боль постепенно утихает, а при остром аппендиците она нарастает и перемещается из эпигастральной области в правую подвздошную. При остром аппендиците пальпация передней брюшной стенки болезненна в области локализации отростка и сопровождается резким напряжением мышц передней брюшной стенки - при разрыве трубы пальпация живота менее болезненна, напряжение мышц передней брюшной стенки также менее выражено. При остром аппендиците отсутствуют признаки кровопотери. Наконец, при остром аппендиците наблюдаются специфические аппендикулярные симптомы, которых не будет при внематочной беременности. Для уточнения диагноза проводится гинекологическое исследование, которое в сочетании с анамнезом и вспомогательными методами исследования помогает поставить правильный диагноз (при остром аппендиците влагалищное исследование безболезненно, матка нормальных размеров,

шоды свободны, придатки матки обычно не увеличены, отсутствуют кровянистые выделения из половых путей, при пункции заднего свода влагалища удается получить прозрачную жидкость, но не кровь, иммунологические реакции на беременность отрицательные). Заключительным мероприятием является оперативное вмешательство, посвящее лечебно-диагностический характер.

Нередко встречаются стертые формы нарушенной внематочной беременности со сравнительно небольшим кровотечением, изменения со стороны наружных и внутренних половых органов могут быть также незначительными, а результаты пункции заднего свода влагалища отрицательными (технические погрешности, спайки в брюшной полости). Это является причиной диагностических ошибок, когда больных оперируют с дооперационным диагнозом острого аппендицита, а на операции у них обнаруживается внематочная беременность.

Перекрут и разрыв кисты яичника чаще всего взаимосвязаны между собой. Перекрут кисты яичника обусловлен наличием ножки, а разрыв ее возникает вследствие перекрута. Однако разрыв кисты яичника может произойти вследствие воспалительной деструкции ее стенки. Перекрут и разрыв большой кисты яичника сопровождаются выраженной клиникой «острого» живота, появляется боль над лобком, которая может охватывать также правую подвздошную область, иррадирует в спину, промежность, распространяется на внутреннюю поверхность бедер. Наблюдается многократная рвота, мучительная тошнота рефлекторного характера, поллакиурия, учащенные позывы на дефекацию. Поведение больных беспокойное. При значительном кровотечении из стенки кисты появляются также симптомы внутреннего кровотечения: общая слабость, головокружение, шум в ушах, бледность кожных покровов,

тахикардия. При исследовании живота в редких случаях удается пропальпировать кисту, но обычно при самой тщательной пальпации этим методом не удается установить причину острой боли внизу живота, хотя отмечают некоторую резистентность и даже отчетливое защитное напряжение мышц и положительные симптомы раздражения брюшины. Температура тела в норме. Разница между температурой тела в подмышечной впадине и прямой кишке не превышает 0.5-0.7°C.

Приходится дифференцировать с острым аппендицитом *болевою и смешанную формы* (при наличии небольшого кровотечения) *апоплексии правого яичника* (анемическую форму с выраженным кровотечением чаще приходится дифференцировать с разрывом трубы при внематочной беременности, при этом дифференциальную диагностику при наличии признаков значительного кровотечения не следует затягивать, так как тактика при этих патологических состояниях аналогична - срочная лапаротомия). Как правило, заболевание развивается внезапно, среди полного здоровья. Чаще яичниковое кровотечение связано с разрывом фолликула и возникает между 12-м и 16-м днем менструального цикла (овуляция). Появляются резкие боли внизу живота или в подвздошной области на стороне поражения, иррадиирующие в ногу или в задний проход. Окончательный диагноз, как правило, устанавливается во время операции. При яичниковых кровотечениях обычно нет задержки менструации, отсутствуют субъективные признаки беременности. Пальпация живота болезненна, иногда можно определить напряжение передней брюшной стенки на стороне поражения и симптомы раздражения брюшины.

Необходимость дифференциальной диагностики в данной ситуации обусловлена тем, что это состояние

полагает как бы на границе выделенных нами групп заболеваний, нуждающихся либо не нуждающихся в срочном оперативном вмешательстве, так как при болевой форме, а также при смешанной форме апоплексии яичника допустимо консервативное ведение больных «с пальцем в руках» в условиях стационара при отсутствии признаков нарастающего кровотечения. При аппендиците точка наибольшей болезненности во время пальпации определяется чаще всего примерно на середине прямой линии, соединяющей пупок с передне-верхней остью правой подвздошной кости - при возникновении апоплексии правого яичника наибольшая болезненность при пальпации обнаруживается ниже этой точки. Отраженные боли при остром аппендиците концентрируются в основном в области пупка и эпигастрия, а при острых яичниковых кровотечениях они иррадиируют в ногу или задний проход.

Казалось бы, при наличии такой клинической симптоматики и данных дополнительных исследований диагноз перекрута, разрыва кисты или апоплексии яичника не должен вызывать сомнения. Тем не менее, подавляющее большинство больных с этими патологическими состояниями оперируют с дооперационным диагнозом - острый аппендицит. Гипердиагностика в этих случаях, видимо, обусловлена поспешным обследованием и недооценкой данных дополнительных методов исследования. Решающую роль при этом играет ориентировка врача не столько на уточнение диагноза, сколько на выявление показаний к операции.

Иная ситуация складывается **при перекручивании и разрывах небольших ретенционных кист фолликула или желтого тела**. Они проявляются такими же клиническими признаками, как и острый аппендицит, протекающий по типу гинекологических заболеваний. Внезапно появляется

умеренная боль в правой подвздошной области и над лобком, которая никуда не иррадирует. Поведение больных спокойное. Живот мягкий, но может быть резко болезненным в нижних отделах (больше в правой подвздошной области и над лобковым симфизом). Таких больных обычно не подвергают экстренной операции, а наблюдают за ними в течение 1-3 сут. Так как болевой симптом у них сохраняется, их рано или поздно оперируют по поводу острого аппендицита.

Острые гинекологические заболевания, требующие проведения дифференциальной диагностики с острым аппендицитом, но не требующие срочной операции

Острые воспалительные заболевания женских половых органов (*острый правосторонний аднексит*). Для них, как и для острого аппендицита, характерным является внезапное возникновение боли в животе с преимущественной локализацией в правой подвздошной области и над лобковым симфизом, интенсивность которой может не меняться в течение определенного времени или же увеличиваться. При острых воспалительных заболеваниях яичников и маточных труб можно обнаружить ряд характерных признаков. В большинстве случаев боль внизу живота проявляется на фоне предшествующих гинекологических заболеваний. Острый аднексит чаще всего является обострением хронического воспалительного процесса. Острый приступ боли нередко совпадает с началом менструации или же с ее окончанием, переохлаждением, физическим напряжением или травмой. В анамнезе у таких больных могут быть указания на обострения воспалительного процесса в связи с абортом, осложненными родами, нередко у них отмечается бесплодие, нарушение менструального цикла. Общее состояние не нарушено. Больные обычно активны. Кожа

роговая, язык влажный, ощущения сухости во рту нет.

Объективное исследование живота не дает возможности установить какие-либо специфические признаки заболевания. В зависимости от распространения воспалительного процесса в маточной трубе, вовлечения в него брюшины мышечное напряжение может совсем отсутствовать или же быть в той или иной степени выраженным.

Поэтому единственной правильной тактикой в этой ситуации является динамическое наблюдение. В случае прогрессирования заболевания (усиление болей в животе, появление тошноты и рвоты, тахикардия, нарастание температуры тела и появление характерных изменений со стороны крови) следует предположить острый аппендицит, если результаты гинекологического исследования не подтверждают острый аднексит. В случае развивающегося флегмонозного воспаления маточной трубы, сопровождающегося болью в животе, повышением температуры тела, тахикардией, лейкоцитозом со сдвигом формулы крови влево, постепенно появляются клинические признаки, подтверждающие аднексит и выявляемые в процессе гинекологического исследования. В первые двое суток от начала приступа боли появляются гнойные выделения из влагалища, хотя слизистая оболочка половых органов не изменена.

Таким образом, при развитии флегмонозного воспаления правой маточной трубы основным дифференциально-диагностическим критерием являются результаты гинекологического исследования больной. Если эти данные убедительны, то устанавливается диагноз правостороннего острого аднексита и больным назначают консервативную терапию.

БОЛЬ

Одним из основных симптомов заболевания матки и ее придатков, а также пороков развития женских половых органов является боль в животе.

Возникает обычно в нижних отделах живота с иррадиацией в поясницу, крестец, бедро, прямую кишку различной интенсивности.

Наиболее выраженные боли наблюдаются при:

- острых воспалительных заболеваний матки и ее придатков;
- апоплексии яичников;
- перекруте ножки кисты или опухоли яичника;
- нарушенной внематочной беременности;
- эндометриозе;
- пороках развития женских половых органов;
- предменструальном синдроме;
- во время и по окончании менструации;
- после родов, аборт;
- после введения внутриматочной спирали;
- угрожающем либо начавшемся выкидыше;
- угрожающем либо начавшемся разрыве матки по рубцу после кесарева сечения;
- отслойке плаценты.

Болями сопровождаются и заболевания органов брюшной полости (аппендицит, холецистит, панкреатит, язва желудка, непроходимость кишечника).

Локализация боли определяется поражением того или иного органа:

- при поражении матки – локализация боли в нижних отделах живота;
- при воспалении придатков - локализация боли в нижних боковых отделах живота с одной или обеих сторон.

При воспалительных заболеваниях боль может сопровождаться повышением температуры тела, слабостью. При пороках развития женских половых органов, эндометриозе, предменструальном синдроме боль в животе возникает циклически и связана с менструальным циклом.

Боль в области наружных половых органов наблюдается при травмах и бартолините.

Травмы наружных половых органов возникают главным образом при падении на тупые и острые предметы, а также во время родов. Ушиб и родовая травма наружных половых органов часто приводят к формированию подкожных гематом – ограниченных скоплений крови под кожей вследствие кровотечения из поврежденных сосудов. Гематомы наружных половых органов имеют вид опухолевых образований багрового цвета, часто больших размеров. Основной жалобой при этом является боль в области повреждения, иногда возникает затруднение при ходьбе.

При ушибе наружных половых органов, сопровождающемся развитием гематомы, необходимо срочно вызвать скорую помощь или доставить пострадавшую в ближайший стационар. До приезда врача и во время транспортировки в стационар пострадавшая должна лежать на спине. На область повреждения следует положить давящую повязку и холод – пузырь со льдом или холодной водой прикладывают к гематоме на 15 минут с 10-минутными интервалами. Для уменьшения боли можно дать пострадавшей ибупрофен (в возрастной дозировке), или кетонал. Если гематома небольшая и она не нарастает, лечение может осуществляться в домашних условиях под наблюдением гинеколога.

Первая помощь при появлении болей в животе

В случае внезапного появления сильных болей в животе, необходимо срочно вызвать врача. Больные должны быть экстренно госпитализированы и осмотрены гинекологом. Лечение при перекруте ножки кисты или опухоли яичника, апоплексии яичника с выраженным внутренним кровотечением, нарушенной внематочной беременности оперативное.

До приезда врача рекомендуется постельный режим, прикладывание пузыря со льдом к нижней части живота. Применять болеутоляющие средства нельзя – это приводит к искажению проявлений болезни и может послужить причиной ошибки в диагностике.

При явлениях болевого или геморрагического шока до приезда врача специалисту ССС и СП, акушерке или медсестре ГСВ необходимо обеспечить внутривенную инфузию изотонического раствора натрия хлорида (500 мл).

ПРИЛОЖЕНИЕ

ОБЫЧНЫЕ ЖАЛОБЫ

Во время беременности женщина испытывает различные малоприятные, но вполне естественные недомогания. Часть из них вызвана гормональными сдвигами и нагрузкой, которую несет организм в этот период. Но к ряду симптомов следует относиться очень серьезно.

Жалоба	Симптомы	Что делать
<p>Кровоточащие десны I-III триместры</p> <p>Десны во время беременности становятся слабыми и легко воспаляются, а на зубах образуется налет. Это приводит к заболеванию десен и кариесу.</p>	<p>Кровотечения из десен, особенно после чистки зубов.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Тщательно полоскать рот и чистить зубы после еды. ▪ Обратиться к стоматологу. Если понадобится лечение, не рекомендуется делать рентген или общий наркоз.
<p>Одышка III триместр</p> <p>В последние недели беременности растущий плод давит на диафрагму, поэтому становится трудно дышать. Облегчение наступает примерно за месяц до родов, когда головка ребенка опускается ко входу в таз. Одышка может быть вызвана и анемией.</p>	<p>Одышка в момент физического напряжения и даже когда женщина разговаривает.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Отдыхать как можно больше. ▪ Почувствовав одышку, необходимо присесть на стул. А ночью подкладывать под голову еще одну подушку. ▪ Если одышка будет усиливаться – обращение к врачу.

<p>Запор <i>I-III триместры</i> Выделяющийся при беременности гормон прогестерон расслабляет мускулатуру кишечника. Вследствие этого замедляется перистальтика пищеварительного тракта, что приводит к возникновению частых запоров.</p>	<p>Стул твердый, сухой, реже обычного.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Употребление продуктов с высоким содержанием клетчатки, достаточного количества воды. ▪ Регулярные занятия физическими упражнениями. ▪ Назначенные препараты железа принимать после еды. ▪ Избегать приема слабительных.
<p>Судороги <i>III триместр</i></p>	<p>Болезненные сокращения мышц в икрах и стопах. Часто случаются ночью, когда женщина лежит, вытянув ногу.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Массаж схваченной судорогой стопы или икры. ▪ Когда боль утихнет, необходимо походить для улучшения кровообращения. ▪ Врач может назначить кальций или витамин D.

<p>Слабость <i>I, III триместры</i></p>	<p>Кружится голова, походка не твердая, покачивается. Постоянно хочется присесть или прилечь.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Стараться не стоять подолгу. ▪ Почувствовав внезапную слабость, женщина должна присесть, положив голову на колени. ▪ Вставать со стула или с постели осторожно и медленно.
<p>Частое мочеиспускание <i>I, III триместры</i> Обусловлено давлением матки на мочевой пузырь.</p>	<p>Учащаются позывы к мочеиспусканию</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Вечером пить меньше жидкости. ▪ Если мочеиспускание сопровождается болью, обратиться к врачу.
<p>Изжога <i>III триместр</i> Вследствие гормональных сдвигов расслабляется клапан входа в желудок, поэтому желудочный сок попадает в пищевод.</p>	<p>Ощущения жжения за грудиной.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Есть часто, но понемногу; ограничить острую и жареную пищу. ▪ Употребление теплого молока на ночь. ▪ Обратиться к врачу.

<p>Непроизвольное мочеиспускание <i>III триместр</i> Вызывается слабостью мышц тазового дна и давлением растущего плода на мочевой пузырь.</p>	<p>Недержание мочи при беге или когда женщина чихает, кашляет или смеется.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Необходимо чаще ходить в туалет. ▪ Регулярное выполнение упражнений, укрепляющих тазовое дно. ▪ Не допускать запоров.
<p>Утренняя тошнота <i>I триместр</i> Часто – один из признаков беременности, возможна в любое время дня, усугубляется при утомлении. Обычно проходит после 12-й недели.</p>	<p>Тошноту могут вызывать определенные запахи; как правило, она появляется в определенное время дня.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Попробовать что-нибудь съесть, чтобы прошел приступ тошноты. ▪ Избегать пищевых продуктов и запахов, от которых появляется тошнота. ▪ Есть понемногу, но чаще.
<p>Геморрой <i>II-III триместры</i> Давление головки плода вызывает расширение вен прямой кишки. Потуги при опорожнении кишечника приводят к обострению. Небольшой геморрой обычно проходит сам по себе, без лечения, после родов.</p>	<p>Зуд, режущая боль при попытках тужиться, возможно кровотечение из прямой кишки.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Предупреждать запоры. ▪ Стараться не стоять подолгу. ▪ В случае усиления зуда прикладывать пузырь со льдом. ▪ При обострении обратиться к врачу.

<p>Сыпь <i>III триместр</i></p> <p>Вякнет у полных женщин, с повышенной потливостью. Возможна и из-за гормональных сдвигов.</p>	<p>Красная сыпь, обычно появляющаяся в складках кожи под грудью или в паху.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Часто мыть и хорошо высушивать эти участки кожи. ▪ Носить хлопчатобумажное белье.
<p>Плохой сон <i>I-III триместры</i></p> <p>Причиной может быть малыш, если он бьет ножками, мочевой пузырь, выступающий часто из-за большого живота, который не дает улечься поудобнее.</p>	<p>Вечером женщина долго не может уснуть, ночью просыпается, могут быть кошмары о предстоящих родах и ребенке.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Перед сном почитать, сделать упражнения для релаксации или принять теплый душ.
<p>Растяжки на коже <i>II-III триместры</i></p> <p>Появление растяжек вызвано чрезмерным натяжением кожи. Другая причина – избыточный вес. Со временем они исчезают, но полностью не исчезают.</p>	<p>Красноватые полосы на бедрах, животе или груди во время беременности.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Следить за тем, чтобы прибавление в весе происходило не слишком быстро. ▪ Втирать увлажняющие кремы; это не уберезет от растяжек совсем, но снимет раздражение кожи.

<p>Потливость <i>II-III триместры</i> Причина - гормональные сдвиги, а также прилив крови к кожным покровам во время беременности.</p>	<p>Испарина даже при небольших физических нагрузках; пробуждение ночью в поту.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Носить свободную хлопчатобумажную одежду. ▪ Употребление большого количества воды. ▪ На ночь открывать окно.
<p>Отечность лодыжек и пальцев рук <i>III триместр</i> Незначительная отечность во время беременности нормальна, поскольку организм задерживает больше воды. Это не повод для беспокойства.</p>	<p>В конце дня, особенно в жару, наблюдается незначительная отечность лодыжек, но боли нет. По утрам возможна отечность пальцев.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Отдыхать, положив ноги выше. ▪ Выполнять легкие упражнения для стоп. ▪ Если отечность выраженная, это может быть признаком преэклампсии, необходимо обратиться к врачу.
<p>Молочница <i>I-III триместры</i> Гормональные сдвиги увеличивают опасность заболевания молочницей. Вылечиться необходимо до родов, поскольку молочница может поразить слизистую рта ребенка, а это затруднит кормление.</p>	<p>Белые сгустки во влагалище и сильный зуд. Мочеиспускание может сопровождаться резями и болью.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ При болях не использовать мыло. ▪ Смазывать влагалище кефиром. ▪ Не носить нейлоновое белье и обтягивающие брюки. ▪ Обратиться к врачу.

<p>Усталость I-III триместры Дополнительные нагрузки на организм – главная причина усталости. Иногда еще и тревожное состояние.</p>	<p>Быстрая утомляемость и сонливость в дневное время. Потребность в более продолжительном ночном сне.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Отдыхать как можно больше, делать расслабляющие упражнения. ▪ Раньше ложиться спать и не перенапрягаться.
<p>Влагалищные выделения I-III триместры Гормональные сдвиги во время беременности могут вызвать более обильные влагалищные выделения.</p>	<p>Незначительное увеличение количества прозрачных или белых выделений, не сопровождающееся болью.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Избегать влагалищных дезодорантов и ароматизированного мыла. ▪ Не носить гигиенические прокладки. ▪ Обратиться к врачу при появлении зуда, болей, а также окрашенных или пахучих выделений.
<p>Варикозные вены I-III триместры Возможно в конце беременности при генетической предрасположенности или излишнем весе. Проблема может усугубиться, если женщина много стоит или сидит со скрещенными ногами.</p>	<p>Боль в ногах. Вены на икрах и бедрах становятся болезненными и опухают.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Частый отдых с возвышенным положением ног. ▪ Ношение специальных чулок. ▪ Тренировка ног.

ЭКСТРЕННЫЕ ЖАЛОБЫ

Вызывайте скорую помощь, если у женщины:

- сильная, непрекращающаяся головная боль;
- плывет перед глазами;
- резкие боли в животе;
- кровянистые выделения из влагалища;
- вытекание большого количества жидкости, означающее, что воды отошли преждевременно;
- частое и болезненное мочеиспускание.

Необходимо обратиться к врачу в течение 24 часов, если у женщины:

- отекли руки, лицо и лодыжки;
- сильная и частая рвота;
- температура выше 38,3°;
- ребенок не шевелится или шевелится менее 10 раз за 12 часов после 28 недель.

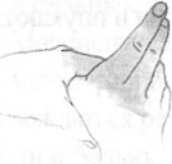
Схема мытья рук

Ладонь к ладони



Тыльная сторона пальцев к противоположной ладони, пальцы «в замок»

Правая ладонь поверх тыльной стороны левой и наоборот



Трение вращательными движениями правого пальца, зажатого в левой ладони и наоборот

Ладонь к ладони, пальцы перекрещены



Трение вращательными движениями вперед-назад сжатыми в щепоть пальцами правой руки по левой ладони и наоборот

Раздел II. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

2.1. Значение консультативной работы

Консультирование - это конфиденциальная беседа двух людей, при которой один оказывает помощь другому. Проведение консультаций является одной из важнейших задач работников, предоставляющих помощь в области репродуктивного здоровья. Вы можете проводить консультации ежедневно, каждый раз, когда вы беседуете с вашими пациентами.

Консультирование помогает пациентам выбрать и правильно пользоваться наиболее подходящими для них способами контрацепции. Лучшим способом при этом считается тот, который отвечает двум следующим условиям:

- это способ, которым желает пользоваться пациент;
- это способ, который ему подходит.

Сделайте так, чтобы ваши пациенты почувствовали, что вам безразличны их проблемы. Ваша информация должна быть верной. Тогда пациенты будут вам доверять и прислушиваться к вашим советам. Они будут пользоваться противозачаточными средствами в течение более долгого времени. Они придут к вам за советом, если у них возникнут проблемы. Они расскажут своим друзьям о способах контрацепции.

Не трудно провести хорошую консультацию, но для этого требуется умение. Вы сможете быть хорошим консультантом, если вы верите в принципы репродуктивного здравоохранения, а так же если вы научитесь:

- показывать пациентам, что вы заботитесь о них;
- узнавать и понимать, как себя чувствуют ваши пациенты;
- давать пациентам точную информацию;

- помогать им самостоятельно принимать решения в отношении репродукции и контрацепции.

Основные элементы проведения консультации

- Консультирование по вопросам репродуктивного выбора имеет шесть основных элементов. Их легко запомнить при помощи букв, составляющих слово «**ПОМОГИ**».
- Консультация должна отвечать нуждам пациента.
- Не каждая консультация должна проводиться именно в этом порядке. В некоторых случаях необходимо повторение какого-либо этапа.
- Меняйте метод проведения консультации в зависимости от нужд пациента.

Приветливость – прежде всего (П)

- При встрече с пациентами сразу же проявляйте к ним полное внимание.
- Будьте вежливы: поприветствуйте их, представьтесь, а затем предложите им сесть.
- Спросите, чем вы можете им помочь.
- Скажите пациенту, что вы никому не передадите информацию, которую он вам сообщит.
- Если визит происходит в условиях клиники, объясните, что будет происходить во время визита. Опишите, какие физикальные исследования и лабораторные анализы будут проделаны, если таковые планируются.
- Проводите консультацию в таком месте, где вас не могут услышать посторонние.

О чем надо расспросить пациента (О)

- Помогите пациентам рассказать о своих нуждах, проблемах, запросах, сомнениях и заботах, касающихся контрацепции.
- Если пациент обратился к вам впервые, соберите его анамнез. Используйте при этом стандартный список

вопросов. Запишите следующую информацию о пациенте:

- возраст,
- семейное положение,
- число беременностей,
- число родов,
- число живых детей,
- информацию о способах планирования семьи, используемых в настоящее время, а также в прошлом,
- основные медицинские данные.
- Объясните, что эта информация нужна нам для того, чтобы помочь выбрать наилучший метод планирования семьи. Задавайте простые и краткие вопросы. Смотрите на пациента, когда говорите с ним.
- Многие пациенты не знают медицинских названий болезней и различных нарушений. Задавайте вопросы о каждой части тела - с головы до ног. Это поможет им лучше вспомнить свои заболевания и рассказать о них.
- Если пациенты обращаются к вам не в первый раз, спросите их, какие изменения произошли со времени их последнего визита.

Методы контрацепции (М)

Каждый пациент должен знать обо всех имеющихся методах планирования семьи. То, насколько подробной должна быть информация, зависит от того, какие именно методы интересуют и что о них известно.

- Расскажите вашим новым пациентам, какие методы доступны и где можно получить все необходимое для их использования.
- Спросите ваших пациентов, какие методы их интересуют.

- Спросите пациентов, что они знают об интересующих их методах, (вы можете выяснить, что имеющаяся информация неверна), важно тактично исправить ошибку.
- Кратко опишите метод, который интересует пациента. Расскажите о том:
 - как работает метод,
 - о его достоинствах, преимуществах,
 - о его недостатках и возможных побочных эффектах.

О выборе метода (О)

Помогите каждому пациенту выбрать такой метод планирования семьи, который бы наилучшим образом соответствовал его семейным планам, нуждам и предпочтениям. Здесь очень важно выслушать пациента и задать ему необходимые вопросы.

- Спросите пациентов, отдают ли они предпочтение какому-либо конкретному методу. Одни могут точно знать, что именно им нужно. Другим необходимо помочь в выборе метода.
- Для того чтобы помочь пациентам выбрать нужный метод, расспросите об их планах и ситуации в семье. Если пациент не уверен в своем будущем, начните с настоящей ситуации. Какова семейная ситуация в настоящий момент?
- Спросите пациентов о том, каковы предпочтения их партнеров. Какой метод он или она предпочитают использовать?
- Спросите пациентов все ли им понятно. Повторите информацию, если это необходимо.

- Для небольшого числа пациентов некоторые методы небезопасны. Если метод небезопасен, скажите об этом, дав при этом четкие объяснения. Помогите выбрать другой метод.
- Проверьте, четко ли пациент определил выбранный метод. Обязательно спросите: «Какой метод вы выбрали?»

Главное – объяснить, как пользоваться методом (Г)

После того как пациент выбрал метод:

- В случае, если это возможно, снабдите пациента необходимыми препаратами или образцами.
- Если для применения метода необходимо проведение дополнительных процедур, сообщите, где и когда это можно сделать.
- Для некоторых методов, таких, например, как добровольная стерилизация, пациент должен подписать форму, в которой он дает согласие на использование метода. В форме говорится, что пациент желает использовать данный метод и что он получил о нем всеобъемлющую информацию, значение которой ему полностью понятно. Помогите понять содержание формы.
- Объясните, как применять метод.
- Попросите пациента повторить ваши объяснения. Внимательно выслушайте и убедитесь в том, что пациент достаточно четко понимает и помнит ваши инструкции.

Информация о повторном визите (И)

При повторном визите:

- Спросите клиента, испытывает ли он/она какие-либо трудности при применении данного метода.

- Спросите, не наблюдает ли клиент каких-либо из перечисленных вами побочных эффектов. При этом задавайте отдельный вопрос о каждом побочном эффекте.
- Если клиент наблюдает какие-либо побочные эффекты, спросите об их интенсивности. Успокойте клиента, если он испытывает незначительный дискомфорт, убедив ее или его в том, что это не опасно. Предложите возможные меры для устранения этих эффектов. При серьезных побочных воздействиях направьте клиента на лечение (см. стр.24).
- Уточните, каким образом клиент использует метод. Убедитесь в правильности его применения.
- Спросите, есть ли у клиента какие-либо вопросы.

В случае, если клиент желает использовать какой-либо другой метод:

- Снова расскажите клиенту о других методах и помогите ему или ей выбрать его. Помните - изменение метода не является нежелательным. Это нормальное явление. Трудно выбрать метод, не попробовав его. Кроме того, ситуация клиента может измениться. В этом случае какой-либо другой метод может оказаться более подходящим.

В случае, если клиентка хочет иметь ребенка, помогите ей прекратить пользоваться методом. Если это необходимо, направьте ее к нужному специалисту для прекращения пользования методом. Дородовое наблюдение очень важно. Скажите клиентке, куда ей надо обратиться, если она забеременеет.

Характеристики эффективного консультирования

Работник медико-социального патронажа должен:

- Уметь внимательно слушать и ясно говорить;
- Уметь воспринимать не только слова, но и эмоции пациента;
- Дать понять пациенту, что ее или его переживания являются естественными;
- Обладать высокой информированностью в своей профессиональной области;
- Задавать вопросы, нацеленные на получение информации, необходимой для оказания помощи пациенту;
- Уметь задавать наводящие вопросы и вопросы, требующие развернутого ответа;
- Уметь проявить уважительное отношение к пациенту;
- Уметь распознать эмоциональные переживания и определить степень осведомленности пациента;
- Облегчить процесс принятия решения пациентом;
- Развивать доверительные отношения с пациентом;
- Уметь войти в положение пациента и проявить способность к сопереживанию;
- Быть честным по отношению к пациенту и делиться с ним/ней всей имеющейся информацией;
- Учитывать ценностные приоритеты, представления и убеждения пациента и понимать влияние этих факторов на работу с пациентом;
- Уметь создать непринужденную атмосферу общения с пациентом;
- Поощрять пациента к вопросам;
- Не злоупотреблять вопросами «почему»; такие вопросы могут создать у пациента впечатления, что ей/ему нужно оправдываться;
- Удостовериться, что его/ее вопрос правильно понят пациентом. В противном случае, сформулировать вопрос следует по-другому;

- Проявлять терпение;
- Уметь слушать внимательно и сочувственно:
 - Прислушиваться не только к высказыванию пациента, но и к форме высказывания;
 - Обращать внимание на “язык тела” и тон голоса пациента;
 - Вести разговор в удобном для пациента темпе;
 - Перефразировать высказывание пациента для правильного понимания его/ее мыслей и эмоциональных переживаний;
 - Поддерживать, по возможности, визуальный контакт с пациентом;
 - Демонстрировать заинтересованность в пациенте, как личности;
 - Заботиться о том, чтобы «язык тела» консультанта отражал заинтересованность в судьбе пациента;
 - Задав вопрос, дожидаться ответа пациента;
 - Вставлять в свою речь реплики, поощряющие пациента к дальнейшему разговору, например «и так...», «а дальше?» и т.п.

Что необходимо соблюдать при консультировании

- Все ступени модели “ПОМОГИ”.
- Обсуждение мотивов заболеваний, передаваемых половым путем, включая ВИЧ и СПИД, во время консультирования в отношении каждого метода контрацепции.
- Установление контакта между пациентом и работником медико-социального патронажа.
- Эффективное невербальное общение (“язык тела”, выражение лица, визуальный контакт, тон голоса, где и как вы сидите, и т.п.).
- Классификация потребностей пациента в соответствии

с вопросами, соотносящимися с конкретным этапом жизненного цикла.

- Учет всех личностных параметров пациента – всех шести аспектов здоровья (физического, эмоционального, социального, психического, личного, духовного).
- Обеспечение пациента точной, системной и исчерпывающей информацией для принятия им/ей оптимального решения.
- Уважение прав и обязанностей пациента.
- Изложение информации доступным пациенту языком.
- Использование перефразирования для подтверждения правильного понимания, сказанного пациентом и работником медико-социального патронажа.
- Уровень эффективности пациента.
- Уровень эффективности работника медико-социального патронажа.

Что необходимо помнить о групповом консультировании

Специалист СОС и СП, акушерка и медсестра ГСВ не должны забывать о важности и необходимости:

- Быть приветливыми и здороваться с пациентами;
- Представиться группе;
- Установить контакт с группой с помощью «языка тела», т.е. позы, мимики, жестов и демонстрировать заинтересованность в группе;
- Внимательно изучить все ступени модели «ПОМОГИ» и помнить о важности ступени «О чем следует спросить пациента»;
- Помнить обо всех навыках общения – задавать специальные вопросы, требующие развернутых ответов, пользоваться перефразированием, не забы-

вать о невербальных способах общения, показывать, а не только рассказывать, спрашивать пациентов, нуждаются ли они в дальнейшем разьяснении информации, представленной вами;

- Проявлять в своей работе индивидуальное внимание к каждому пациенту консультируемой группы;
- Помнить о том, что начало вашего выступления также важно, как и его окончание;
- Помнить о том, что грамотно проведенное групповое консультирование (информация) может облегчить пациентам принятие решения на индивидуальном приеме у медицинского работника, поскольку пациенты будут обладать всем объемом необходимой информации;
- Представить пациенту все имеющиеся методы контрацепции, даже если некоторые из них покажутся неподходящими в этот период (в связи с меняющимися жизненными обстоятельствами людей, их потребностями и взаимоотношениями на разных этапах жизненного цикла);
- Говорить понятным пациентам языком;
- Не выделять из состава группы каких-либо пациентов и проводить с ним или с ней слишком много времени в присутствии всей группы;
- Предоставлять пациентам возможность задавать вам вопросы в индивидуальном порядке после сеанса группового консультирования;
- Проявлять высокую степень организованности в обсуждении методов контрацепции;
- Помнить обо всем ином, что вы считаете важным.

Эффективный пациент:

- Задает вопросы
- Реагирует на вопросы работника медико-социального патронажа
- Открыт для новых идей
- Четко представляет свои задачи и потребности
- Предоставляет точную информацию о самом себе и членах своей семьи
- Ясно и разумно мыслит
- Принимает на себя ответственность за свое поведение и состояние здоровья
- Эффективно применяет методы контрацепции
- Внимательно слушает
- Выражает потребность в дальнейшем уточнении
- Честен в беседе со специалистом СОС и СП, акушеркой и медсестрой ГСВ

Права пациента

Каждый пациент, обращающийся за консультацией по вопросам планирования семьи, имеет право на:

- **информацию**
- **доступность**
- **выбор**
- **безопасность**
- **уединенность**
- **конфиденциальность/тайну**
- **достоинство**
- **комфорт**
- **непрерывность услуг**
- **собственное мнение**

Билль о Правах Пациента Международной Федерации по планированию семьи (IPPF)

1. Право на информацию.

Все члены общества имеют право на информацию о преимуществах планирования семьи для себя и своих семей. Они также имеют право знать, где и каким образом можно получить больше информации и услуг для планирования своих семей. Все программы по планированию семьи (ПС) должны активно распространять информацию о ПС. Эта работа должна проводиться не только на уровне лечебных учреждений, но и на уровне общества.

2. Право на доступность.

Все члены общества имеют право получать услуги по программам ПС независимо от их социального положения, экономической ситуации, вероисповедания, политических убеждений, происхождения, семейного положения, места жительства или любого другого фактора, относящего людей в определенные группы. Это право означает право на доступ, обеспечиваемый различными медработниками, а также системами оказания мед. услуг. Программы по ПС должны предпринять необходимые шаги для обеспечения доступа к услугам для всех лиц, нуждающихся в них, даже для тех, у кого нет свободного доступа к обычным медицинским услугам.

3. Право на выбор.

Отдельные лица и пары имеют право свободно решать применять ли ПС. В случае принятия решения использовать

контрацепцию, пациенты должны иметь свободу выбирать какой именно метод им использовать. Программы по ПС должны помогать людям в практике осуществления свободного выбора путем предоставления объективной информации, обучения и консультирования, а также адекватного ассортимента контрацептивных методов. Для пациентов должно быть обеспечено условие, при котором они получали бы тот метод, который они сами решили использовать, при условии, что у этих пациентов отсутствуют значительные противопоказания к этому методу.

Представления пациента о приемлемости и соответствии подвержены изменению в зависимости от обстоятельств. Поэтому, право на выбор также подразумевает решение пациентов о прекращении использования метода контрацепции и переход на другой метод.

Есть и другой аспект выбора, который следует учитывать: пациенты имеют право выбирать куда обращаться за услугами по ПС, а также специалиста СОС и СП, акушерку или медсестру ГСВ, с кем они себя чувствуют наиболее комфортно. Выбор места обращения за услугами может подразумевать выбор расположения или выбор режима/времени предоставления услуг; например, специалист социального патронажа или мед. работник, аптека, больница, центр здоровья или женская консультация.

Государственные, негосударственные и частные поставщики услуг должны приветствовать образование альтернативных центров предоставления услуг по ПС.

4. Право на безопасность.

Пациенты по ПС имеют право на безопасность практики в области ПС. Это означает следующее:

- Несмотря на то, что общепризнано, что польза для здоровья от ПС перевешивает риск, пациенты имеют право на защиту от любых негативных действий метода контрацепции на их физическое или психическое здоровье.
- Так как нежелательная беременность может представлять риск для здоровья, право пациентов на безопасность также включает право на эффективную контрацепцию.
- При получении услуг по ПС пациенты также имеют право на защиту от других рисков для здоровья, не связанных с методом контрацепции. Например, защита от возможного инфицирования вследствие использования плохо стерилизованных (контаминированных) инструментов. Безопасность обеспечивается качеством предоставления услуг, включая как адекватность самого учреждения, так и техническую компетентность специалистов СОС и СП, акушерок и медсестер ГСВ. Обеспечение права на безопасность означает оказание помощи пациенту в правильном выборе контрацептива, исключение противопоказаний, применение соответствующей практики предоставления метода, обучение пациента правильному использованию метода и обеспечение соответствующего последующего наблюдения. Условия в учреждениях, предлагающих услуги по ПС, материалы и инструменты должны быть адекватными для предоставления безопасных услуг. Пациент с любым осложнением или серьезным побочным действием должен получить соответствующее лечение. Если лечение не может быть представлено в данном учреждении, пациент должен быть направлен в другое учреждение.

4. Право на уединенную обстановку.

Пациент имеет право обсуждать свои нужды или проблемы в уединенной обстановке. Пациент должен знать, что его разговор со специалистом СОС и СП, акушеркой или медсестрой ГСВ не будет услышан другими людьми.

При прохождении физического осмотра должно быть обеспечено право на уединенность. Право пациента на уединенность также подразумевает следующие аспекты, связанные с качеством обслуживания:

- При консультировании или прохождении физического осмотра пациент имеет право быть информированным о роли каждого присутствующего в кабинете, кроме лиц, непосредственно оказывающих услуги; например, студентов, кураторов, инструкторов, научных сотрудников, и т.д. (Там, где необходимо присутствие лиц, проходящих обучение, необходимо получить предварительное разрешение пациента).
- Пациент имеет право заранее знать, какое он будет проходить физическое обследование. Пациент также имеет право отказаться от любого вида обследования, если его оно не устраивает или правт требовать проведения обследования другим мед. работником.
- Любые обсуждения проблем пациента в присутствии пациентов (особенно в учебных заведениях, комнатах) должны происходить с разрешения и при участии пациента, а не происходить в форме разговора о третьем лице. В конце концов, обсуждаются репродуктивные органы, функции и гениталии пациента.

6. Право на конфиденциальность/тайну

Пациенту должно быть гарантировано, что любая информация, которую он/она предоставляет или любые детали услуг, полученных им/ею, не будут переданы третьей стороне без его/ее согласия. Право на конфиденциальность/тайну защищено Клятвой Гиппократова. Поэтому, услуги по ПС должны предоставляться в соответствии с законодательством и этическими нормами.

Нарушение тайны может привести к игнорированию пациента со стороны общества или негативно отразиться на его семейном статусе. Это также может уменьшить уверенность и доверие целевой группы персоналу, задействованному в программе. В соответствии с принципами конфиденциальности, специалисты СОС и СП, акушерки, медсестры ГСВ должны воздерживаться от разговора с пациентом по имени, или в присутствии других пациентов, а так же не должны обсуждать пациентов вне своих участков. Карточки пациентов должны храниться закрытыми и сразу убираться после приема. Точно также доступ к карточкам пациентов должен контролироваться.

7. Право на достоинство.

Пациенты, получающие услуги по ПС, имеют право на то, чтобы услуги им предоставлялись вежливо, с уважением, вниманием и полным уважением их достоинства независимо от их уровня образования, социального положения или любых других характеристик, которые могут выделять их и делать их более уязвимыми. Соблюдая это право, специалисты СОС и СП, акушерки и медсестры ГСВ должны уметь абстрагироваться от своей половой принадлежности, семейного положения и своих предрассудков во время обслуживания пациентов.

Право на комфорт.

Пациенты имеют право ощущать себя комфортно во время получения медицинских услуг. Это право пациента непосредственно связано с адекватностью предоставления медицинских услуг в учреждении и качеством обслуживания; например, в кабинетах учреждений должна быть хорошая вентиляция, освещение, места ожидания, туалет. Пациент должен тратить только разумное количество времени в ЛПУ для получения медицинских услуг. Обстановка, в которой предоставляются медицинские услуги, должна соответствовать культуре, менталитету, характеристикам и требованиям общества.

9. Право на непрерывность услуг.

Пациенты имеют право на получение услуг и контрацептивов в течение такого периода времени, в течение которого они нуждаются в них. Услуги, предоставляемые конкретному пациенту, могут быть прекращены только по обоюдному решению специалиста СОС и СП, акушерки или медсестры ГСВ и самого пациента. А именно, доступ пациента к другим услугам не должен зависеть от факта продолжения использования пациентом контрацептивов. Пациент имеет право просить о передаче его/ее клинической карточки в другое учреждение, и в ответ на его/ее просьбу, карточка или ее копия должна быть отправлена в то учреждение или отдана пациенту.

Направление или последующее наблюдение являются двумя другими важными аспектами права пациента на непрерывность получения медицинских услуг.

10. Право на собственное мнение.

Пациенты имеют право выражать свое мнение по поводу получаемых услуг. Мнение пациентов о качестве обслуживания, будь то в форме благодарности или жалобы, а также предложения по внесению изменений в систему предоставления услуг, должны положительно рассматриваться в свете общих усилий, направленных на постоянный мониторинг, оценку и улучшение качества услуг. В идеале, пациенты должны привлекаться на стадии планирования любой программы или ЛПУ. Целью такого участия пациентов является удовлетворение пожеланий и предпочтений пациентов наиболее приемлемым и доступным для них путем.

Консультирование по планированию семьи

Общие навыки консультирования.

1. Относится к пациенту с уважением и без осуждения.
2. Хорошо разбирается в методах планирования семьи.
3. Уверяет пациентов, что вся информация, полученная во время консультирования, останется конфиденциальной.
4. Внимательно слушает пациента; не отвлекается ни на что другое.
5. Говорит коротко; сообщает только наиболее важную информацию, касающуюся какого-либо метода контрацепции.
6. Использует методы неречевого общения, чтобы показать свою заинтересованность и участие.
7. Уместно задает вопросы.
8. Задает вопросы, требующие развернутого ответа, а не просто «да» или «нет».
9. Поощряет пациента задавать вопросы и отвечает на них.

10. Говорит понятным пациенту языком.
11. Дает пациенту конкретные и точные инструкции.
12. Объясняет необходимую информацию разными способами, чтобы быть уверенным в том, что пациент все понимает.
13. Использует визуальные средства, такие как плакаты, рисунки, образцы инструментов, муляжи и т.п.
14. Просит пациента повторить то, что он(-а) понял(-а), чтобы убедиться в правильности усвоенной информации.

Начальное консультирование (в группе или индивидуально).

1. Приветствует пациента(ов) уважительно и доброжелательно представляется пациенту(ам).
2. Коротко рассказывает о существующих методах планирования семьи и механизме их действия.
3. Рассказывает о преимуществах и недостатках каждого метода.
4. Спрашивает, какие методы заинтересовали пациента (ов) .
5. Узнает, что пациенты уже знают об этих методах; исправляет любую неточную или неверную информацию.
6. Отвечает на любые вопросы пациентов.

Консультирование при повторных визитах.

1. Приветствует пациента(ов) уважительно и доброжелательно представляется пациенту(ам).
2. Выясняет, произошли ли какие-либо изменения в состоянии здоровья пациента или ее/его образе жизни с момента последнего приема, которые могут потребовать изменения места или вообще прекращения использования контрацептивов.

3. Узнает, довольна (-ен) ли пациент методом и продолжает ли его использовать.
4. Выясняет, как пациент использует метод, чтобы убедиться, что это делается правильно; если необходимо, просит пациента повторить инструкции.
5. Спрашивает пациента о наличии любых проблем с использованием метода.
6. Успокаивает пациента насчет незначительных побочных эффектов и оказывает помощь, если необходимо.
7. Проверяет на наличие каких-либо осложнений и дает направление на более тщательное обследование, если необходимо.
8. Спрашивает, есть ли у пациента какие-либо вопросы, и отвечает на них.
9. Дает направление на следующий прием, если необходимо.
10. Прощается с пациентом и приглашает прийти опять.

2.2. Естественное планирование семьи

Метод. Пара добровольно воздерживается от полового акта все время фертильной фазы менструального цикла женщины (периода, во время которого женщина может забеременеть) или имеет половые сношения во время фертильной фазы, чтобы женщина могла забеременеть.

Методы:

- Календарный метод
- Базальная температура тела (БТТ)
- Метод цервикальной слизи
- Симптомотермальный (БТТ + цервикальная слизь)

Механизм действия

Для контрацепции. Половой акт избегается на протяжении той фазы менструального цикла, во время которой вероятность зачатия максимальна.

Основные показания:

- Женщины любого репродуктивного возраста;
- Женщины с любым количеством беременностей в анамнезе, включая нерожавших женщин;
- Пары, религиозные или философские убеждения которых не позволяют им пользоваться другими методами;
- Женщины, которые не могут пользоваться другими методами;
- Пары, готовые избегать половых сношений более одной недели в течение каждого цикла;
- Пары, способные и желающие ежедневно наблюдать, записывать и интерпретировать признаки фертильной фазы.

Календарный метод

Пациентка может определить свою фертильную фазу, наблюдая за менструальными циклами.

Для контрацепции:

- Определите фертильный период: проследите за длительностью как минимум 6 менструальных циклов, в течение которых надо либо воздерживаться от половых сношений, либо пользоваться каким-либо другим контрацептивным методом. Затем рассчитайте фертильную фазу, следуя приведенной ниже формуле.

- От количества дней в самом длинном из циклов отнимите 11. Этим определите *последний фертильный день* цикла.
- От количества дней в самом коротком из циклов отнимите 18. Этим определите *первый фертильный день* цикла.

Например: Длинный цикл: 30 дней - 11 = 19; короткий цикл: 26 дней - 18 = 8

- Согласно расчетам, **фертильным** является период с 8 по 19 день цикла (для предохранения от беременности требуется 12 дней воздержания).
- Рекомендуйте избегать полового акта во время фертильных дней.

Для зачатия:

- Рекомендуйте половые сношения во время фертильных дней.

Метод базальной температуры тела (БТТ)

Определение фертильной фазы, путем аккуратного измерения температуры специальным термометром для регистрации даже небольшого ее повышения.

Правило изменения температуры:

- Измерение температуры в одно и то же время каждое утро (до вставания) и запись в карту, выданную специалистом СОС и СП, акушеркой или медсестрой ГСВ. (См. пример заполненной карты базальной температуры тела ниже.)
- Используя записи в карте за первые 10 дней менструального цикла, можно определить наиболее высокую из “нормальных низких” температур (т.е. ежедневных температур, записанных в обычном порядке и без необычных условий). Не принимать во внимание

в-третьих, используется комбинация предыдущих двух, когда символы рисуются от руки цветными карандашами. Ниже приведены примеры двух таких систем.

Примеры кодов, используемых для ведения записей об изменениях фертильности:

- Использование символа * или красного цвета для обозначения кровотечения.
- Использование буквы С или зеленого цвета для обозначения сухих дней.
- Использование буквы М в круге или белого цвета для обозначения прозрачной скользкой фертильной слизи.
- Использование буквы М или желтого цвета для обозначения липкой мутной нефертильной слизи.

Определение:

- **Сухие дни:** после окончания менструального кровотечения у большинства женщин в течение одного или нескольких дней наблюдается отсутствие слизи и область влагалища на ощупь сухая. Это так называемые *сухие дни*.

- **Фертильные дни:** когда перед овуляцией наблюдается любой тип слизи, женщина считается фертильной. При наличии любой слизи, даже если она липкая и пастообразная, возможно также присутствие влажной фертильной слизи в шейке матки, что будет свидетельствовать о начале *фертильных дней*.

- **День пик:** последний день скользкой и влажной слизи называется *днем пик*, что означает, что овуляция близка или только что произошла.

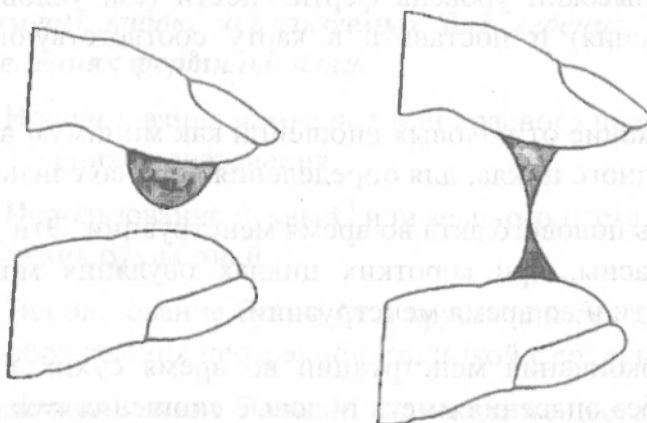
Для контрацепции:

- Поскольку в течение дня слизь может меняться, необходимо наблюдать за ней несколько раз в течение дня. Каждый вечер перед сном женщина должна определить самый высокий уровень фертильности (см. условные обозначения) и поставить в карту соответствующий символ.
- Воздержание от половых сношений как минимум в течение одного цикла, для определения дней со слизью.
- Избегать полового акта во время менструации. Эти дни небезопасны, при коротких циклах овуляция может произойти и во время менструации.
- После окончания менструации во время сухих дней можно без опасения иметь половые сношения каждую вторую ночь (*правило чередования сухих дней*). Это позволит не спутать слизь со спермой.
- При появлении любой слизи или ощущения влаги во влагалище следует избегать половых сношений. Слизистые дни, особенно дни фертильной слизи, небезопасны (*правило ранней слизи*).
- Отметить последний день прозрачной, скользкой, тягучей слизи знаком X. Это день пик - наиболее фертильный период.
- После дня пик избегать половых сношений в течение следующих 3 сухих дней и ночей. Эти дни небезопасны (*правило дня пик*).
- Начиная с утра 4-го сухого дня и до начала менструации можно без опасения иметь половые сношения.

Для зачатия:

- Иметь половые сношения в те дни цикла, когда вагинальные выделения эластичные, влажные и скользкие.

Проверка цервикальной слизи



Симптоматермальный метод

Определение фертильных дней, следя одновременно за температурой и цервикальной слизью.

- После окончания менструального кровотечения женщина может иметь половые сношения вечером каждого второго сухого дня в течение нефертильного периода до овуляции. Это *правило чередования сухих дней*, то же правило, которое используется в методе цервикальной слизи.
- Фертильная фаза начинается с появлением ощущения влаги во влагалище или любой слизи. Это *правило ранней слизи*, то же правило, которое используется в методе цервикальной слизи. Воздержаться от половых сношений до окончания фертильной фазы.

- Следует воздержаться от половых сношений до того, как *правила дня пик, и изменения температуры* имели место.
- В тех случаях, когда эти правила по-разному определяют конец фертильной фазы, необходимо следовать наиболее консервативному правилу, т.е. тому, которое определяет *наиболее длинную фертильную фазу*.

Замечание:

Если в течение предыдущего цикла применялись *правила дня пик и изменения температуры*, можно иметь половые сношения в первые 5 дней менструального цикла, начиная с первого дня кровотечения. Это *называется правилом менструации* и гарантирует, что это истинно менструальное, а не вызванное какими-либо другими причинами.

Эффективность различных методов ЕПС:

Метод контрацепции	Коэффициент неудач*
<i>Естественные методы</i>	
Ритмический (календарный)	10 %
Измерение базальной температуры	8 %
Наблюдение за цервикальной слизью	8 %
Симптомтермальный метод	6 %
Прерванное половое сношение	18 %

Основные принципы МЛА

8 правил эффективного грудного вскармливания:

1. Начать кормление новорожденного *сразу* же после рождения и оставить с матерью на несколько часов после родов;

2. Часто кормить ребенка по требованию и днем, и ночью;
3. Кормить исключительно грудью первые 6 месяцев;
4. После первых 6 месяцев, когда в рацион ребенка вводится прикорм, грудное вскармливание должно предшествовать любому прикорму;
5. Продолжать грудное вскармливание вплоть до 2 лет и старше;
6. Продолжать грудное вскармливание, даже если мать или ребенок заболеют;
7. Избегать использования бутылок, пустышек и сосок;
8. Матери должны достаточно есть и пить.

Эффективность МЛА в качестве метода контрацепции составляет до 98% в первые 6 месяцев после родов при соблюдении всех правил.

При консультировании по МЛА специалист СОС и СП, медсестра ГСВ или акушерка должны обязательно объяснить пациентке, когда вернуться на прием, и посоветовать ей приобрести страховочный метод (презервативы), который она сможет начать использовать немедленно в случае любых изменений в ее состоянии.

ОПРОСНИК ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У НЕМЕНСТРУИРУЮЩИХ ПАЦИЕНТОК

(ПРОГРАММЫ ПО ПЛАНИРОВАНИЮ СЕМЬИ)

Вопросы	ДА	НЕТ
1. Вы не рожали в течение последних четырех недель?		

2. Вы рожали не более 6 месяцев назад и кормите исключительно грудью и у Вас пока не возобновились менструации?		
3. Последняя менструация у Вас была не больше 7 дней назад?		
4. У Вас не было выкидыша или аборта в течение последних семи дней?		
5. Вы воздерживались от половой жизни со дня последней менструации?		
6. Вы использовали надежный метод контрацепции регулярно и правильно?		

Если пациентка ответила **НЕТ** на все вопросы, беременность исключить нельзя.

Пациентке следует дождаться следующей менструации или использовать тест на беременность.

Если пациентка ответила **ДА** на **любой** из вопросов и у нее нет никаких симптомов и признаков беременности, предложите ей метод контрацепции.

Консультирование по МЛА

1. поприветствуйте пациентку/пару уважительно и доброжелательно, попросите располагаться удобнее.
2. Представьтесь ей.
3. Спросите пациентку о её репродуктивных целях:
 - Спросите, хочет ли она детей?
 - Хочет ли она сделать перерыв между родами или вообще больше не рожать?
 - Когда она планирует следующие роды?
4. Соберите общий и репродуктивный анамнез пациентки:
 - возраст и семейное положение;
 - количество беременностей;
 - количество родов;
 - количество живых детей, их возраст и пол;
 - какие методы П.С. использовала в прошлом: как долго, почему прекратила, проблемы с использованием;
 - приемы грудного кормления (как часто и т. д.);
 - наличие медицинских состояний, которые могут явиться препятствием к назначению МЛА:
 - после родов у женщины уже возобновились менструации;
 - длительное отлучение от груди;
 - прикорм, который даётся регулярно;
 - ребёнок спит всю ночь;
 - мать кормит ребёнка грудью менее 6 – 10 раз в сутки;
 - ребёнку больше 6 месяцев.
5. Спросите пациентку, что она уже знает о МЛА, исправьте неточную информацию.
6. Очень коротко расскажите пациентке о МЛА (только самую важную информацию):
 - эффективность 98% в первые 6 месяцев после родов при правильном использовании метода;

- механизм действия МЛА: подавляет овуляцию, сосание ребёнком груди препятствует выработке гормонов, необходимых для созревания в яичнике яйцеклеток.

Преимущества: эффективен, защита начинается сразу после родов, не связан с половым актом, нет побочных эффектов. Нет необходимости в медицинском наблюдении, бесплатен, лёгок в применении и всегда в наличии.

Недостатки: зависит от поведения женщины (следования графику кормлений и т.п.), эффективен только в течение первых 6 месяцев после родов; не защищает от ЗППП и ВИЧ/СПИДа, может оказаться трудно выполнимым для женщин, работающих вне дома или отлучающихся надолго.

Тревожные сигналы, требующие немедленного прихода к врачу для получения рекомендации по использованию другого контрацептива: ребёнку исполнилось 6 месяцев, возобновление менструаций, ребёнок начал регулярно получать прикорм, ребёнок спит всю ночь без кормления, отлучение ребёнка от матери на длительное время; ребёнок не сосёт грудь, по крайней мере 6–10 раз в сутки.

7. Подчеркните, что пациентка может начать использовать другой подходящий метод контрацепции в любое время по своему желанию и по любой причине.

8. Проинструктируйте пациентку по следующим вопросам:

- как часто кормить ребёнка:
- кормить ребёнка из обеих грудей по каждому требованию (6-10 раз в сутки);

- кормить не менее одного раза ночью (между двумя кормлениями не должно быть более 6 часов).

Замечание: если ребёнок не хочет есть 6-10 раз в день или спит всю ночь, это нормальное явление, но эффективность снижается.

- Когда начинать давать прикорм:

- в течение первых 6 месяцев, если ребёнок растёт и прибавляет в весе нормально и женщина придерживается сбалансированной диеты (принимает высококалорийную пищу) и достаточно отдыхает для поддержания нужного количества молока, никакой дополнительной пищи или жидкость ребёнку не требуется.

Если в диету ребёнка стали вводить дополнительную пищу или жидкость, ребёнок начнёт сосать грудь меньше и кормление уже не будет эффективным методом контрацепции.

9. Менструации: - возобновление менструаций означает восстановление фертильности и женщине следует немедленно начать использовать другой контрацептивный метод.

- Изменение любого одного из этих 3 условий означает, что пациентка должна немедленно обратиться к врачу для получения рекомендации по использованию другого метода контрацепции:

- ребёнку больше 6 месяцев;
- у матери возобновились менструации;
- ребёнок начал регулярно получать прикорм.

Замечание: если женщина или её партнёр подвержены риску заражения ИМП или другими ЗППП, им следует использовать презервативы в дополнение к МЛА.

10. Попросите пациентку повторить инструкции, чтобы убедиться в правильности усвоенной информации.

11. Спросите пациентку, есть ли у неё какие-либо вопросы или сомнения, ответьте на них.

12. Объясните пациентке, когда вернуться на приём, и

посоветуйте ей приобрести страховочный метод (презервативы), который она сможет начать использовать немедленно в случае любых изменений в её состоянии.

13. Посоветуйте пациентке прийти на приём, если у неё возникнет проблема или появится вопрос.

14. Вежливо попрощайтесь и повторите, что она может в любой момент обратиться к Вам.

2.3. Комбинированные контрацептивы

Гормональные контрацептивы являются безопасным и наиболее эффективным методом предупреждения беременности.

Гормональные контрацептивы могут быть в виде таблеток, имплантантов или инъекционных препаратов, последние два вида - длительного действия.

Все противозачаточные гормональные препараты представляют собой синтетические аналоги половых гормонов, которые вырабатываются яичниками каждой женщины.

К сожалению, у многих женщин имеется предубеждение против гормональных таблеток. Бытует масса слухов о вредности таблеток для здоровья, о страшных побочных эффектах и так далее. Неверным является то, что в гормональных таблетках содержатся мужские гормоны. Это не так.

Причиной таких мифов являются сведения о первом поколении противозачаточных таблеток, у которых действительно было большое количество неблагоприятных эффектов, которые были к тому же очень сильно преувеличены.

Новое поколение гормональных таблеток безопасно для большинства женщин, более того - у таблеток имеется огромное количество положительных лечебных эффектов. Современные гормональные контрацептивы предохраняют женщину от рака яичников, рака эндометрия, от множества доброкачественных опухолей. Кроме того, Вы не должны забывать, что у большинства лекарственных препаратов имеются побочные эффекты. Почему-то почти все без страха принимают аспирин, не задумываясь о том, что может развиваться язва желудка, но боятся противозачаточных таблеток.

Безусловно, у гормональных контрацептивов есть противопоказания и нежелательные последствия, но у современных препаратов они настолько редки, что можно безбоязненно принимать их. Таблетки наносят гораздо меньше вреда, чем аборт и, тем более, внематочная беременность, от которой гормональные контрацептивы тоже защищают.

В состав комбинированных оральных и инъекционных контрацептивов входит как эстроген (Э), так и прогестин (П).

Виды:

- Комбинированные оральные контрацептивы (КОК);
- Комбинированные инъекционные контрацептивы (КИК).

Механизм действия:

- Подавляют овуляцию;
- Сгущают цервикальную слизь, предотвращая проникновение спермы;
- Изменяют эндометрий, уменьшая вероятность имплантации;

- Уменьшают продвижение спермы в верхнем половом тракте (фаллопиевых трубах).

Основные показания для КОК:

- Женщины любого репродуктивного возраста;
- Женщины, имеющие любое количество родов в анамнезе;
- Нерожавшие женщины;
- Кормящие исключительно грудью матери (6 или более месяцев после родов);
- Женщины после родов, не кормящие грудью (через 3 недели после родов);
- Женщины после аборта;
- Женщины, страдающие анемией;
- Женщины, испытывающие сильные боли во время менструации;
- Женщины с нерегулярным менструальным циклом;
- Женщины с эктопической беременностью в анамнезе.

Эффективность КОК составляет 92 - 99,9 %, т.е. 0,1-8 беременностей на 100 женщин в течение первого года использования. Эффективность может снижаться при одновременном приеме некоторых лекарств.

Если женщина хочет родить ребенка, ей просто следует прекратить прием КОК. Возможна задержка возврата к фертильности до 3-х месяцев.

Основные противопоказания для КОК:

- Беременные женщины (установленная или предполагаемая беременность);

- Кормящие грудью женщины в первые 6-8 недель после родов;
- Женщины, имеющие необъяснимые вагинальные кровотечения (до установления их причины);
- Женщины с активным заболеванием печени (вирусный гепатит);
- Активно курящие (20 и более сигарет в день) женщины старше 35 лет;
- Женщины, имеющие инфаркт, инсульт или повышенное АД (180/110) в анамнезе;
- Женщины с нарушениями свертывания крови;
- Женщины с диабетом продолжительностью более 20 лет;
- Женщины, имеющие рак молочной железы;
- Женщины с мигренями и очаговыми неврологическими симптомами.

Основные моменты инструктажа пациентки

Когда начинать прием КОК?

- В любой день менструального цикла, если есть уверенность, что пациентка не беременна;
- С 1 по 7 день менструального цикла;
- После родов:
 - спустя 6 месяцев, если женщина использует МЛА;
 - спустя 3 недели, если она не кормит грудью;
- После аборта (сразу или в течение 7 дней).

Как?

- Принимать по 1 таблетке ежедневно, **желательно в одно и то же время суток**;
- Принимать первую таблетку в интервале с 1 по 7 день после начала менструации (1 день предпочтительнее);
- Некоторые упаковки содержат 28 таблеток, другие 21. **После** завершения упаковки из 28 таблеток надо **немедленно начинать** прием таблеток из новой упаковки.

Закончив упаковку из 21 таблетки, выждать 1 неделю, а затем начать принимать таблетки из новой упаковки.

А что, если...?

- Пациентку стошнило в течение 30 минут после приема таблетки - принять еще одну таблетку и использовать другие страховочные методы контрацепции во время половых сношений в последующие 7 дней.
- Пациентка забыла принять 1 таблетку - принять сразу, как только вспомнит, даже если нужно будет принять 2 таблетки в 1 день.
- Пациентка пропустила прием 2 или более таблеток - принимать по 2 таблетки ежедневно, пока она не войдет в график. Использовать другие страховочные методы контрацепции (например, презервативы) или воздержаться от половых сношений в течение последующих 7 дней.
- У пациентки не было 2 или более менструаций - проверить на беременность.

Объясните пациентке, когда вернуться на прием:

- первый раз надо прийти через 3 месяца, если проблем нет, следует приходить к врачу для профилактического осмотра каждые 6-12 месяцев.

Консультирование

по комбинированным оральным контрацептивам

- Поприветствуйте пациентку/пару уважительно и доброжелательно, попросите располагаться удобнее;
- Представьтесь ей/им;
- Спросите пациентку о её репродуктивных целях:
 - Сколько ещё детей она хочет;
 - Хочет ли она сделать перерыв между родами или вообще больше не рожать;
 - Когда она планирует следующие роды;
- Соберите общий анализ и репродуктивный анамнез пациентки:
 - Возраст и семейное положение;
 - Количество беременностей;
 - Количество родов;
 - Количество живых детей, их возраст и пол;
 - Какие методы планирования семьи использовала в прошлом: как долго, почему прекратила, проблемы с использованием;
 - Метод, используемый в настоящий момент;
- Наличие медицинских состояний, которые могут потребовать осторожности при назначении КОК:
 - установленная или подозреваемая беременность;
 - кормит грудью;
 - недиагностированное вагинальное кровотечение;

- желтуха или активное заболевание печени;
 - много курит (и старше 35 лет);
 - ишемическое заболевание сердца или инсульт;
 - нарушения свертывания крови;
 - диабет (больше 20 лет); сосудистые заболевания или поражения ЦНС, почек, зрения;
 - головные боли (мигрень);
 - повышенное артериальное давление;
 - установленный или подозреваемый рак молочной железы и другой локализации;
 - опухоли печени;
 - принимает противосудорожные препараты или рифампицин.
 - Спросите пациентку, что она уже знает о таблетках, исправьте любую неверную или неточную информацию;
 - Очень коротко расскажите пациентке о таблетках (только самую важную информацию):
 - эффективны на 99,9%, если правильно принимаются;
 - механизм действия таблеток: сгущают цервикальную слизь и подавляют овуляцию; препятствуют имплантации оплодотворенной яйцеклетки;
 - **Как принимать:** по одной таблетке ежедневно в одно и то же время; одну упаковку за другой без перерыва (в случае упаковки из 28 таблеток) или с перерывом в 7 дней, если в упаковке 21 таблетка.
- Преимущества:** высокая и немедленная эффективность; мало побочных эффектов, не требуется гинекологического осмотра; не связаны с половым актом;

легки в применении; женщина сама может прекратить приём.

Недостатки: необходим ежедневный приём; не защищают от ЗППП и ВИЧ/СПИДа; взаимодействуют с некоторыми медикаментами (противосудорожные препараты и рифампицин); имеют небольшие побочные эффекты.

Тревожные сигналы, требующие немедленного прихода к врачу: сильная боль в нижней части живота или таза; острая боль в груди, кашель, одышка, сильные головные боли; нарушения зрения (помутнение, временная потеря); сильные боли в нижних конечностях (в области бедра или икроножных мышц); отсутствие какого-либо кровотечения на 4-й неделе приёма таблеток (если используется 28 – таблеточная упаковка) или во время недельного перерыва (в случае 21 – таблеточной упаковки).

Побочные эффекты: тошнота; болезненность молочных желез, кровотечения или мажущие выделения между менструациями, головокружение, головная боль; прибавление в весе, угри. Продолжаются только в первые 2–3 цикла.

- Подчеркните, что пациентка может прекратить приём в любом цикле по своему желанию и по любой причине.

- Проинструктируйте пациентку по следующим вопросам:

- как принимать оральные контрацептивы;
- по одной таблетке ежедневно;
- принимать в одно и то же время суток;
- начать 1-ю упаковку в первые 7 дней менструального цикла; если приём начат после 5-го дня, использовать презервативы в течение 7 дней;

- закончить все таблетки из упаковки;
- менструация начнется на 4-й неделе приёма (в случае упаковки из 28 таблеток) или во время недельного перерыва (в случае 21- таблеточной упаковки);
- начать следующую упаковку сразу по окончании предыдущей – никакого перерыва не требует;
- если пациентку вытошнило в течение 30 минут после приёма таблетки, ей следует принять ещё одну таблетку или же использовать страховочный метод в следующие 7 дней.

Побочные эффекты и их лечение:

- тошнота;
- болезненность молочных желез;
- небольшое кровотечение / мажущие выделения;
- головокружение;
- головная боль;
- прибавление в весе;
- угри.

Все, что требуется обычно - это только проконсультироваться и успокоить пациентку, т.к. эти побочные эффекты проходят в первые 2-3 месяца.

Проблемы или осложнения, означающие, что пациентке надо немедленно показаться врачу:

- сильная боль в нижней части живота или таза;
- острая боль в груди, кашель, одышка;
- сильные головные боли (мигрень);
- нарушения зрения (помутнение, временная потеря);
- сильные боли в нижних конечностях (в области бедра или икроножных мышц);

- отсутствие какого-либо кровотечения на 4-й неделе приёма таблеток (если используется 28-таблеточная упаковка) или во время недельного перерыва (в случае 21-таблеточной упаковки).

Что делать в случае пропуска таблеток:

- Если пропущена 1 активная таблетка: принять таблетку, как только вспомнит (даже если это означает приём 2-х таблеток в один день) и продолжить приём всей упаковки согласно графику.
- Если пропущены 2 или более активные таблетки: принимать по 2 таблетки ежедневно до тех пор, пока не войдёт в прежний график приёма и закончить упаковку как обычно; использовать презервативы в течение следующих 7 дней.
- Попросите пациентку повторить инструкции, чтобы убедиться в правильности усвоенной информации.
- Спросите пациентку, есть ли у него какие-либо вопросы или сомнения, ответьте на них.
- Объясните пациентке, когда вернуться на приём:
- Первый раз надо прийти через 3 месяца.
- Если проблем нет, следует приходить к врачу для профилактического осмотра каждые 6-12 месяцев.
- Посоветуйте пациентке прийти к врачу, если у нее возникнет проблема или появится вопрос.
- Вежливо попрощайтесь и повторите, что она может в любой момент обратиться к врачу.

2.4. Чисто прогестиновые контрацептивы

Метод: содержащие только прогестин контрацептивы.

Типы:

- подкожные импланты (Норплант, импланты);
- чисто прогестиновые инъекции Депо-медроксипрогестерона ацетат (ДМПА) и норэтиндрон энантат (НЭТ-ЭН);
- чисто прогестиновые таблетки (мини-пили, ЧПТ);
- ВМС, высвобождающие прогестерон и левоноргестрел.

Механизм действия:

- Сгущают цервикальную слизь, предотвращая проникновение спермы.
- Изменяют эндометрий, затрудняя имплантацию.
- Уменьшают продвижение спермы в верхнем половом тракте.
- Подавляют овуляцию.

Основные показания для ЧПК, ЧПИК:

- Женщины любого репродуктивного возраста;
- Женщины, имеющие любое количество родов в анамнезе;
- Кормящие матери (спустя 6-8 недель после родов);
- Женщины после родов, не кормящие грудью (можно начинать немедленно);
- Женщины после аборта (можно начинать немедленно);
- Женщины с повышенным АД, но ниже 180/110;
- Женщины с серповидно-клеточной анемией;
- Женщины с нарушениями свертывания крови;
- Женщины с умеренными (до сильных) болями во время менструации;

- Курящие женщины - любое количество сигарет, любого возраст;
- Женщины, предпочитающие не применять, или которым не рекомендуется применять эстроген;
- Женщины, которые не могут помнить о ежедневном приеме таблеток (ЧПИК).

Основные противопоказания для ЧПК, ЧПИК:

- Беременные женщины (установленная или предполагаемая беременность);
- Женщины кормящие грудью в первые 6-8 недель после родов;
- Женщины, имеющие необъяснимые вагинальные кровотечения (до установления их причины);
- Женщины, которых не устраивают изменения в характере их менструации, особенно аменорея;
- Женщины с активным заболеванием печени (вирусный гепатит);
- Женщины с диабетом продолжительностью более 20 лет;
- Женщины, имеющие рак молочной железы в анамнезе.

Эффективность	
Метод контрацепции	Коэффициент неудач*
<i>Гормональная контрацепция</i>	
Прогестиновые препараты	1.1 %
Пролонгированные препараты	0.2 %

Эффективность ЧПК составляет более 99%, т.е. 0,2-1 беременностей на 100 женщин в течение первого года использования. Эффективность может снижаться при одновременном приеме некоторых лекарств.

Если женщина хочет родить ребенка, ей просто следует прекратить прием ЧПК. Возможна задержка возврата к фертильности до 3-х месяцев после отмены препарата.

Основные моменты инструктажа пациентки по ЧПТ/ЧПК

Когда начинать прием ЧПТ?

- С первого дня менструального цикла, если есть уверенность, что пациентка не беременна (если вы начинаете принимать ЧПТ после 1-го дня цикла, используйте подстраховочный метод в первые 48 часов).
- После родов:
 - спустя 6 месяцев, если женщина использует МЛА;
 - спустя 6 недель, если кормит грудью, но не следует МЛА;
 - сразу или в течение 6 недель, если не кормит грудью.
- После аборта (сразу).

Как?

- Принимать по 1 таблетке ежедневно, желательно в одно и то же время суток;
- Принимать первую таблетку в интервале с 1 по 7 день после начала менструации (1 день предпочтительнее) (если вы начинаете принимать ЧПТ после 1-го дня цикла, используйте подстраховочный метод в первые 48 часов);

- Некоторые упаковки содержат 28 таблеток, другие - 35. После завершения упаковки надо немедленно (с перерывом не более 2-х часов!) начинать прием таблеток из новой упаковки без единого дня перерыва.

А что, если...?

- Пациентка приняла таблетку с опозданием меньше 2 часов - принять как можно скорее пропущенную таблетку, а затем продолжить прием согласно нормальному расписанию.
- Пациентка приняла таблетку с опозданием более 2 часов - принять как можно скорее пропущенную таблетку, а затем продолжить прием согласно нормальному расписанию, использовать страховочный метод (презерватив и спермицид) во время полового акта в течение последующих 48 часов.
- Пациентка начала принимать ЧПТ после 2-го дня менструального цикла - исключите беременность. Необходимо использовать страховочные контрацептивные методы в течение последующих 4-х часов.

Консультирование перед инъекцией

- поприветствуйте пациентку/пару уважительно и доброжелательно, попросите располагаться удобнее;
- Представьте её /им;
- Спросите пациентку о её репродуктивных целях:
 - сколько ещё детей она хочет;
 - хочет ли она сделать перерыв между родами или вообще больше не рожать;
 - когда она планирует следующие роды.

- Соберите общий и репродуктивный анамнез пациентки:
 - возраст и семейное положение;
 - количество беременностей;
 - количество родов;
 - количество живых детей, их возраст и пол;
 - какие методы планирования семьи использовала в прошлом: как долго, почему прекратила, проблемы с использованием;
 - метод, используемый в настоящий момент.
- Наличие медицинских состояний, которые могут потребовать осторожности при назначении ДМПА:
 - установленная или подозреваемая беременность;
 - кормит грудью;
 - недиагностированное вагинальное кровотечение;
 - желтуха;
 - повышенное артериальное давление;
 - рак молочной железы и другой локализации;
 - диабет (меньше 20 лет);
 - сосудистые заболевания или поражения ЦНС, почек, зрения;
 - принимает рифампицин (при туберкулезе) или противосудорожные препараты.
- Убедитесь, что пациентка выбрала именно ДМПА и спросите, что она уже знает об этом методе; исправьте любую неверную или неточную информацию.

- Очень коротко (только самая важная информация) расскажите пациентке о ДМПА:
 - эффективность более 99%;
 - **механизм действия ДМПА:** сгущает цервикальную слизь, изменяет эндометрий, подавляет овуляцию;
 - **как использовать ДМПА:** инъекция делается каждые три месяца;
 - необходимо использовать страховочный метод, если инъекция сделана на 2 недели позже положенного срока.
- **Преимущества:**
 - высокая эффективность;
 - средний срок действия (3 месяца);
 - пациентке не надо заботиться о пополнении запаса контрацептива;
 - мало побочных эффектов;
 - метод не заметен для постороннего глаза;
 - быстрый эффект после первой инъекции;
 - не содержит эстроген;
 - подходит для женщин, которые не желают больше иметь детей, но не хотят стерилизации.
- **Недостатки:**
 - не защищает от ЗППП и ВИЧ/СПИДа;
 - изменяет характер менструального цикла у большинства пользователей;
 - необходимо приходить каждые 3 месяца на инъекцию;

- увеличение массы тела (2кг);
- задержка в нормализации менструального цикла и восстановлении фертильности после прекращения инъекций.
- **Побочные эффекты:**
 - изменения характера менструального цикла;
 - головные боли;
 - увеличение массы тела;
 - болезненность молочных желез;
 - изменение настроения.
- Подчеркните, что пациентка может прекратить инъекции в любое время и по любой причине, если она того пожелает.
- Попросите пациентку повторить инструкции, чтобы убедиться в правильности усвоенной информации.
- Опишите процедуру инъекции и что следует ожидать во время нее.
- Спросите пациентку, есть ли у нее какие-либо вопросы или сомнения, ответьте на них.

Процедура инъекции ДМПА:

- Подготовьте все необходимые инструменты на подносе или в контейнере.
- Проверьте срок годности медикамента на пузырьке с ДМПА.
- Если место инъекции (рука, ягодицы) заметно загрязнено, попросите пациентку тщательно вымыть его водой с мылом.

- Расположите пациентку в соответствующую позицию для инъекции.

о Обработка места инъекции:

- Тщательно вымойте руки водой с мылом и вытрите сухим полотенцем.
- Обработайте кожу пациентки чистым ватным тампоном, смоченным в спиртовом растворе, делая это круговыми движениями в направлении от места инъекции.
- Дайте высохнуть, перед тем как сделать инъекцию.

о Подготовка к инъекции:

- Тщательно перемещайте между ладонями пузырёк с ДМПА.

ЭТАПЫ

- Аккуратно снимите металлическую или пластиковую крышку пузырька, не касаясь при этом резиновой пробки.
- Правильно откройте стерильный пакет с иглой и шприцем.
- Наденьте и закрепите иглу на шприце, держа её за основание, а шприц за цилиндр.
- Введите иглу через резиновую пробку, переверните пузырёк вверх дном и наберите лекарство в шприц.
- Держите наполненный шприц вертикально и выпустите пузырьки воздуха из иглы, надавив на поршень.

о Процедура инъекции:

- Введите иглу глубоко в мышцу в дельтовидную мышцу предплечья или верхнюю наружную часть ягодицы.

- Немного потяните поршень шприца на себя, перед тем как сделать инъекцию, чтобы проверить правильность расположения иглы.
- Если в шприце крови не наблюдается, медленно инъецируйте ДМПА, а затем вытащите иглу.

о После инъекции:

- Приложите к месту инъекции ватный тампон, слегка надавив на него при этом, но не растирайте мышцу.
- Положите шприц вместе с иглой в собранном состоянии в непротыкаемый контейнер; не надевайте колпачок на иглу, не гните и не ломайте её при этом.
- Тщательно вымойте руку водой с мылом и вытрите чистым полотенцем.
- После заполнения контейнер с одноразовыми иглами и шприцами сжигается или закапывается (согласно инструкции).

Консультирование после инъекции

- Дайте пациентке направление на следующую инъекцию через 12 недель.

Объясните возможные побочные эффекты:

- изменения в характере менструального цикла;
- головная боль;
- увеличение массы тела;
- болезненность молочных желез;
- изменение настроения.

- Проинструктируйте пациентку по поводу тревожных сигналов, требующих немедленно показаться врачу:
 - задержка менструации после длительного периода регулярных менструальных циклов;
 - сильная боль в нижней части живота;
 - обильное кровотечение;
 - нагноение или кровотечение в месте инъекции;
 - мигрень, частые головные боли или нарушение зрения.
- **Посоветуйте пациентке вернуться в клинику, если у нее возникнет проблема или появится вопрос.**
- **Вежливо попрощайтесь и повторите, что она может в любой момент обратиться к вам.**

2.5. Внутриматочные средства

Внутриматочное средство (ВМС) - это небольшое гнущееся устройство, вводимое в полость матки на длительное время для предохранения от беременности. ВМС бывают двух типов: немедикаментозные и медикаментозные (содержат прогестерон, медь, золото, серебро или другие препараты).

Внутриматочные средства выпускают очень разнообразной формы (Т-образные, в форме кольца, спирали и др.).

Современные разновидности изготовлены из пластика и содержат лекарственный препарат (медленно высвобождают малые количества меди или прогестина). Внут-

риматочные средства также могут иметь нити (усики), которые располагаются во влагалище.

В настоящее время ВМС - это самые распространенные длительно действующие контрацептивы с обратимым действием, которые используют примерно 100 млн женщин. Почти 40% из них живут в Китае, а в остальных регионах ВМС распространены значительно меньше, колеблясь от 6% в развитых странах до 0.5% в странах Африки, расположенных ниже Сахары.

Первые современные ВМС (петля Липса и Спираль Маргулиса) появились в начале 1960-х гг. и были сделаны из полиэтилена - биологически инертного полимера. В конце 60-х при исследованиях было показано, что можно повысить эффективность ВМС включением меди в полимерный каркас. Первые медьсодержащие ВМС (Cu-7 и TCu-200) были меньше пластиковых аналогов и вызывали меньше побочных эффектов, оставаясь такими же эффективными. Новейшие медьсодержащие ВМС, наряду с увеличением срока действия, еще более эффективны. Так, например, эффективное время действия TCu-380A достигает 10 лет. Кроме того, они обладают меньшими побочными эффектами. По мере того, как подобные усовершенствованные ВМС становятся все более широко доступными, программы планирования семьи акцентируют свое внимание на учете пользователей ВМС, на обеспечении их высококачественной медицинской помощью и консультировании для увеличения безопасности при применении ВМС.

Как действуют ВМС?

- ВМС влияет на способность спермы проходить через полость матки.

- Замедляется скорость движения яйцеклетки в полость матки.
- Сгущается цервикальная слизь (прогестиновые ВМС).
- ВМС изменяет выстилающий матку эндометрий.
- ВМС предотвращает внедрение уже оплодотворенной яйцеклетки в стенку матки.

Эти устройства используются многими миллионами женщин во всем мире и являются безопасными. ВМС нельзя использовать дольше, чем указано на упаковке, так как повышается риск воспалительных осложнений. Если срок истек, необходимо удалить средство. Подбор ВМС, его введение и извлечение из матки, осуществляется врачом. Введение ВМС можно проводить в любой день менструального цикла. Также возможно введение сразу после родов, после неосложненного аборта, сделанного в первом триместре беременности (сразу или с 3 по 8 день), после аборта, сделанного во втором триместре ВМС вводят не ранее, чем через 6 недель.

ВМС применяется женщинами любого возраста и с любым числом беременностей, желающими высокоэффективной долговременной контрацепции, не требующей ежедневных мероприятий. Отметим, что нерожавшим женщинам и молодым девушкам этот метод не рекомендован. Им лучше воспользоваться гормональными таблетками.

Достоинства ВМС:

- Высокая эффективность (частота беременности 0.5-1.0 на 100 женщин в течение первого года использования для Cu T-380A).

- Спираль начинает действовать с момента введения, т.е. немедленная эффективность.
- Женщине не требуется постоянно заботиться о контрацептивах.
- Долгосрочная эффективность (до 10 лет для Cu T-380A).
- Немедленный возврат фертильности после удаления ВМС.
- Малое количество побочных эффектов, непосредственно связанных с методом.
- Не влияет на половой акт.
- Не влияет на грудное кормление.
- При отсутствии жалоб требуется лишь 1 повторный визит к врачу.
- Недорогой метод.
- Уменьшение менструальных болей (прогестиновые ВМС).
- Может использоваться женщинами, которые не могут по ряду причин пользоваться гормональными контрацептивами.

Недостатки ВМС:

- Перед введением требуется тазовый осмотр и рекомендуется обследование на наличие инфекций половых путей.
- Требуется несложная процедура для введения и удаления, выполняемая врачом.
- У женщин группы риска инфекций половых путей может увеличиваться риск воспалительных заболе-

- ваний органов таза, т.е. не подходит женщинам, имеющим более одного полового партнера.
- Необходимость проверять наличие усиков спирали после каждой менструации, т.к. иногда ВМС может самопроизвольно выпасть.
- Усиление менструальных кровотечений и болей на протяжении первых нескольких месяцев использования ВМС.
- ВМС не подходит женщинам с продолжительной и болезненной менструацией.
- Не всегда рекомендуется молодым нерожавшим женщинам.

Эффективность ВМС	
Метод контрацепции	Коэффициент неудач*
Внутриматочные средства	2-3 %
Внутриматочное средство с гормоном или медью	0.5-1 %

Основные показания для ВМС:

- Женщины любого репродуктивного возраста;
- Женщины, имеющие любое количество родов в анамнезе;
- Женщины, успешно использовавшие ВМС в прошлом;
- Кормящие матери, нуждающиеся в контрацепции;
- Женщины после родов, не кормящие грудью;
- Женщины после аборта без признаков ВЗОТ;

- Женщины, неподверженные риску заражения ИПП и другими ИППП;
- Женщины, которые не могут помнить о ежедневном приеме таблеток;
- Женщины без признаков ВЗОТ;
- Женщины, которые не могут использовать другие методы контрацепции.

Основные противопоказания для ВМС:

- Беременные женщины (установленная или подозреваемая беременность);
- Женщины, имеющие необъяснимые вагинальные кровотечения (до установления их причины);
- Женщины с ВЗОТ (в настоящее время или в последние 3 месяца);
- Женщины с врожденной аномалией матки или доброкачественными опухолями (фибромиомами), которые значительно деформируют полость матки;
- Женщины со злокачественной трофобластической опухолью;
- Женщины с известным тазовым ТБ;
- Женщины с раком половых органов;
- Женщины, имеющие более одного полового партнера или чьи партнеры имеют более одного полового партнера;
- Нерожавшие женщины.

Настораживающие признаки. Показания к удалению.

- Задержка менструации с симптомами беременности (тошнота, болезненность молочных желез и т.д.);
- Продолжающиеся или схваткообразные боли в нижней части живота, особенно сопровождающиеся плохим самочувствием, жаром или ознобом (эти симптомы указывают на возможную инфекцию органов таза);
- Отсутствие усиков спирали или при проверке нащупывается пластмассовый кончик ВМС;
- У пациентки или ее партнера появился еще один или более партнер: ВМС не защищает от ИПП и других ЗПП.

Основные моменты инструктажа пациентки:

Когда вводить ВМС?

- В любой день менструального цикла, если есть уверенность, что пациентка не беременна;
- С 1 по 7 день менструального цикла;
- После родов: немедленно после родов (первые 10 мин); в течение первых 48-часов; спустя 4-6 недель;
- Через 6 месяцев при применении МЛА;
- После аборта (немедленно сразу или в течение 7 дней), если нет признаков тазовой инфекции.

Какой процент эффективности у ВМС?

- * Высокая эффективность (0,5 - 1,0 беременностей на 100 женщин в течение первого года использования для CorregT 380 А).

Когда пациентка должна прийти на осмотр после введения ВМС и когда приходить на осмотр в дальнейшем?

- По окончании первой после введения менструации, но не позднее, чем спустя 3 месяца после введения.
- Если никаких проблем не будет, то, за исключением одного после установочного визита, рекомендуется показываться каждые 6-12 месяцев для профилактического осмотра.

Однако необходимо напомнить пациентке, что использование внутриматочных средств требует осторожности.

При использовании ВМС иногда могут возникнуть некоторые побочные реакции или затруднения, но они редки. Тем не менее, пациентки должны о них знать, чтобы правильно себя вести в этих ситуациях.

Ниже перечислены случаи, при которых пациентки должны сразу же обратиться в больницу или женскую консультацию.

Срочно обратитесь к врачу если:

- У некоторых женщин плохо удерживается средство в матке, и оно может выйти через влагалище во время менструации или сместиться. Поэтому проверяйте после каждой менструации длину нитей ВМС.
- Вы не можете нащупать нитей ВМС.

- Вы обнаружили во влагалище пластмассовую часть ВМС.
- Схваткообразные, сильные боли и боли во время полового сношения. Это может быть признаком внематочной беременности, которая не исключена, перфорации матки или врастания ВМС в нее. Это бывает крайне редко, но знать о такой возможности необходимо.
- Кровотечение (продолжительное или обильное).
- Нерегулярность кровотечений.
- Отсутствие менструаций (Вы можете быть беременны).
- Лихорадка, боли в животе или выделения из влагалища (это возможно при различных инфекционных заболеваниях).

Консультирование после введения

1. Покажите пациентке, как проверять усики спирали и скажите, когда это нужно делать; посоветуйте вести менструальный календарь.
2. Обсудите, что делать, если она испытывает какие-либо побочные эффекты или проблемы.
3. Объясните, когда вернуться на повторный приём:
 - необходимо прийти на приём к врачу по окончании первой после введения менструации, но не позднее, чем спустя 3 месяца после введения;
 - если никаких проблем не будет, то за исключением одного после установочного визита, рекомендуется показываться врачу каждые 6 – 12 месяцев для профилактического осмотра.
4. Напомните пациентке срок эффективности ВМС, но подчеркните, что спираль можно удалить и раньше, если

женщина пожелает этого.

5. Скажите пациентке, что она может в любое время обратиться к врачу, если у неё возникнет проблема или появится вопрос или она захочет удалить ВМС.
6. Попросите пациентку повторить инструкции, чтобы убедиться в правильности усвоенной информации.
7. Ответьте на все оставшиеся вопросы пациентки.
8. Вежливо попрощайтесь и повторите, что пациентка может в любой момент обратиться к Вам.

Консультирование перед удалением ВМС

1. поприветствуйте пациентку уважительно и доброжелательно, попросите располагаться удобнее.
2. Установите цель визита.
3. Спросите пациентку о причинах удаления ВМС и ответьте на любые вопросы.
4. Спросите пациентку о её репродуктивных целях в настоящее время (хочет ли она продолжить сохранение интервалов между родами или ограничить рождаемость).
5. Опишите процесс удаления ВМС и что можно ожидать во время процедуры и после неё.

Консультирование после удаления ВМС

1. Обсудите, что делать, если пациентка испытывает какие-либо проблемы в послеоперационный период (в т.ч. длительные кровотечения или боль в области живота или таза).
2. Попросите пациентку повторить инструкции, чтобы убедиться в правильности усвоенной информации.
3. Ответьте на все оставшиеся вопросы пациентки.
4. Повторите общую информацию о всех методах планирования семьи или о каком-то конкретном методе, если пациентка хочет продолжать предохраняться.

5. Помогите пациентке в получении нового метода контрацепции или выборе временного (барьерного) метода.

2.6. Барьерная контрацепция

К барьерным контрацептивам относятся презервативы, колпачки и диафрагмы.

И колпачки, и диафрагмы, и презервативы действуют по одному принципу - они создают механическое препятствие сперматозоидам и они не могут попасть в маточные трубы, где происходит оплодотворение.

Презервативы являются одноразовыми контрацептивами. Они достаточно просты в использовании, их легко купить в аптеке. Не рекомендуется приобретать презервативы в сомнительных местах. При покупке презервативов следует обязательно обращать внимание на срок годности! Для презерватива он равняется 5 годам.

Колпачки и диафрагмы - контрацептивы многоразового использования. Для подбора и правильного использования колпачка или диафрагмы необходима консультация врача. Ни в коем случае не допускается использование чужих колпачков или диафрагм!

В наше время барьерные методы, в том числе презерватив, особенно актуальны, так как высок риск инфекций, передающихся половым путем, в том числе и СПИДом. Не все знают, что инфекции, передающиеся половым путем, могут в итоге привести к раку половых органов!

Барьерные методы не считаются эффективными, но, если использовать их вместе со спермицидом, вероят-

ность забеременеть заметно снижается. Кроме того, спермициды убивают патогенные микроорганизмы и снижают риск инфекций, передающихся половым путем.

Презервативы

Презерватив является одним из самых распространенных методов контрацепции.

Презервативы изготавливаются из резины с толщиной стенки менее 1 мм. Презерватив представляет собой механическое препятствие для проникновения спермы во влагалище женщины. На верхушке его имеется пространство, где скапливается сперма. Помимо контрацептивной функции презерватив имеет некоторые другие достоинства.

Достоинства презерватива:

- Презерватив является наиболее эффективным средством профилактики инфекций, передающихся половым путем (СПИД, гонорея, сифилис, хламидиоз и др.);
- Это недорогое общедоступное средство;
- Презервативами легко пользоваться;
- Мужчина активно участвует в планировании семьи;
- Презервативы можно применять в редких случаях аллергии у женщины на сперму;
- Нет серьезных противопоказаний, кроме редких случаев (неспособность к поддержанию эрекции и аллергия на латекс).

Недостатком презерватива является уменьшение чувствительности половых органов. В этом случае можно

использовать сверхтонкие презервативы, однако у них меньшая прочность.

Сейчас имеется большое разнообразие презервативов:

- Со спермицидным и без спермицидного препарата;
- Различных размеров;
- Со специальной смазкой и без нее;
- Различной формы;
- С различной поверхностью (гладкие, рифленые);
- Сверхтонкие;
- Сувенирные (в виде мордочек животных и т.п.).

Женские презервативы

Относительно новым одноразовым средством являются женские презервативы. Их производят из полиуретанового пластика, который является эластичным и тонким. Женский презерватив представляет собой цилиндр длиной 15 см и диаметром 7 см. Один конец цилиндра закрытый и содержит фиксирующее кольцо. Открытый конец снабжен мягким кольцом, которое при использовании располагается в области наружных половых органов женщины. Женский презерватив следует вводить во влагалище до полового акта.

Как нужно надевать презерватив?

Перед использованием необходимо проверить дату изготовления и срок годности презерватива. Нельзя использовать презерватив, изготовленный более 5 лет назад, скорее всего он утратил свои свойства.

Презерватив нужно надевать на эрегированный половой член до полового акта. Не забудьте удалить воздух из верхушки презерватива. Это можно сделать,

сжав перед надеванием кончик двумя пальцами. Наденьте презерватив в скрученном виде на половой член и раскатайте до его основания. Раскатывать презерватив следует аккуратно, чтобы не повредить его ногтями или не порвать.

Как нужно снимать презерватив?

Снимать презерватив нужно сразу после полового акта, стараясь не допустить попадания спермы на наружные половые органы женщины. Обязательно проверьте целостность презерватива и в случае разрыва используйте посткоитальную таблетку или введите во влагалище спермицидный препарат. После использования презерватив нужно выбросить.

Необходимо особо отметить, что ни в коем случае нельзя при использовании презерватива применять вазелин как смазку (в этом случае резина разрыхляется и становится проходимой для сперматозоидов). В случае необходимости можно применять специальные презервативы со смазкой, спермициды, специальные лубриканты, в крайнем случае слюну.

Хранить презервативы нужно в сухом прохладном месте, стараться не допускать попадания на упаковку солнечных лучей.

Двойной голландский метод

Повысить противозачаточный эффект можно совместным (одновременным) использованием презерватива со спермицидами. Можно пользоваться любым спермицидом. Очень важно правильно использовать спермицидное средство - для этого следует внимательно прочитать инструкцию, которая обязательно прилагается к препарату. Этот метод создает двойную

защиту и от беременности и от заболеваний, передающихся половым путем, что в наше время крайне важно. Эффективность этого метода 98%.

Коэффициент неудач: от 2 до 15 % (в зависимости от наличия или отсутствия спермицидов и правильного применения).

Диафрагмы

Диафрагма представляет собой резиновый или изготовленный из латекса куполообразный колпачок с гибким ободком. Купол диафрагмы прикрывает шейку матки. Расположенная во влагалище, диафрагма является механическим препятствием для сперматозоидов - они не могут попасть в матку. Диафрагму вводят во влагалище перед половым актом.

Преимущества диафрагмы:

- Безопасность;
- Не требуется участия мужчины;
- Можно использовать постоянно;
- Предохраняет от заболеваний, передающихся половым путем.

Противопоказания при использовании диафрагмы:

- Аллергия на латекс;
- Аномалии влагалища (в этом случае диафрагма может быть не правильно расположена);
- Инфекции;
- Синдром токсического шока в прошлом.

Диафрагмы выпускаются различных размеров. Размер соответствует диаметру ободка в миллиметрах. Наиболее популярные виды диафрагм описаны ниже.

Подбор подходящей диафрагмы производит специалист. Также специалист обязан научить Вас вводить и извлекать диафрагму.

Крайне редко при использовании диафрагмы наблюдается синдром токсического шока. Этот синдром вызывается токсином, который вырабатывает стафилококк, который может находиться во влагалище. При появлении признаков синдрома токсического шока необходимо сразу же извлечь диафрагму и немедленно обратиться к врачу!

Признаки синдрома токсического шока:

- Внезапное повышение температуры;
- Рвота, понос;
- Боль в горле, суставах или мышцах;
- Снижение артериального давления;
- Десквамация кожи ладоней и подошв;
- Появление кожной сыпи;
- Головокружение, потеря сознания.

Использование диафрагмы вместе со спермицидами значительно повышает контрацептивный эффект и снижает риск развития заболеваний, передающихся половым путем.

Как ввести диафрагму?

Диафрагму можно вводить непосредственно перед половым актом, а можно за 6 часов. Тщательно вымойте руки с мылом. Вводить диафрагму можно сидя на корточках, лежа или стоя. Если Вы используете диафрагму вместе со спермицидом, то нанесите немного вещества (около столовой ложки) на купол диафрагмы и размажьте его пальцем вокруг ободка. Держите диафрагму куполом вниз. Сожмите противоположные стороны диафрагмы указательным и большим пальцами. Сложенную диафрагму введите во влагалище, стараясь протолкнуть ее как можно глубже. Затем нужно сдвинуть

передний ободок диафрагмы вверх. После введения диафрагмы проверьте правильность ее расположения. Она не должна мешать Вам. Кроме того, задняя часть ободка должна находиться ниже и сзади шейки матки, а передняя часть ободка должна быть расположена позади лобковой кости. Поверьте, что шейка матки хорошо прикрыта резиновой частью диафрагмы.

Не пользуйтесь масляными смазками (вазелин, растительное масло), так как они могут повредить диафрагму. При необходимости можно использовать контрацептивные желе.

При повторных половых актах диафрагму извлекать не нужно. Следует только ввести дополнительную порцию спермицида.

Следует оставить диафрагму на 6-8 часов после полового акта.

Как удалить диафрагму?

Проверьте диафрагму: на ней могут быть трещины или разрывы. Тщательно вымойте руки с мылом. Примите удобное положение и введите палец во влагалище. Нашупайте передний ободок диафрагмы, подцепите его пальцем и потяните диафрагму вниз. Достаньте диафрагму и сразу же вымойте ее с мылом и высушите. Нужно использовать простое мыло без ароматизаторов. Проверьте, нет ли на диафрагме разрывов или трещин.

Хранить диафрагму нужно в сухом, прохладном и темном месте. Не следует припудривать диафрагму тальком. Коэффициент неудач составляет 14-18%.

Барьерные методы

Методы	Показания
Презервативы	<ul style="list-style-type: none">• Мужчины, желающие принимать активное участие в планировании семьи• Пары, которым необходим метод контрацепции немедленно• Пары, которые нуждаются во временном методе контрацепции на время ожидания другого метода (например, имплантантов, ВМС или ДХС)• Пары, которым необходим страховочный метод контрацепции• Пары, имеющие редкие половые сношения• Пары, в которых любой из партнеров имеет более одного полового партнера, даже если при этом используется другой метод контрацепции• Мужчины/Женщины Группы риска заражения ИПП и другими ЗППП (ВГВ, ВИЧ, СПИД)

Диафрагмы

- Женщины, которые предпочитают не использовать или не должны использовать гормональные методы (например, курящие женщины старше 35 лет)
- Женщины, которые **не** хотят или не должны использовать ВМС
- Кормящие матери, нуждающиеся в контрацепции
- Женщины, желающие иметь защиту от ИППП и других ЗППП, и партнеры которых не согласны использовать презервативы (хотя диафрагмы обеспечивают лишь частичную защиту от ИППП)
- Пары, которые нуждаются во **временном** методе контрацепции на время ожидания другого метода (например, имплантантов, ВМС или ДХС)
- Пары, которым необходим **страховочный** метод контрацепции
- Пары, имеющие **редкие половые сношения**
- Пары, в которых любой из партнеров **имеет более одного полового партнера**, даже если при этом используется другой метод контрацепции (хотя диафрагмы обеспечивают лишь частичную защиту от ИППП)

<p>Спермициды</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Женщины, которые предпочитают не использовать или не должны использовать гормональные методы (например, курящие женщины старше 35 лет) • Женщины, которые не хотят или не должны использовать ВМС • Кормящие матери, нуждающиеся в контрацепции • Женщины, желающие иметь защиту от ИППП и других ЗППП и партнеры которых не согласны использовать презервативы (при использовании еще неясно защищают ли спермициды от ИППП; нет доказательства, что спермициды защищают от ВИЧ) • Пары, которые нуждаются во временном методе контрацепции на время ожидания другого метода (например, имплантантов, ВМС или ДХС) • Пары, которым необходим страховочный метод контрацепции • Пары, имеющие редкие половые сношения
--------------------------	---

Основные противопоказания

Методы	Противопоказания
	<ul style="list-style-type: none">• Пары, в которых один из партнеров страдает аллергией на материалы, из которых изготавливаются презервативы• Пары, желающие длительный метод контрацепции• Пары, желающие использовать метод, не связанный с половым актом
Диафрагмы	<ul style="list-style-type: none">• Женщины с повторными инфекциями мочевыводящих путей (ИМП)• Женщины, которые не могут научиться правильной технике использования/введения• Женщины, имеющие пролапс матки (опущение матки во влагалище)• Женщины, имеющие в анамнезе синдром токсического шока
Спермициды	<ul style="list-style-type: none">• Женщины, которым неприятно касаться своих половых органов (клитора и влагалища)• Пары, желающие использовать метод, не связанный с половым актом

Введение побочных эффектов/жалобы

Презерватив сполз или порвался во время полового акта	Убедитесь, что пациент знает правила надевания и использования презервативов. Если не знает - научите. Женщине необходимо порекомендовать метод неотложной контрацепции
Местное раздражение	Определить, является ли реакция механической или аллергической. Если реакция явно аллергическая, посоветовать перейти к использованию натуральных презервативов или помогите выбрать другой метод контрацепции
Уменьшение чувства полового удовлетворения	Посоветовать использовать более тонкие презервативы или помогите выбрать другой метод контрацепции

Консультирование

1. поприветствуйте пациента/пару уважительно и доброжелательно, попросите располагаться удобнее;
2. Представьте ему/им;
3. Спросите пациента о репродуктивных целях:
 - хочет ли сделать перерыв между рождением детей или вообще больше не иметь детей.

4. Соберите, если это необходимо, короткий анамнез:
 - риск заражения БППП/СПИДом;
 - наличие медицинских состояний, которые могут потребовать осторожности при использовании презервативов, например:
 - неспособность к сохранению эрекции у мужчины при использовании презерватива;
 - любые медицинские состояния, которые делают беременность абсолютно противопоказанной для женщины и требуют использования более надежного метода;
 - мужчина не желает использовать презервативы постоянно.
5. Спросите пациента, что он/она уже знает о презервативах; исправьте любую неверную или неточную информацию.
6. Очень коротко расскажите о презервативах (только самая важная информация):
 - **эффективность:** средняя эффективность, зависит от пользователя; необходимо использовать во время каждого полового контакта; при неправильном применении риск неудачи очень высок;
 - **механизм действия:** препятствует попаданию спермы во влагалище и матку;
 - **преимущества:**
 - немедленная эффективность;
 - доступность;
 - не влияет на грудное вскармливание;

- может использоваться как страховочный метод для других контрацептивов или как промежуточный метод, если начало другого метода должно быть временно отложено;
 - отсутствие риска для здоровья;
 - нет системных побочных эффектов;
 - повышает участие мужчины в планировании семьи;
 - **защищает от заражения БППП и ВИЧ/ СПИДом;**
 - профилактика рака шейки матки;
 - низкая стоимость.
 - **недостатки:** высокий процент неудач в случае неправильного или непостоянного применения, связан с половым актом;
 - эффективность зависит от пользователя; может снижать чувствительность пениса во время полового акта, создавая трудности с поддержанием эрекции; необходимо иметь запас презервативов до полового акта; проблема с выбросом использованных презервативов;
 - **побочные эффекты:** может порваться или протечь во время полового акта; может вызвать местное раздражение на половом члене; возможно уменьшение сексуальных ощущений.
7. Проинструктируйте пациента о том, **как использовать презерватив:**
- надеть на пенис в состоянии эрекции ДО его введения во влагалище, поскольку презерваторная сперма содержит активные сперматозоиды

- каждый презерватив можно использовать только **ОДИН** раз и после употребления выбрасывать: использовать новый презерватив во время каждого полового акта
 - не вскрывать упаковку презерватива зубами, ножницами и т.п., т.к. можно нечаянно повредить презерватив
 - не использовать презерватив, если его упаковка нарушена или презерватив выглядит поврежденным
 - не хранить презервативы в теплом или влажном месте, например, в бумажнике, поскольку это разрушает латекс, что может привести к тому, что презерватив порвется или протечет во время полового акта
 - не использовать минеральное масло, пищевой жир, детский крем или вазелин для смазки презерватива - это разрушает латекс, что может привести к тому, что презерватив порвется или протечет во время полового акта; использовать слюну, вагинальную секрецию или спермициды для смазки
 - на упаковке презерватива указывается дата его изготовления; при правильном хранении он годен в течение 5 лет с момента выпуска
 - при наличии более одного полового партнера следует использовать презервативы для защиты от БППП и ВИЧ/ СПИДа, даже если используется другой метод контрацепции, включая стерилизацию
 - объяснить, где можно купить/получить презервативы
 - подчеркнуть, что всегда необходимо иметь запас презервативов на случай, если презерватив порвется.
8. Продемонстрируйте на модели, **как правильно надеть и снять презерватив:**

- держа за кольцо, наденьте презерватив на верхний конец пениса в состоянии эрекции (до введения во влагалище);
 - натяните презерватив вниз до основания эрегированного пениса, придерживая при этом кончик презерватива;
 - оставьте 1-2 см пустого пространства на конце презерватива для спермы, если презерватив не имеет расширения (резервуара);
 - после эякуляции, пока пенис еще находится в состоянии эрекции, извлеките его из влагалища, придерживая за основание (кольцо) презерватива; это предупреждает соскальзывание презерватива и разливание спермы;
 - осторожно снимите презерватив, не пролив при этом спермы; убедитесь в его целостности;
 - выбросите использованный презерватив в мусорное ведро, завернув его перед этим в бумагу.
9. Объясните, что делать, если презерватив порвался или протек:
- поменять презерватив на новый;
 - использовать спермицид вместе с презервативом для дополнительной защиты;
 - если презерватив порвался во время полового акта, женщине надо как можно быстрее обратиться к врачу для получения рекомендации о неотложной контрацепции.
10. Попросите пациента повторить инструкции, чтобы убедиться в правильности усвоенной информации.

11. Спросите пациента, есть ли у нее/него какие-либо вопросы или сомнения, ответьте на них.
12. Посоветуйте пациенту вернуться в клинику, если у нее/него возникнет проблема или появится вопрос.
13. Вежливо попрощайтесь и повторите, что он/она может в любой момент обратиться к вам.

2.7. Добровольная стерилизация

Добровольная хирургическая процедура перманентного прекращения женской воспроизводительной функции

Методы:

- Минилапаротомия (интервальная или послеродовая).
- Лапароскопия (только интервальная).

Механизм действия:

Путем блокирования фаллопиевых труб (завязав и перерезав их или используя скобки, кольца или прижигание) закрывается проход спермы к яичникам и предотвращается оплодотворение яйцеклетки.

Когда проводить:

- в любое время менструального цикла, когда есть уверенность, что пациентка не беременна с 6-го по 13-й день менструального цикла (пролиферативная фаза предпочтительней);
- после родов: в первые 2 дня или спустя 6 недель;
- после аборта: сразу или в течение 7 дней, если нет признаков тазовой инфекции.

Основные показания для ДХС:

- Женщины любого репродуктивного возраста (обычно после 45 лет);
- Женщины с любым количеством беременностей в анамнезе, которые хотят использовать высокоэффективный постоянный метод предохранения от беременностей;
- Женщины, для здоровья которых беременность представляет серьезную опасность;
- Женщины/Пары, которые уверены, что у них есть желанное количество детей;
- Пары, которые понимают и добровольно дают осознанное согласие на процедуру.

Форма информированного согласия

Я, нижеподписавшийся, _____

(Ф.И.О. клиента)

согласен провести операцию хирургической
стерилизации способом _____

(указать процедуру)

Я обращаюсь с этой просьбой по своему собственному
желанию. Без принуждения или влияния с чьей-либо
стороны. Я осознаю, что:

1. Я и мой партнер можем воспользоваться временными
методами контрацепции.
2. Процедура, которой я подвергнусь, является хирурги-
ческой операцией, и мне были подробно изложены все
ее детали.
3. Эта хирургическая процедура в дополнение к положи-
тельным результатам, может нести в себе и некоторый
риск. Все последствия операции были мне разъяснены.
4. Если процедура пройдет удачно, я больше не смогу
иметь детей.
5. Процедура является необратимой.
6. Я могу принять решение об отмене процедуры в любой
момент до проведения операции.

(подпись клиента)

(дата)

(подпись врача или ответственного работника)

(дата)

Основные моменты инструктажа пациентов по ДХС

Эффективность более 99,9%; это самый эффективный из всех существующих методов ПС; необратимый метод.

Мужская стерилизация:

- вазэктомия может быть сделана в любое время.

Женская стерилизация:

- **Минилапаротомия** - может быть сделана сразу или спустя 6 недель после родов; или же в любое другое время, когда точно известно, что женщина не беременна (интервальная).
- **Лапароскопия** - может быть сделана спустя 6-8 недель после родов, сразу после аборта в первом триместре или в любое время, когда точно известно, что женщина не беременна.

Женская стерилизация эффективна немедленно.

Вазэктомия несет меньший хирургический риск, чем женские методы.

Недостатки:

- постоянность;
- очень трудно восстановить фертильность после операции;
- риск и побочные эффекты любой хирургической операции;
- не защищает от БППП и ВИЧ/СПИДа;

- **вазэктомия:** не эффективна немедленно - требуется до 20 эякуляций до полного освобождения семенной жидкости от спермы.

Осложнения и побочные эффекты:

- **Вазэктомия:** раневая инфекция, гематома, сильная опухоль, боль в месте операции.
- **Женские методы:** раневая инфекция, повышение температуры, повреждение мочевого пузыря или кишечника, боль в месте операции, поверхностное кровотечение.

Тревожные сигналы, требующие немедленного прихода к врачу:

- раневая инфекция;
- повышение температуры;
- кровь в моче;
- сильный отек мошонки, не проходящий со временем (*у мужчин*).

Инструктаж пациента.

Послеоперационный период

Вазэктомия:

- после операции носить суспензорий для поддержки мошонки, не мочить место операции и отдыхать в течение 2 дней;
- избегать поднятия тяжестей и тяжелой физической работы в течение 3 дней;
- в случае сильного отека и дискомфорта принимать анальгетик и прикладывать холодный компресс к месту операции;

- возобновить половые отношения через 2-3 дня, использовать презервативы (или другой метод контрацепции) в течение следующих 20 эякуляций (или 3 месяцев).

Женская стерилизация:

- после операции отдыхать и не мочить место операции в течение 2 дней;
- постепенно возобновить повседневную работу; вернуться к нормальной деятельности через 7 дней;
- воздержаться от половых контактов в течение 1 недели;
- избегать поднятия тяжестей и тяжелой физической работы в течение 1 недели;
- принимать несильный анальгетик в случае боли.

Консультирование по ДХС

1. поприветствуйте пациента/пару уважительно и доброжелательно, попросите располагаться удобнее.
2. Представьтеесь.
3. Спросите о репродуктивных целях пациента:
 - сколько еще детей хочет иметь и когда;
 - хочет ли сделать перерыв между родами или вообще больше не иметь детей.
4. Соберите общий и репродуктивный анамнез пациента:
 - возраст и семейное положение;
 - количество беременностей и родов (*у женщины*);
 - количество живых детей, их возраст и пол;

- какие методы ПС использовались раньше: как долго, почему прекратили, проблемы;
 - метод, используемый в настоящий момент;
 - наличие состояний, которые могут оказаться предостережением для ДХС:
 - возраст моложе 35 лет или меньше 2 детей;
 - хочет иметь еще детей;
 - выражает большой интерес к возможности восстановить фертильность после операции;
 - считает, что стерилизация противоречит ее/его религиозным убеждениям;
 - имеет острое инфекционное заболевание;
 - решение о стерилизации было принято под чьим-то давлением;
 - находится в состоянии депрессии;
 - наличие семейных проблем;
 - не состоит в браке;
 - не имеет детей или больные дети.
 - Особые предостережения для женщин:
 - установленная или подозреваемая беременность;
 - наличие острой инфекции органов малого таза или другой серьезной инфекции.
5. Спросите пациента, что он/она уже знает о ДХС; исправьте любую неверную или неточную информацию.
 6. Очень коротко расскажите пациенту о ДХС (только самое важное):

- **эффективность** более 99,9%; это самый эффективный из всех существующих методов ПС; необратимый метод;
- **механизм действия:**
 - **вазэктомия** (мужчины): каналы, по которым сперма поступает из яичек в пенис, блокируются хирургическим путем;
 - **минилапаротомия** или **лапароскопия** (женская): обе фаллопиевы трубы, по которым яйцеклетки поступают из яичников в матку, блокируются или разрезаются;
- **когда и как делается:**

Мужская стерилизация – **вазэктомия** - может быть сделана в любое время.

Женская стерилизация – **минилапаротомия** - может быть сделана сразу или спустя 6 недель после родов; или же в любое другое время, когда точно известно, что женщина не беременна (интервальная); **лапароскопия** - может быть сделана спустя 6-8 недель после родов, сразу после аборта в первом триместре или в любое время, когда точно известно, что женщина не беременна;

- делается через маленький разрез брюшной стенки;
- используется лапароскоп - инструмент, который вводится через разрез и позволяет врачу увидеть фаллопиевы трубы и завязать их;
- **преимущества:** высокая эффективность; постоянный метод, что значит никакого беспокойства о контрацепции в дальнейшем; мало отдаленных побочных эффектов; простая хирургическая операция под местной анестезией; не нарушает половой акт;

- **женская стерилизация** эффективна немедленно;
- **вазэктомия** несет меньший хирургический риск, чем женские методы;
- **недостатки:** постоянность; очень трудно восстановить фертильность после операции; риск и побочные эффекты любой хирургической операции; не защищает от БППП и ВИЧ/СПИДа;
- **вазэктомия:** не эффективна немедленно -требуется до 20 эякуляций до полного освобождения семенной жидкости от спермы;
- **осложнения и побочные эффекты:**
 - **вазэктомия:** раневая инфекция, гематома, сильная опухоль, боль в месте операции;
 - **женские методы:** раневая инфекция, повышение температуры, повреждение мочевого пузыря или кишечника, боль в месте операции, поверхностное кровотечение;
- **тревожные сигналы,** требующие немедленного прихода к врачу: раневая инфекция; повышение температуры; кровь в моче; сильный отек мошонки, не проходящий со временем (*у мужчин*).

7. Проинструктируйте пациента по следующим вопросам:

- **пред - и послеоперационный период**

Вазэктомия:

- перед операцией вымыться и прийти в свободной одежде;
- не надо подстригать волосы на лобке;

- после операции носить суспензорий для поддержки мошонки, не мочить место операции и отдыхать в течение 2 дней;
- избегать поднятия тяжестей и тяжелой физической работы в течение 3 дней;
- в случае сильного отека и дискомфорта принимать анальгетики и прикладывать холодный компресс к месту операции;
- возобновить половые отношения через 2-3 дня, использовать презервативы (или другой метод контрацепции) в течение следующих 20 эякуляций (или 3 месяцев).

Женская стерилизация:

- вымыться перед операцией;
- не надо подстригать волосы на лобке;
- после операции отдыхать и не мочить место операции в течение 2 дней;
- постепенно возобновить повседневную работу; вернуться к нормальной деятельности через 7 дней;
- воздержаться от половых контактов в течение 1 недели;
- избегать поднятия тяжестей и тяжелой физической работы в течение 1 недели;
- принимать несильный анальгетик в случае боли.
 - ***побочные эффекты:***
 - раневая инфекция;
 - послеоперационный жар;
 - боль в области разреза;
 - гематома (у мужчин).
 - ***проблемы или осложнения***, означающие, что пациенту надо немедленно показаться врачу:
 - высокая температура;
 - головокружение с потерей сознания;

- постоянная или усиливающаяся боль в области живота;
 - выделение крови или жидкости из места разреза;
 - раневая инфекция;
 - сильный отек мошонки (у мужчин).
8. Попросите пациента повторить инструкции, чтобы убедиться в правильности усвоенной информации.
 9. Спросите пациента, есть ли у него/нее какие-либо вопросы или сомнения, ответьте на них.
 10. Объясните пациенту, когда вернуться на прием и как будет проводиться последующее наблюдение.
 11. Дайте направление на операцию в ближайшее медицинское учреждение, предлагающее эти услуги.
 12. Посоветуйте пациенту прийти на прием, если у него/нее возникнет проблема или появится вопрос.
 13. Вежливо попрощайтесь и повторите, что он/она может в любой момент обратиться к вам.

Раздел III.

3.1. ВИЧ/СПИД

Инфекционная болезнь, вызываемая вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), который поражает иммунную систему и приводит к развитию синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД).

Возбудитель болезни относится к ретровирусам, размножается в клетках иммунной системы, вызывая их гибель. В окружающей среде он малоустойчив, погибает при кипячении в течение 1-5 минут, легко погибает при использовании дезинфицирующих средств, хорошо

сохраняется при пониженных температурах. В крови, сперме, влагалищном секрете, грудном молоке ВИЧ сохраняет жизнеспособность в течение нескольких суток.

Источник – зараженные люди.

Возбудитель передается при половых сношениях, от матери плоду во время беременности и родов, от матери ребенку и от ребенка матери при грудном вскармливании, при переливаниях крови, различных медицинских манипуляциях. Наиболее высока заболеваемость среди людей, ведущих беспорядочную половую жизнь, наркоманов.

Клиника

Проявления ВИЧ-инфекции многообразны. У 50% заразившихся через 2-4 недели появляются симптомы острой инфекционной болезни: повышение температуры, ангина, увеличение лимфатических узлов, печени, селезенки, жидкий стул. В это время в крови можно обнаружить антитела к ВИЧ.

Следующие нескольких месяцев до 3-5 лет острые проявления болезни отсутствуют. Часто возникают обострения хронических воспалительных заболеваний, увеличивается восприимчивость к респираторным инфекциям, которые осложняются пневмонией и принимают затяжное течение. Нередко присоединяются грибковые поражения кожи, слизистых оболочек и внутренних органов. Одним из типичных кожных проявлений является саркома Капоши. Болезнь переходит в последнюю стадию – СПИД. При этом у больных преобладает рецидивирующая пневмония, хронический понос, поражение нервной системы. СПИД длится от

нескольких месяцев до 5 лет и более и заканчивается смертью.

Для диагностики ВИЧ-инфекции используют высокочувствительные методы лабораторной диагностики (ИФА, ПЦР).

Профилактика ВИЧ-инфекции проводится по нескольким направлениям:

- Сексуальное воспитание;
- Использование презервативов;
- Борьба с наркоманией и проституцией;
- Применение одноразовых игл, шприцев и систем для внутривенных вливаний;
- Соблюдение правил стерилизации медицинских инструментов;
- Строгий контроль за донорами;
- Массовое обследование на ВИЧ-инфекцию.

ВИЧ-инфекция и беременность. У некоторых ВИЧ-инфицированных женщин, родивших детей с синдромом приобретенного иммунодефицита, во время беременности не отмечается симптомов заболевания. Часто имеют место рождение плода с небольшой массой тела, преждевременные роды.

Возможны следующие пути преодоления вирусом плацентарного барьера:

1. Перенос свободного вируса вследствие повреждения плацентарного барьера;
2. Первично инфицируется плацента, вторично плод;

3. Переход во время родов из пораженных клеток шейки матки и влагалища через слизистые оболочки плода.

ВИЧ-инфекцией от матери заражаются 20-30% новорожденных. Дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей, обязательно ставятся на учет и наблюдаются в течение 3 лет.

ВИЧ-инфицированные беременные рожают в специализированных родильных домах, где анонимность гарантирована и имеются соответствующие условия.

3.2. Болезни, передающиеся половым путем

До недавнего времени к болезням, передающимся половым путем (БППП), относили пять классических венерических заболеваний – гонорею, сифилис, шанкроид (мягкий шанкр), венерическую лимфогранулему и паховую гранулему. С началом сексуальной революции более 2-х десятилетий назад количество БППП значительно возросло, в основном, в результате выявления с помощью сложных эпидемиологических и диагностических процедур, новых свойств уже известных инфекционных агентов (исключая ВИЧ).

Пути передачи:

- Транскутанная инокуляция – наиболее частый путь для возбудителей пяти классических заболеваний и для ВПГ. Соприкосновение тела партнера с пораженным участком приводит к физическому переносу возбудителей.
- Гематогенный путь передачи при половом контакте (вирус гепатита В, ЦМВ, ВИЧ).
- Возбудители кишечной инфекции могут передаваться при половом контакте из анальной области.

Гонорея

Этиология – Neisseria gonorea

Источник инфекции – больной гонореей человек.

Пути передачи:

- половой,
- трансплацентарный,
- бытовой,
- инфицирование новорожденных во время прохождения через родовые пути матери.

Классификация

1. Свежая (до 2-х месяцев)
 - а) острая
 - б) подострая
 - в) торпидная
2. Хроническая (более 2-х месяцев)
3. Гононосительство
4. Латентная

Особенности течения гонореи:

- Повышение частоты вялотекущей торпидной гонореи из-за изменения реактивности организма человека и изменения свойств гонококка при использовании антибиотиков;
- Удлинение инкубационного периода;
- Увеличение поражений урогенитального тракта смешанной инфекцией;
- Возрастание частоты экстрагенитальной гонореи;
- Увеличение количества капсулярных и L-форм штаммов гонококков резистентных к антибиотикам;
- Частые постгонорейные воспалительные явления.

Клиника

Гонорея нижних отделов мочеполовой системы:

- вульвовагинит;
- уретрит;
- парауретрит;
- вагинит;
- бартолинит;
- эндоцервицит.

Восходящая гонорея:

- эндометрит;
- эндомиометрит;
- сальпингоофорит;
- перитонит.

Экстрагенитальные поражения:

- фарингит;
- конъюнктивит;
- проктит.

Трихомоноз

Этиология – *Trichomonas vaginalis*.

Пути передачи инфекции:

- половой;
- контактный;
- инфицирование детей во время родов.

Классификация

1. Свежий
 - а) острый
 - б) подострый
 - в) торпидный
2. Хронический (свыше 2-х месяцев)
3. Трихомонадоносительство

Клиника

При остром течении:

- обильные раздражающие выделения;
- неприятный запах;
- зуд кожи, жжение и болезненность при мочеиспускании;
- боли в нижней части живота.

Объективно выделяют:

- воспалительные изменения слизистой влагалища и шейки матки (от умеренной гиперемии до обширных эрозий);
- скопление жидких серовато-желтых пенистых выделений в заднем своде;
- отечность и гиперемия губок уретры, ее болезненность, пастозность при пальпации.

При торпидном течении:

- симптомы не выражены;
- выделения не обильны.

При хроническом трихомониазе:

- инфекция, как правило, имеет смешанный бактериально-протозойный характер;
- течение воспаления вялое малосимптомное;
- высокая частота осложнений;
- упорное течение заболевания;
- частые рецидивы.

Хламидиоз

Этиология – *Chlamidia trachomatis*, имеющая несколько серотипов (А, В и С- возбудители трахомы, L1, L2, L3 - венерической лимфогранулемы и от D до К-урогенитального хламидиоза).

Пути передачи инфекции:

- при половом контакте;
- инфицирование во время внутриутробного развития;
- инфицирование во время родов.

Классификация:

1. Острый хламидиоз (продолжительность заболевания менее 2-х месяцев):
 - острое начало, возникшее через 7-14 дней после инфицирования;
 - наличие клинических проявлений (бели, дизурия, абдоминальные боли, диспареуния);
 - абактериальный лейкоцитоз в мазках на степень чистоты.
2. Хронический хламидиоз (продолжительность заболевания более 2-х месяцев):
 - стертая клиническая картина;
 - наличие осложнений.
3. Персистирующий хламидиоз (вне зависимости от продолжительности заболевания):
 - асимптомное течение с периодами рецидивов воспаления.

Микоплазмоз

Этиология – род *Mycoplasma* и род *Ureaplasma*.

Пути передачи:

- половой;
- вертикальный, приводящий к внутриутробному инфицированию.

Классификация.

1. Свежий процесс:
 - острый;
 - подострый;
 - вялотекущий.

2. Хронический (малосимптомное течение и давность свыше 2 месяцев).
3. Латентная форма.

Клиника:

- инкубационный период составляет 3-5 недель;
- характерны кольпиты и цервициты;
- провоцирующим фактором может быть развитие инфекционного процесса, изменение гормонального фона, беременность, роды, изменение иммунного статуса.

Бактериальный вагиноз

Этиология – Lactobacillus spp, Gardnerella vaginalis, Mobiluncus curtisii, Bacteroides spp.

Пути передачи инфекции:

- половой;
- аутоинфекция кишечной микрофлорой;
- нарушение взаимоотношения микроорганизмов в вагинальном биоценозе.

Клиника:

- инкубационный период в среднем 7-12 дней;
- длительные и обильные выделения, чаще с неприятным запахом;
- дизурические расстройства;
- жжение и зуд в области вульвы и боли во влагалище.

Вагинальный кандидоз

Этиология – дрожжеподобные грибы рода Candida.

Пути передачи инфекции:

- половой;
- нарушение взаимоотношения микроорганизмов в вагинальном биоценозе.

Классификация:

1. Острый урогенитальный кандидоз
2. Хронический (рецидивирующий) урогенитальный кандидоз
3. Кандидоносительство

Клиника:

- обильные или умеренные творожистые выделения с неприятным запахом;
- зуд, жжение, раздражение в области наружных половых органов, которые усиливаются во время сна, после водных процедур накануне месячных.

Профилактика болезней, передающихся половым путем, проводится по нескольким направлениям:

- Сексуальное воспитание;
- Использование презервативов;
- Борьба с наркоманией и проституцией.

г.Бишкек
от 13 января 2000 года N 5

ЗАКОН КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

О репродуктивных правах граждан

Статья 1. Основные понятия

Репродукция - самовоспроизведение, размножение, производство потомства.

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

Репродуктивное здоровье - состояние полного физического, умственного и социального благополучия во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы.

Планирование семьи - система мероприятий, направленных на принятие и реализацию супругами или отдельными гражданами решения о рождении или отказе от рождения детей, их числе, интервалах между родами, на получение информации и средств, позволяющих обеспечить осознанный выбор.

Вспомогательные репродуктивные технологии - комплекс медицинских мероприятий, направленных на коррекцию репродуктивной деятельности человека.

Суррогатная мать - женщина, вынашивающая плод (беременность) после переноса донорского эмбриона.

Контрацепция - методы и средства предупреждения нежелательной беременности.

Инсеминация - искусственное введение половых клеток в полость матки.

Статья 2. Основные принципы реализации репродуктивных прав

Граждане имеют право реализовывать репродуктивные права по своей воле и в своих интересах.

При реализации гражданами своих репродуктивных прав государство гарантирует соблюдение прав человека и гражданина; уважительное отношение, исключаящее унижение человеческого достоинства; конфиденциальность при рассмотрении и решении вопросов по охране репродуктивного здоровья.

Государство обеспечивает конституционные права граждан на неприкосновенность частной жизни, личной, семейной тайны и гарантии равноправия граждан на половое и репродуктивное здоровье.

Государство обеспечивает гарантированный объем, качество и доступность услуг по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи.

Статья 5. Право на свободный репродуктивный выбор

Граждане имеют право свободно принимать решения относительно числа детей и времени их рождения в браке или вне брака, интервалах между рождениями, необходимых для сохранения здоровья матери и ребенка.

Государство гарантирует невмешательство в реализацию гражданами права на свободный репродуктивный выбор.

Статья 6. Право на свободу и безопасность личности

Граждане независимо от возраста имеют право на свободу реализации своей половой и репродуктивной

жизни, если это не угрожает их здоровью.

Граждане независимо от возраста имеют право на свободу от навязанного им извне страха, стыда, вины, основанных на национальных традициях, и других психологических факторов, затрудняющих их обращение в службу по охране репродуктивного здоровья.

Статья 7. Право на защиту от жестокого и унижительного обращения

Граждане имеют право на защиту от унижительного обращения и насилия по отношению к их репродуктивным функциям.

Граждане независимо от возраста имеют право на защиту от всех форм эксплуатации, в частности сексуальной эксплуатации, проституции, всех форм сексуального злоупотребления, физической угрозы, принуждения к любой незаконной сексуальной активности.

Граждане не должны подвергаться медицинским экспериментам, связанным с сексуальной ориентацией, без их полного и свободного информированного согласия. Для несовершеннолетних участие в медицинских экспериментах, связанных с сексуальной ориентацией, возможно при обязательном согласии их родителей или законных представителей.

Статья 8. Право на получение информации по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи

Граждане имеют право:

- на свободу слова и убеждений в связи со своей половой и репродуктивной жизнью;

- на защиту от ограничений доступа к образованию и получению информации, связанной с их половым и репродуктивным здоровьем, по причине их образа мыслей и вероисповедания;
- на получение достоверной и полной информации:
- о состоянии своего репродуктивного здоровья;
- о методах охраны репродуктивного здоровья;
- о методах планирования семьи, их преимуществах и недостатках;
- об условиях получения высококвалифицированных услуг по охране репродуктивного здоровья.

Статья 11. Право несовершеннолетних на охрану репродуктивного здоровья

Несовершеннолетние имеют право на охрану репродуктивного здоровья, а также половое воспитание и образование.

Половое воспитание несовершеннолетних, подготовка их к семейной жизни осуществляются в семье.

Половое образование несовершеннолетних осуществляется в учреждениях образования по специально разработанным программам с учетом пола, возраста, особенностей психофизического развития несовершеннолетних, мнения родителей, лицами, имеющими специальную подготовку.

Государственными организациями услуги по охране репродуктивного здоровья оказываются бесплатно.

Статья 12. Право на материнство

Женщина имеет право на материнство, на охрану здоровья в период беременности, на помощь при родах и в послеродовом периоде с применением методов,

сводящих к минимуму риск для ее здоровья, здоровья плода и новорожденного.

Любое медицинское вмешательство в период беременности осуществляется с согласия обоих партнеров (супругов) либо с согласия женщины.

В ситуациях, опасных для жизни беременной женщины, решение принимает консилиум врачей или врач.

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется женщине в организациях государственной системы здравоохранения за счет средств бюджетов всех уровней и фонда обязательного медицинского страхования. Перечень гарантированных услуг и порядок их предоставления устанавливаются республиканским государственным органом управления здравоохранения.

Женщина не может быть кем-либо принуждена к беременности, аборту, родам. Такие действия следует рассматривать как насилие над женщиной. Лица, принудившие к этому женщину, несут ответственность в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

Статья 13. Право на усыновление (удочерение) детей

Граждане, достигшие брачного возраста, имеют право на усыновление (удочерение) несовершеннолетних детей в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

Статья 19. Право на использование контрацепции

Граждане имеют право на контрацепцию, а также отказ от нее.

Гражданам оказывается медико-социальная помощь по индивидуальному подбору приемлемых методов

предупреждения нежелательной беременности с учетом состояния здоровья, возраста и индивидуальных особенностей.

При наличии медицинских и социальных показаний граждане имеют право на предоставление им средств предупреждения нежелательной беременности бесплатно в рамках программ обязательного медицинского страхования и средств местных бюджетов.

Статья 20. Право на использование хирургического метода предупреждения нежелательной беременности

Граждане, достигшие брачного возраста и решившие для себя вопросы репродукции, имеют право на добровольное использование хирургического метода предупреждения нежелательной беременности (хирургическую стерилизацию).

Граждане имеют право отказаться от хирургической стерилизации.

Граждане имеют право на информацию о необратимости хирургической стерилизации.

Хирургическая стерилизация производится только по письменному согласию гражданина.

Хирургическая стерилизация проводится специалистами в учреждениях государственной системы здравоохранения.

Условия и порядок проведения хирургической стерилизации устанавливаются республиканским государственным органом управления здравоохранения.

В государственных учреждениях системы здравоохранения может производиться хирургическая стерили-

зация по социальным и медицинским показаниям определенным категориям граждан без их согласия, условия и порядок проведения которой устанавливается республиканским органом управления здравоохранения.

Статья 21. Право женщины на искусственное прерывание беременности

Женщина имеет право на искусственное прерывание беременности.

Искусственное прерывание беременности обеспечивается по требованию женщины в срок до 12 недель беременности.

По социальным, медицинским показаниям и по добровольному согласию женщины искусственное прерывание беременности может производиться в срок до 22 недель беременности.

Искусственное прерывание беременности несовершеннолетним производится с согласия их родителей или законных представителей.

До и после искусственного прерывания беременности женщинам проводится обязательное бесплатное медико-социальное консультирование с последующим подбором средств предупреждения нежелательной беременности.

Искусственное прерывание беременности производится частными учреждениями здравоохранения, имеющими лицензию на медицинскую практику.

Условия и порядок проведения прерывания беременности устанавливаются республиканским государственным органом управления здравоохранения.

г.Бишкек

от 2 июля 1992 года N 943-ХП

ЗАКОН РЕСПУБЛИКИ КЫРГЫЗСТАН

Об охране здоровья народа в Республике Кыргызстан

Статья 9. Ответственность работодателей и должностных лиц за охрану здоровья народа

Работодатели и должностные лица, независимо от форм собственности:

а) обязаны обеспечить:

- санитарно-эпидемическое благополучие и охрану окружающей среды;
- создание здоровых условий труда, быта и отдыха трудящихся;
- соблюдение санитарно-гигиенических норм и правил содержания производственных помещений и территорий;
- информирование работающих и населения о вредных факторах производства;
- создание условий, разработку и использование системы моральных и материальных стимулов для работников, ведущих здоровый образ жизни;

б) несут ответственность:

- за ущерб, причиненный здоровью граждан;
- за нарушение законодательства Республики Кыргызстан об охране здоровья народа.

Статья 14. Право граждан, вступающих в брак, на медико-генетическое обследование

Граждане, вступающие в брак на территории Республики Кыргызстан, в целях охраны здоровья супругов и их потомства, имеют право пройти медицинское или медико-генетическое обследование в учреждениях здравоохранения по их выбору.

Статья 16. Право граждан на информацию о состоянии здоровья и факторах, влияющих на здоровье

Граждане имеют право на получение полной и объективной информации о состоянии своего здоровья и здоровья своих детей.

Указанная информация может быть скрыта от пациента только в случаях, когда она может принести ему существенный вред.

Граждане имеют право на получение информации о состоянии здоровья своего супруга и родителей, если законом не установлено иное.

Информация о состоянии здоровья представляется врачом, проводящим обследование и лечение, а также заведующим отделением и главным врачом лечебно-профилактического учреждения, в котором пациент проходит обследование и лечение.

Граждане имеют право на получение информации от органов, учреждений здравоохранения и работодателей о методах профилактики и лечения, уровне заболеваемости населения, о факторах, влияющих на их здоровье, включая состояние окружающей среды, условия труда, быта и отдыха.

Статья 17. Право граждан на возмещение ущерба, причиненного их здоровью

Граждане имеют право на возмещение ущерба, причиненного их здоровью физическими и юридическими лицами, независимо от форм собственности.

Статья 20. Право матери на охрану здоровья

Женщине предоставляется право самой решать вопрос о материнстве. В целях охраны здоровья женщине могут быть проведены современные методы предупреждения нежелательной беременности с ее согласия; хирургическая стерилизация проводится только с согласия женщины при наличии медицинских показаний, перечень которых определяется Министерством здравоохранения Республики Кыргызстан.

Материнство в Республике Кыргызстан охраняется и поощряется государством. Охрана материнства обеспечивается организацией широкой сети специальных медицинских учреждений; выплатой женщинам пособий по случаю рождения ребенка; запрещением применения труда женщин в тяжелых и вредных для здоровья производствах, рациональным трудоустройством беременных женщин с предоставлением им возможности выполнять медицинские предписания; предоставлением работающим, обучающимся женщинам отпусков по беременности и родам; выплатой пособий по уходу за ребенком и в случае его болезни; установлением индивидуальных графиков работы и режима неполного рабочего времени.

Законодательством могут быть предусмотрены и другие льготы.

Статья 21. Право детей на охрану здоровья

Государство осуществляет защиту прав и интересов детей, обеспечивает их права на условия жизни, необходимые для физического, умственного, духовного, нравственного и социального развития.

Органы государственной власти и управления, работодатели обеспечивают развитие широкой сети специальных медицинских и детских учреждений и несут ответственность за оздоровление детей, находящихся в них.

Дети подлежат обязательным периодическим медицинским осмотрам и постоянному диспансерному наблюдению.

Дети в возрасте до трех лет обеспечиваются лекарствами бесплатно.

Дети, страдающие хроническими заболеваниями, обеспечиваются бесплатными медикаментами и санаторно-курортным лечением согласно перечню, определяемому Министерством здравоохранения Республики Кыргызстан.

При стационарном лечении детей в возрасте до трех лет, а также тяжелобольных детей старших возрастов, нуждающихся по заключению врачей в дополнительном уходе, матери (отцу) или иному лицу, непосредственно осуществляющему уход за ребенком, предоставляется возможность находиться с ним в лечебном учреждении с выплатой пособия по социальному страхованию в установленном порядке.

Дети с дефектами физического или психического развития имеют право на получение медико-социальной

помощи в специализированных детских учреждениях. Перечень медицинских противопоказаний, препятствующих помещению указанных детей в дома ребенка и учебно-воспитательные учреждения общего назначения, утверждается Министерством здравоохранения Республики Кыргызстан.

Уклонение от выполнения обязанностей по уходу и воспитанию детей в семье, жестокое обращение с ними, наносящее вред здоровью, влекут ответственность, установленную законодательством Республики Кыргызстан.

Статья 26. Обязанность граждан соблюдать законодательство об охране здоровья народа

Граждане обязаны соблюдать законодательство об охране здоровья народа, бережно относиться к своему здоровью и здоровью окружающих.

Статья 27. Обязанность граждан соблюдать медицинские предписания

Для предупреждения заразных болезней граждане обязаны выполнять предписания о проведении флюорографии, иммунизации и медицинских осмотров в сроки, установленные учреждениями здравоохранения.

Лица, находящиеся на стационарном лечении, обязаны соблюдать режим, действующий в медицинских учреждениях.

Лица, находящиеся на амбулаторно-поликлиническом лечении, обязаны выполнять назначения лечащего врача.

Статья 28. Обязанности граждан заботиться о здоровье детей

Граждане обязаны заботиться о здоровье детей, физическом, духовном и нравственном развитии,

воспитывать привычку к здоровому образу жизни.

Беременные женщины обязаны своевременно встать на медицинский учет, проходить обследование, выполнять медицинские предписания.

Родители обязаны выполнять правила, способствующие рождению полноценных детей, после рождения ребенка выполнять медицинские предписания.

Статья 29. Обязанности граждан Республики Кыргызстан по обеспечению экологического, санитарно-эпидемического благополучия и радиационной безопасности населения

Граждане Республики Кыргызстан обязаны соблюдать санитарные нормы, правила и гигиенические нормативы, а также проводить или участвовать в проведении предусмотренных законодательством санитарно-гигиенических, санитарно-противоэпидемических и противорадиационных мероприятий.

Статья 35. Медицинское страхование

Медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья.

Порядок медицинского страхования граждан определяется законодательством Республики Кыргызстан.

г.Бишкек
от 17 апреля 1991 года N 421-ХП

ЗАКОН РЕСПУБЛИКИ КЫРГЫЗСТАН

О социальной защите инвалидов в Республике Кыргызстан

Настоящий Закон определяет государственную политику в отношении инвалидов в целях обеспечения им равных со всеми другими гражданами Республики Кыргызстан возможностей в реализации прав и свобод, устранения ограничений в их жизнедеятельности, создания благоприятных условий, позволяющих инвалидам вести полноценный образ жизни, активно участвовать в экономической и политической жизни общества, а также выполнять свои гражданские обязанности, предусмотренные Декларацией о правах инвалидов, принятой Генеральной ассамблеей ООН, Конституцией Кыргызской Республики, общепринятыми принципами международного права и международными договорами Кыргызской Республики.

Государство осуществляет меры, направленные на охрану здоровья населения, профилактику инвалидности и создание условий для интеграции инвалидов в обществе.

I. Общие положения

Статья 1. Основы правового положения инвалидов

Инвалиды в Республике Кыргызстан обладают всей полнотой социально-экономических, политических и личных прав и свобод, закрепленных Конституцией Республики Кыргызстан.

Дискриминация инвалидов запрещается и преследуется по закону.

Статья 2. Определение понятия “инвалид”

Инвалидом является лицо, которое в связи с ограничением жизнедеятельности вследствие наличия физических или умственных недостатков нуждается в социальной помощи и защите.

Ограничение жизнедеятельности лица выражается в полной или частичной утрате им способности или возможности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, а также заниматься трудовой деятельностью.

В зависимости от степени расстройства функций организма, ограничения жизнедеятельности (нарушения) и причины инвалидности устанавливается группа инвалидности (I, II, III).

Признание лица инвалидом осуществляется в установленном порядке уполномоченными на то государственными органами.

Статья 15. Социально-бытовое обслуживание инвалидов

Социально-бытовое обслуживание инвалидов осуществляется местными государственными администрациями и органами местного самоуправления с участием общественных объединений инвалидов.

Инвалиды всех категорий имеют право бесплатного пользования местами для парковки автотранспортных средств.

Дети-инвалиды, проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания, являющиеся сиротами или лишенные попечительства родителей, после достижения возраста 18 лет обеспечиваются вне очереди жилым помещением, если индивидуальная программа

реабилитации инвалида предусматривает возможность осуществлять самообслуживание и вести самостоятельную жизнь.

Инвалиды с нарушениями опорно-двигательного аппарата:

- имеют право на получение вне очереди участка под строительство гаража для принадлежащего им автотранспортного средства вблизи места жительства;
- освобождаются от оплаты за пользование лифтом.

Порядок предоставления указанных льгот определяется Правительством Кыргызской Республики.

Местные государственные администрации и органы местного самоуправления вправе устанавливать инвалидам дополнительные льготы.

Статья 21. Обеспечение инвалидам условий для получения образования и профессиональной подготовки

Государство гарантирует инвалидам необходимые условия для получения образования и профессиональной подготовки.

Органы образования совместно с органами здравоохранения и социальной защиты обязаны обеспечивать дошкольное и внешкольное воспитание детей-инвалидов, получение инвалидами среднего (полного) общего, начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования в соответствии с индивидуальной программой реабилитации.

Статья 22. Дошкольное воспитание детей-инвалидов

В целях создания наиболее благоприятных возможностей для воспитания детей-инвалидов дошколь-

ного возраста и оказания им необходимой реабилитационной помощи в детских дошкольных учреждениях общего типа создаются условия для пребывания в них детей-инвалидов.

Для детей-инвалидов, состояние здоровья которых исключает возможность их пребывания в дошкольных учреждениях общего типа, создаются специальные дошкольные учреждения.

Статья 23. Общее среднее, среднее специальное и высшее образование инвалидов

Среднее (полное) общее, начальное профессиональное, среднее профессиональное и высшее профессиональное образование инвалидов осуществляется в учебных заведениях общего типа, а при необходимости - в специальных учебных заведениях.

Учебные занятия организуются также для детей-инвалидов, проходящих курс лечения в стационарных лечебно-профилактических или реабилитационных учреждениях Кыргызской Республики.

Статья 24. Воспитание и обучение детей-инвалидов на дому

В случае, когда отсутствует возможность осуществлять воспитание и обучение детей-инвалидов в общих или специальных дошкольных учреждениях и учебных заведениях, и с учетом желания родителей, воспитание и обучение проводятся на дому. При этом одному из родителей либо лицу, его заменяющему, предоставляется материальное обеспечение и льготы в порядке и на условиях, определяемых Правительством Кыргызской Республики.

Соответствующие учебно-воспитательные учреждения оказывают помощь родителям в обучении детей-инвалидов на дому.

Статья 25. Внешкольное воспитание детей-инвалидов

В целях всестороннего и гармоничного развития детей-инвалидов, воспитания у них общественной активности, интереса к труду, приобщения к науке, технике, искусству и спорту органы образования, другие государственные органы обязаны обеспечивать доступность внешкольного воспитания детям-инвалидам, создавая для этого необходимые условия.

Статья 26. Воспитание и обучение детей-инвалидов в стационарных учреждениях

Детям-инвалидам, постоянно пребывающим в стационарных учреждениях, обеспечивается этими учреждениями непрерывность воспитания и образования в органической связи с социально-бытовой и трудовой адаптацией.

Статья 34. Виды социальной помощи

Социальная помощь инвалидам оказывается в виде денежных выплат (пенсии, пособия, единовременные выплаты), обеспечения техническими и иными средствами, включая автомобили, кресла-коляски, протезно-ортопедические изделия, печатные издания со специальным шрифтом, звукоусиливающую аппаратуру и сигнализаторы, а также путем оказания услуг по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации и бытовому обслуживанию.

Порядок обеспечения инвалидов пенсиями и пособиями определяется законодательством о пенсионном и социальном обеспечении.

Порядок оказания инвалидам бесплатной квалифицированной медицинской помощи определяется законодательством Республики Кыргызстан о здравоохранении.

Лекарственное и медикаментозное обеспечение инвалидов, предоставление им технических и иных средств, а также оказание услуг по бытовому обслуживанию осуществляется бесплатно или на льготных условиях в порядке, устанавливаемом Правительством Республики Кыргызстан.

Дети-инвалиды, пребывающие в стационарных учреждениях социальной защиты, являющиеся сиротами или лишенные попечительства родителей, по достижении совершеннолетия имеют право на внеочередное получение жилой площади в соответствии с индивидуальной программой реабилитации, если она предусматривает возможность осуществлять самообслуживание и вести самостоятельный образ жизни.

г.Бишкек
от 26 июня 2001 года № 60

ЗАКОН КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения

Статья 3. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения обеспечивается посредством:

-профилактики заболеваний в соответствии с санитарно-эпидемиологической обстановкой и прогнозом ее изменения;

-разработки и реализации государственных целевых программ обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, а также региональных целевых программ и научных, научно-технических программ в данной области;

-выполнения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и обязательного соблюдения гражданами, физическими и юридическими лицами санитарных правил как составной части осуществляемой ими деятельности;

-создания экономической заинтересованности граждан, физических и юридических лиц в соблюдении законодательства Кыргызской Республики в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

-мер по своевременному информированию населения о возникновении инфекционных заболеваний, массовых

неинфекционных заболеваний (отравлений), состоянии среды обитания и проводимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятиях;

-мер по гигиеническому воспитанию и обучению населения и пропаганде здорового образа жизни;

-мер по привлечению к ответственности за нарушение законодательства Кыргызской Республики в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Статья 7. Права и обязанности граждан

Граждане имеют право:

-на благоприятную среду обитания, факторы которой не оказывают вредного воздействия на человека;

-получать в соответствии с законодательством Кыргызской Республики в органах государственной власти, органах местного самоуправления, органах и учреждениях государственной санитарно-эпидемиологической службы Кыргызской Республики и у юридических лиц информацию о санитарно-эпидемиологической обстановке, состоянии среды обитания, качестве и безопасности продукции производственно-технического назначения, пищевых продуктов, товаров для личных бытовых нужд, потенциальной опасности для здоровья человека выполняемых работ и оказываемых услуг;

-осуществлять общественный контроль за выполнением санитарных правил;

-вносить в органы государственной власти, органы местного самоуправления, органы и учреждения государственной санитарно-эпидемиологической службы Кыргызской Республики предложения об обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

-на возмещение в полном объеме вреда, причиненного

их здоровью или имуществу вследствие нарушения другими гражданами, физическими и юридическими лицами санитарного законодательства, а также при осуществлении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, в порядке, установленном законодательством Кыргызской Республики.

Граждане обязаны:

- выполнять требования санитарного законодательства, а также постановлений, предписаний и санитарно-эпидемиологических заключений должностных лиц, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор;

- заботиться о собственном здоровье, а также здоровье и гигиеническом воспитании и обучении своих детей;

- не осуществлять действия, влекущие за собой нарушение прав других граждан на охрану здоровья и благоприятную среду обитания.

Статья 9. Санитарно-эпидемиологические требования к планировке и застройке городских и сельских поселений

При планировке и застройке городских и сельских поселений должно предусматриваться создание благоприятных условий для жизни и здоровья населения путем комплексного благоустройства городских и сельских поселений и реализации иных мер по предупреждению и устранению вредного воздействия на человека факторов среды обитания.

Статья 22. Санитарно-эпидемиологические требования к условиям труда

Условия труда, рабочее место в трудовой процесс не должны оказывать вредное воздействие на человека. Требования к обеспечению безопасных для человека условий

труда устанавливаются санитарными правилами и иными нормативными правовыми актами Кыргызской Республики.

Физические и юридические лица обязаны осуществлять санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия по обеспечению безопасных для человека условий труда и выполнению требований санитарных правил и иных нормативных правовых актов Кыргызской Республики к производственным процессам и технологическому оборудованию, организации рабочих мест, коллективным и индивидуальным средствам защиты работников, режиму труда, отдыха и бытовому обслуживанию работников в целях предупреждения травм, профессиональных заболеваний, инфекционных заболеваний и заболеваний (отравлений), связанных с условиями труда.

Статья 25. Санитарно-эпидемиологические требования к условиям воспитания и обучения

В дошкольных и других учреждениях образования независимо от организационно-правовых форм должны осуществляться меры по профилактике заболеваний, сохранению и укреплению здоровья обучающихся и воспитанников, выполняться требования санитарных правил при организации их питания, проживания, обучения и воспитания.

Программы, методики и режимы воспитания и обучения, технические, аудиовизуальные и иные средства обучения и воспитания, учебная мебель, а также учебники и иная издательская продукция допускаются к использованию при наличии санитарно-эпидемиологических заключений о соответствии их санитарным правилам.

Статья 32. Профилактические прививки

Профилактические прививки проводятся гражданам в соответствии с законодательством Кыргызской Республики для предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний.

Статья 33. Гигиеническое воспитание и обучение

Гигиеническое воспитание и обучение граждан обязательны, направлены на повышение их санитарной культуры, профилактику заболеваний и распространение знаний о здоровом образе жизни.

Гигиеническое воспитание и обучение граждан осуществляются по специальным программам, утверждаемым Министерством здравоохранения КР:

- в процессе воспитания и обучения в дошкольных и других учреждениях образования;

- при подготовке, переподготовке и повышении квалификации работников посредством включения в программы обучения разделов о гигиенических знаниях;

- при профессиональной гигиенической подготовке и аттестации должностных лиц и работников организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения.

г.Бишкек
от 18 октября 1999 года N 112

ЗАКОН КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

О медицинском страховании граждан

в Кыргызской Республике

Задачами обязательного медицинского страхования являются:

-обеспечение застрахованных граждан пособиями по временной нетрудоспособности, беременности и родам.

Статья 8. Лица, подлежащие обязательному медицинскому страхованию

Обязательному медицинскому страхованию подлежат:

-граждане Кыргызской Республики, состоящие в трудовых отношениях на основании трудовых договоров;

-пенсионеры;

-безработные, зарегистрированные в органах государственной службы занятости населения;

-граждане Кыргызской Республики, осуществляющие трудовую деятельность на иных условиях (индивидуальные предприниматели, самозанятые, частнопрактикующие, творческие работники), в случае уплаты ими взносов по обязательному медицинскому страхованию;

-лица, получающие социальные пособия;

-военнослужащие и приравненные к ним лица;

-дети до достижения ими возраста шестнадцати лет (учащиеся общеобразовательных учреждений - до окон-

чания ими обучения, но не более чем до достижения ими возраста восемнадцати лет);

-учащиеся начальных профессиональных учебных заведений, студенты средних и высших профессиональных учебных заведений до достижения ими возраста двадцати одного года (кроме обучающихся заочно или на вечернем отделении);

-иные категории граждан.

Лица, не охваченные системой обязательного медицинского страхования, медицинские, профилактические, реабилитационные и оздоровительные услуги оплачивают самостоятельно.

За детей до достижения ими возраста шестнадцати лет (учащихся общеобразовательных учреждений - до окончания ими обучения, но не более чем до достижения ими возраста восемнадцати лет), учащихся начальных профессиональных учебных заведений, студентов средних и высших профессиональных учебных заведений до достижения ими возраста двадцати одного года (кроме обучающихся заочно или на вечернем отделении) взносы на обязательное медицинское страхование выплачиваются из средств республиканского бюджета в размере 1,5 минимальной заработной платы в год.

г.Бишкек
от 25 марта 2003 года N 62

ЗАКОН КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
О социально-правовой защите от насилия в семье

Раздел I. Общие положения

Раздел II. Круг субъектов, в отношении которых осуществляется семейное насилие

Раздел III. Круг субъектов по пресечению и предупреждению семейного насилия, оказанию социальной поддержки пострадавшим от семейного насилия, их права и обязанности

Раздел IV. Организация социально-правовой защиты от семейного насилия

Раздел V. Заключительные положения

Настоящий Закон регулирует отношения в области социально-правовой защиты лиц, пострадавших от насилия в семье.

Меры социально-правовой защиты от насилия в семье, устанавливаемые настоящим Законом, являются неотъемлемой частью обеспечения безопасности личности, семьи и общества.

Раздел I. Общие положения

Статья 1. Основные понятия

В настоящем Законе применяются следующие понятия: семья - лица, находящиеся между собой в браке,

родстве или отношениях свойства, проживающие совместно. Действие настоящего Закона распространяется также на семью, основанную на браке, не зарегистрированном в органах записи актов гражданского состояния (в фактическом браке); на лиц, вступивших в семейные отношения в результате усыновления (удочерения), установления опеки и попечительства при совместном проживании опекунов и попечителей с подопечными, устройства детей в семью на воспитание в порядке, установленном законодательством Кыргызской Республики; а также на лиц, являющихся членами семьи, основанной на браке, если они продолжают совместно проживать после прекращения брака, и на родственников, проживающих совместно на правах членов семьи; неблагополучная семья - семья, в которой регулярно (систематически) имеют место факты насилия или угроза насилия; зависимый член семьи - член семьи, находящийся на иждивении в силу возраста, болезни либо инвалидности, в зависимости от других членов семьи; трудная жизненная ситуация - ситуация, объективно нарушающая жизнедеятельность и морально-психологическое состояние члена семьи в связи с конфликтами и (или) жестоким обращением в семье; насилие в семье (семейное насилие) - любое умышленное действие одного члена семьи в отношении другого, если это действие ущемляет законные права и свободы члена семьи, причиняет ему физические или психические страдания и наносит моральный вред, либо содержит угрозу физическому или личностному развитию несовершеннолетнего члена семьи;

физическое насилие в семье - умышленное истязание либо нанесение одним членом семьи другому побоев,

вреда здоровью, умышленное лишение одним членом семьи другого члена семьи свободы передвижения, жилья, пищи, одежды и иных нормальных условий жизни, принуждение к тяжелому физическому труду, а также уклонение родителей несовершеннолетних, их опекунов, попечителей, лиц, взявших несовершеннолетнего в семью на воспитание, от выполнения обязанностей по уходу, заботе о здоровье и личной безопасности несовершеннолетнего, что может привести к причинению вреда его физическому или психическому здоровью, нанести ущерб чести и достоинству его личности, а также психическому, физическому или личностному развитию пострадавшего ребенка или к смерти члена семьи;

психическое насилие в семье - умышленное унижение одним членом семьи чести и достоинства другого члена семьи или принуждение (понуждение) его посредством угроз, оскорблений, шантажа к совершению им правонарушений или деяний, представляющих опасность для его жизни или здоровья, а также ведущих к нарушению психического, физического или личностного развития несовершеннолетнего члена семьи;

сексуальное насилие в семье - деяние одного члена семьи, посягающее на половую неприкосновенность и половую свободу другого члена семьи, а также действия сексуального характера по отношению к несовершеннолетнему члену семьи;

социальная поддержка - комплекс услуг социально-экономического, социально-правового, социально-медицинского, социально-психологического и иного

характера, предоставляемый лицам, пострадавшим от семейного насилия;

социально-правовая защита от насилия в семье - деятельность соответствующих служб по разрешению трудной жизненной ситуации в семье посредством социальной поддержки членов семьи, пострадавших от семейного насилия, оказанию помощи семье в восстановлении нормальных семейных отношений, разработке мер по коррекции поведения;

социальное пресечение насилия в семье - незамедлительная социальная поддержка, оказываемая соответствующей службой при возникновении непосредственной опасности для жизни и здоровья зависимого члена семьи с целью устранения этой опасности, обеспечения его безопасности в ситуации, не терпящей отлагательства, а также недопущение неправомерных повторных и систематических действий лиц, приводящих к продолжению насилия;

охранный ордер - процессуальный юридический документ, предоставляющий государственную защиту пострадавшему от насилия в семье или ее угрозы и влекущий предупреждение лицу, совершившему насилие или угрожающему его совершить, в виде мер воздействия, определенных настоящим Законом.

Статья 2. Цели настоящего Закона

Настоящий Закон имеет целью создание социально-правовой системы охраны жизни, здоровья членов семьи от насилия и предоставляет пострадавшим защиту от семейного насилия, основанную на соблюдении международных стандартов в области прав человека.

Настоящий Закон направлен на создание условий для полноценных и здоровых семейных отношений, при этом особой заботой государства является охрана от насилия несовершеннолетних и пожилых членов семьи.

Статья 3. Законодательство Кыргызской Республики о социально-правовой защите от насилия в семье

Законодательство Кыргызской Республики о социально-правовой защите от насилия в семье основывается на Конституции Кыргызской Республики, состоит из настоящего Закона и иных нормативных правовых актов Кыргызской Республики, а также норм, содержащихся в международных договорах и иных актах, ратифицированных Кыргызской Республикой.

Статья 4. Принципы настоящего Закона

Настоящий Закон основывается на следующих принципах:

- соблюдение международных норм в области прав человека применительно к семье;
- законность;
- гуманизм;
- защита от религиозных, культурных и иных обычаев, могущих причинить ущерб семейным отношениям;
- виновная ответственность за причиненное насилие в семье;
- конфиденциальность информации о нанесенном насилии;

- профилактическая направленность;
- участие общественности, гражданских институтов в создании социально-правовой системы охраны жизни и здоровья членов семьи.

Раздел II. Круг субъектов, в отношении которых осуществляется семейное насилие

Статья 5. Субъекты, в отношении которых осуществляется семейное насилие

К субъектам, в отношении которых осуществляется семейное насилие (пострадавшие), относятся члены семьи, а также родственники, проживающие совместно с членами семьи.

Пострадавшим от семейного насилия признается лицо, которому причинен физический, психический или иной вред.

Статья 6. Права пострадавшего от семейного насилия

Пострадавший от семейного насилия имеет право:

- на подачу заявления в органы внутренних дел либо в прокуратуру о факте совершенного семейного насилия или угрозы его совершения на государственном либо официальном языках;
- на транспортировку в медицинское учреждение и оказание первичной медицинской помощи;
- на помещение в безопасное место либо в специализированные учреждения социального обслуживания по своему желанию;

- на получение информации о защите собственной безопасности, юридической помощи и консультации;
- на обращение в суд аксакалов по месту жительства с целью общественного порицания поведения лица, совершившего насилие;
- на получение охранный ордера либо на обращение в соответствующие органы для привлечения лица, совершившего насилие, к административной или уголовной ответственности.

Раздел III. Круг субъектов по пресечению и предупреждению семейного насилия, оказанию социальной поддержки пострадавшим от семейного насилия, их права и обязанности

Статья 7. Субъекты по пресечению и предупреждению семейного насилия, оказанию социальной поддержки пострадавшим от семейного насилия

К субъектам по пресечению и предупреждению семейного насилия, оказанию социальной поддержки пострадавшим от семейного насилия относятся:

- судебные органы;
- прокуратура;
- органы внутренних дел;
- суды аксакалов;
- Омбудсмен (Акыйкатчы) Кыргызской Республики;
- государственные учреждения в пределах своей компетенции;

- иные субъекты по социально-правовой защите от семейного насилия.

Статья 8. Обязанности суда по осуществлению мер социально-правовой защиты от семейного насилия

Суд принимает решение в соответствии с настоящим Законом и иным действующим административным, уголовным и гражданским процессуальным законодательством Кыргызской Республики по осуществлению мер социально-правовой защиты от семейного насилия.

Статья 9. Обязанности органов прокуратуры по предупреждению семейного насилия

Органы прокуратуры обязаны:

- осуществлять надзор за законностью действий учреждений, организаций и граждан, принимать меры к отмене незаконных процессуальных и иных решений, проверять полноту и своевременность учета и регистрации поступивших сообщений о фактах семейного насилия;
- представлять в суде интересы пострадавшего от семейного насилия;
- координировать деятельность правоохранительных органов по предупреждению семейного насилия.

Статья 10. Обязанности органов внутренних дел по пресечению и предупреждению семейного насилия

В соответствии с требованиями Кодекса Кыргызской Республики об административной ответственности органы

внутренних дел, уполномоченные рассматривать дела об административных правонарушениях, принимают все меры для осуществления социально-правовой защиты от семейного насилия.

Органы внутренних дел обязаны:

- принять и зарегистрировать заявление, связанное с семейным насилием;
- обеспечить явку своего представителя на место семейного конфликта;
- опросить стороны;
- дать необходимую консультацию пострадавшему от семейного насилия и разъяснить порядок предоставления охранных ордеров либо порядок привлечения лица, совершившего насилие в семье, к административной или уголовной ответственности;
- организовать в случае необходимости транспортировку пострадавшего от семейного насилия в медицинское учреждение или в безопасное место либо в специализированное учреждение социального обслуживания;
- принять меры к пресечению семейного насилия;
- выполнять все необходимые действия для решения вопроса о привлечении лица, совершившего семейное насилие, к ответственности;
- подготовить материалы для выдачи пострадавшему от семейного насилия временного охрannого ордера либо охрannого судебного ордера, а также материалы для привлечения лица, совершившего семейное насилие, к административной или уголовной ответственности;

- регулярно проводить совместно с сотрудниками территориальных органов социальной защиты профилактическую работу с неблагополучными семьями.

Статья 11. Обязанности государственных органов, организаций и учреждений по оказанию социальной поддержки пострадавшим от семейного насилия

К государственным органам, организациям и учреждениям по оказанию социальной поддержки лицам, пострадавшим от семейного насилия, относятся: государственные администрации, комиссии по делам несовершеннолетних, органы образования, здравоохранения, социальной защиты.

Вышеназванные органы обеспечивают контроль за исполнением выносимых решений по предупреждению семейного насилия и оказанию социальной поддержки пострадавшим, разрабатывают программы по предупреждению семейного насилия; изучают причины и условия, способствующие семейному насилию; проводят разъяснительную работу с различными социальными группами населения.

При наличии оснований, предусмотренных семейным законодательством, комиссия по делам несовершеннолетних может ходатайствовать перед судом о лишении родительских прав родителей, осуществляющих насилие в отношении несовершеннолетнего члена семьи.

В случаях насилия в отношении пожилых членов семьи и инвалидов ходатайства об алиментах возбуждают территориальные органы социальной защиты, которые также решают вопросы направления указанных лиц в дома престарелых, либо в медицинские учреж-

дения, сообщают в органы внутренних дел для принятия конкретных мер.

Лица, имеющие право на получение алиментов, могут требовать выплаты алиментов по суду в любое время независимо от срока, истекшего с момента возникновения права на получение содержания.

Статья 12. Обязанности иных субъектов и граждан по социально-правовой защите от семейного насилия

Органы местного самоуправления, негосударственные учреждения социального обслуживания, иные неправительственные организации и граждане, занимающиеся предпринимательской деятельностью по социальному обслуживанию пострадавших от семейного насилия, обязаны:

- оказывать социальную поддержку пострадавшему от семейного насилия;
- разъяснить пострадавшему от семейного насилия его право обратиться за защитой в государственные органы либо в общественные организации;
- предоставить пострадавшему от семейного насилия соответствующие консультации;
- в необходимых случаях, с согласия пострадавшего от семейного насилия, извещать органы внутренних дел и прокуратуры о факте совершенного в семье насилия, за исключением случаев, касающихся несовершеннолетних, недееспособных и ограниченно дееспособных членов семьи, когда извещение указанных органов является обязательным.

Раздел IV. Организация социально-правовой защиты от семейного насилия

Статья 13. Органы, организации и учреждения социально-правовой защиты от семейного насилия

Социально-правовая защита от насилия в семье осуществляется:

- через органы социальной защиты;
- через органы здравоохранения и образования;
- через комиссии по делам несовершеннолетних и органы опеки и попечительства;
- через органы местного самоуправления (местные ке-неши);
- через негосударственные специализированные учреждения социального обслуживания, иные неправительственные организации и граждан, занимающихся пред-принимательской деятельностью по социальному об-служиванию пострадавших от семейного насилия;
- посредством органов внутренних дел, прокуратуры и суда в соответствии с действующим законодательством Кыргызской Республики.

Статья 14. Специализированная социальная служба

Специализированная социальная служба включает в себя организации и учреждения, осуществляющие социальную поддержку пострадавших от семейного насилия, независимо от форм собственности.

К специализированным учреждениям социального обслуживания относятся:

- консультативно-профилактические центры (кризисные центры);

- центры социальной помощи семье и детям;
- социальные приюты для детей и подростков;
- социальные гостиницы для пострадавших от насилия (убежища);
- центры социального обслуживания пожилых людей, инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья (отделения дневного пребывания);
- социально-реабилитационные центры для детей и иных категорий лиц с ограниченными возможностями здоровья;
- предприятия и учреждения милосердия (хосписы).

Специализированное учреждение социального обслуживания может оказывать весь либо ограниченный объем услуг пострадавшему от семейного насилия.

Специализированное учреждение социального обслуживания подлежит обязательной регистрации в качестве юридического лица и действует на основе учредительных документов и порядка, установленного законодательством Кыргызской Республики.

Статья 15. Обязанности специализированного учреждения социального обслуживания

Специализированное учреждение социального обслуживания имеет направление своей деятельности оказание социальной поддержки пострадавшим от семейного насилия.

Специализированное учреждение социального обслуживания обязано:

- обеспечить пострадавшему от семейного насилия комплекс услуг по социальной поддержке, а также защиту

- его личных и материальных прав, нарушенных лицом, совершившим насилие в семье;
- обеспечить в случае необходимости, с согласия пострадавшего от семейного насилия, его комплексное социально-медико-психологическое освидетельствование;
 - поставить в известность, с согласия пострадавшего от семейного насилия, органы внутренних дел и прокуратуры о совершенном насилии в семье либо его угрозе;
 - подготовить все необходимые материалы для обращения в орган внутренних дел либо в суд за восстановлением нарушенного права.

Статья 16. Основания предоставления социально-правовой защиты от семейного насилия

Основанием для предоставления социально-правовой защиты от насилия в семье является обращение за помощью от семейного насилия.

Основанием для предоставления социально-правовой защиты также являются установленные факты насилия в семье либо наличие в семье трудной жизненной ситуации, создающей непосредственную угрозу жизни или здоровью зависимым членам семьи, подтвержденную органом внутренних дел или территориальными органами социальной защиты.

Статья 17. Направление и обслуживание пострадавшего от семейного насилия в специализированные учреждения социального обслуживания

Лицо, пострадавшее от семейного насилия, имеет право лично или через органы социально-правовой за-

щиты от семейного насилия обратиться за помощью в специализированные учреждения социального обслуживания.

Порядок приема и размещение пострадавших от семейного насилия определяются соответствующим положением указанных учреждений.

Лицу, пострадавшему от семейного насилия, специализированными учреждениями социального обслуживания предоставляется комплекс определенных услуг, а также право бесплатного проживания в социальной гостинице (убежище) до 10 суток. Продление срока пребывания в социальной гостинице (убежище) осуществляется на условиях договора.

Расходы по обслуживанию пострадавшего лица свыше установленного срока возлагаются на лицо, совершившее насилие. В случае отказа возмещение расходов производится в судебном порядке.

Статья 18. Социальное пресечение насилия в семье

К пресечению насилия в семье после поступления заявления пострадавшего от насилия приступают все субъекты, указанные в настоящем Законе. В случае необходимости проводятся совместные мероприятия.

К мерам пресечения относятся:

- принятие срочных мер по разрешению на месте трудной жизненной ситуации, создающей непосредственную угрозу жизни или здоровью пострадавшего члена семьи;
- незамедлительное помещение пострадавшего от семейного насилия по его просьбе либо зависимого члена семьи, жизни и здоровью которого непосредственно

- угрожает опасность, в социальную гостиницу (убежище);
- направление пострадавшего от семейного насилия на обследование в соответствующее медицинское или иное специализированное учреждение; в случае если пострадавший от семейного насилия является несовершеннолетним, недееспособным или ограничено дееспособным членом семьи, направление на обследование обязательно;
 - направление пострадавшего от семейного насилия по состоянию здоровья в соответствующее медицинское учреждение с последующим уведомлением об этом суд; в случае если пострадавший от семейного насилия является несовершеннолетним, недееспособным или ограничено дееспособным членом семьи, необходимо согласие его законного представителя, а при его отсутствии - согласие органа опеки и попечительства;
 - предоставление услуг незамедлительной социальной поддержки по просьбе пострадавшего от насилия, а в случае если пострадавший несовершеннолетний, - в обязательном порядке;
 - специализированные учреждения социального обслуживания незамедлительно уведомляют органы внутренних дел или суд о предоставлении социальной гостиницы (убежища) пострадавшему от насилия либо зависимому члену семьи, жизни и здоровью которого непосредственно угрожает опасность. В случаях предоставления социального приюта для детей и подростков или направления на освидетельствование несовершеннолетнего члена семьи или члена семьи,

- находящегося под опекой и попечительством, уведомляется орган опеки и попечительства;
- сотрудник органа внутренних дел имеет право беспрепятственно входить в помещения и на территорию граждан при наличии достаточных оснований полагать, что там находятся члены семьи, жизни и здоровью которых угрожает непосредственная опасность, или для оказания экстренных мер, позволяющих разрешить на месте трудную жизненную ситуацию, создавшую эту опасность;
 - сотрудник территориального органа социальной защиты имеет право на беспрепятственное вхождение в помещения и на территорию граждан при обеспечении его личной безопасности сотрудником органов внутренних дел;
 - специализированная социальная служба обязана провести первичное обследование семьи на предмет установления характера ситуации, сопряженной с совершением в ней насилия либо угрозой его совершения;
 - к лицу, совершившему насилие, могут быть применены меры, предусмотренные настоящим Законом (временный охранный ордер, судебный охранный ордер) либо иные меры административного или уголовного преследования.

Статья 19. Порядок предоставления информации о семейном насилии

При получении информации о семейном насилии в отношении несовершеннолетних работники системы образования обязаны передать ее в органы внутренних

дел или прокуратуры для принятия соответствующих мер.

В случае выявления фактов семейного насилия местными органами власти либо органами опеки и попечительства вся информация должна быть передана для проверки в органы внутренних дел и прокуратуры.

Органы внутренних дел или прокуратуры при получении устной или письменной информации о семейном насилии обязаны принять срочные меры к предотвращению насилия и защите пострадавших от продолжения семейного насилия.

Специализированные учреждения социального обслуживания, иные неправительственные организации и граждане, занимающиеся предпринимательской деятельностью по социальному обслуживанию населения, передают информацию о семейном насилии в органы внутренних дел или прокуратуры с согласия пострадавшего от насилия. В случаях если пострадавший от семейного насилия является несовершеннолетним или недееспособным, или ограниченно дееспособным членом семьи, согласия на передачу информации не требуется.

Статья 20. Конфиденциальность информации при социально-правовой защите от семейного насилия

При оказании социально-правовой помощи пострадавшим от семейного насилия вся полученная информация относительно состояния здоровья, условий жизни и другая, относящаяся к личной тайне, либо к частной жизни, охраняется законом. Сведения личного характера могут быть использованы лишь при согласии самого пострадавшего либо в случаях возбуждения уго-

ловного дела, либо при применении мер административного взыскания.

Лица, которым в силу служебного положения стала известна конфиденциальная информация о семье, в которой произошло насилие, или в отношении отдельных ее членов, полученная в ходе оказания социально-правовой защиты, не имеют права распространять эту информацию, кроме случаев, предусмотренных законом.

В случае разглашения данных сведений указанные лица несут ответственность в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

Статья 21. Виды специальных средств социально-правовой защиты от семейного насилия

К специальным средствам социально-правовой защиты от семейного насилия относятся временный охранный ордер и охранный судебный ордер.

Статья 22. Основание для предоставления специальных средств социально-правовой защиты

Специальные средства социально-правовой защиты могут быть предоставлены любому члену семьи, подвергшемуся семейному насилию, с его согласия.

Основанием для предоставления временного охранного ордера является совершение акта семейного насилия либо существование его угрозы.

Основанием для предоставления охранного судебного ордера является совершение акта семейного насилия в случаях воспрепятствования лицом, совершившим насилие, разрешению трудной жизненной ситуации, создающей угрозу жизни и здоровью членов семьи, защите их прав и интересов.

Статья 23. Временный охранный ордер

Пострадавший от семейного насилия или его представитель имеет право обратиться за временным охранным ордером в случае существования ситуации, создающей непосредственную угрозу жизни или здоровью члена семьи.

Временный охранный ордер выдается должностным лицом органов внутренних дел по месту совершения семейного насилия и должен быть оформлен в течение 24 часов со времени совершения семейного насилия либо существования реальной угрозы его совершения, либо с момента подачи заявления о факте совершения насилия. Выдача временного охранный ордера может быть обжалована в суде, и заявление подлежит рассмотрению немедленно, в исключительных случаях - в срок до 3 суток.

Временный охранный ордер выдается лицу, совершившему семейное насилие, на срок до 15 дней. Лицо, получившее временный охранный ордер, обязано выполнить все условия, указанные в нем, в противном случае на указанное лицо должно быть наложено административное взыскание в соответствии с действующим законодательством.

По желанию пострадавшего от насилия ему выдается копия временного охранный ордера.

Контроль за соблюдением лицом, совершившим семейное насилие, условий временного охранный ордера возлагается на орган внутренних дел.

Статья 24. Условия временного охранного ордера

Временный охранный ордер может предусматривать следующие официальные меры:

- запрет лицу, совершившему семейное насилие, совершать любые насильственные действия против пострадавшего от насилия или других лиц;
- регулирование возможности доступа лица, совершившего насилие, к несовершеннолетним детям, находящимся на иждивении;
- предупреждение лица, совершившего семейное насилие, о недопустимости прямых и косвенных контактов с пострадавшим от насилия;
- обязанность лица, совершившего семейное насилие, оплатить стоимость лечения пострадавшего от насилия;
- предупреждение лица, совершившего семейное насилие, о том, что в случае нарушения условий временного охранного ордера указанное лицо может быть привлечено к административной ответственности;
- предупреждение пострадавшего от семейного насилия о том, что независимо от получения временного охранного ордера он имеет право обратиться в суд и возбудить уголовное дело против лица, совершившего семейное насилие;
- предупреждение пострадавшего от семейного насилия о том, что независимо от получения временного охранного ордера и заявления о возбуждении уголовного дела он имеет право обратиться в суд и возбудить дело о расторжении брака, разделе имущества, полу-

чении алиментов, возмещении ущерба или иных компенсаций;

- предупреждение пострадавшего от семейного насилия о том, что он имеет право дополнительно обратиться за охранным судебным ордером с целью защиты от продолжающегося семейного насилия, при этом действие временного охранный ордера приостанавливается при получении судебного охранный ордера.

Неисполнение лицом, получившим временный охранный ордер, предписанных в ордере условий влечет за собой административную ответственность и не прерывает его действия.

Статья 25. Охранный судебный ордер

Охранный судебный ордер может быть выдан судом с целью защиты пострадавшего от семейного насилия и дальнейшего пресечения семейного насилия при наличии согласия на это пострадавшего от насилия.

Охранный судебный ордер может быть выдан на срок от 1 месяца до 6 месяцев. Неисполнение лицом, получившим охранный судебный ордер, предписанных в ордере условий в течение установленного судом срока, влечет за собой административную или уголовную ответственность.

По истечении срока действия охранный судебный ордера и в случае повторения насилия в семье к лицу, совершившему насилие, могут быть применены иные меры государственного принуждения, предусмотренные административным и уголовным законодательством.

Действие охранный судебный ордера прекращается:

- по истечении его срока;

- в случае примирения сторон в судебном порядке;
- в случае смерти одной из сторон;
- в иных случаях, предусмотренных законодательством Кыргызской Республики.

Статья 26. Порядок вынесения решения о предоставлении охранного судебного ордера

Суд, рассмотрев представленные органом внутренних дел материалы, выносит решение о выдаче лицу, совершившему семейное насилие, охранного судебного ордера и определяет сроки его действия и условия исполнения охранного ордера.

Суд знакомит под роспись лицо, совершившее семейное насилие, с условиями охранного судебного ордера и с последствиями его неисполнения.

Срок действия охранного судебного ордера исчисляется со дня вынесения судом постановления о выдаче охранного судебного ордера.

Суд проводит слушание в течение 10 дней с момента подачи заявления и обращения за охранным судебным ордерам.

Суд в целях сохранения неприкосновенности частной жизни сторон может проводить слушание дела в закрытом судебном заседании.

Суд обязан направить решение о выдаче охранного судебного ордера в орган внутренних дел по месту проживания пострадавшего от семейного насилия в течение 24 часов со времени выдачи решения.

Контроль за соблюдением лицом, совершившим семейное насилие, условий охранного судебного ордера

возлагается на орган внутренних дел и судебных исполнителей.

Недобросовестные и необоснованные претензии пострадавшего от семейного насилия относительно издания постановления об охранном судебном порядке предоставляют суду право потребовать возмещения судебных издержек.

Обжалование охранного судебного порядка не приостанавливает его действия.

Статья 27. Условия охранного судебного порядка

Охранный судебный порядок может предусматривать следующие официальные меры:

- запрет лицу, совершившему семейное насилие, совершать любые насильственные действия против пострадавшего от насилия или других лиц;
- предложение лицу, совершившему семейное насилие, покинуть место проживания независимо от того, кто владеет данной собственностью;
- урегулирование доступа лица, совершившего семейное насилие, к несовершеннолетним детям;
- предупреждение лица, совершившего семейное насилие, о недопустимости прямых и косвенных контактов с пострадавшим от насилия на работе и в других местах;
- запрет лицу, совершившему семейное насилие, приобретать и пользоваться огнестрельным оружием или другими видами оружия, определенными судом;

- обязанность лица, совершившего семейное насилие, оплатить расходы пострадавшего от насилия на лечение, консультирование или пребывание в социальной гостинице (убежище);
- запрет на единоличное использование и распоряжение совместным имуществом;
- предупреждение лица, совершившего семейное насилие, что в случае нарушения условий охранного судебного ордера, указанное лицо может быть арестовано в административном порядке либо привлечено к уголовной ответственности;
- предупреждение пострадавшего от семейного насилия, что независимо от получения охранного судебного ордера он имеет право обратиться в суд для возбуждения уголовного дела;
- предупреждение пострадавшего от семейного насилия, что независимо от получения охранного судебного ордера он имеет право обратиться в суд и возбудить дело о разводе, разделе имущества, получении алиментов, возмещении ущерба или иных компенсаций.

Неисполнение условий, предписанных охранным судебным ордером, влечет за собой административную ответственность и приостанавливает его действие на срок административного ареста.

Раздел V. Заключительные положения

Статья 28. Статистический учет случаев семейного насилия

Статистический учет сведений о семейном насилии осуществляют:

- Национальный статистический комитет Кыргызской Республики;
- Министерство внутренних дел Кыргызской Республики;
- Министерство здравоохранения Кыргызской Республики;
- Судебный департамент Кыргызской Республики;
- Министерство образования и культуры Кыргызской Республики;
- органы местного самоуправления Кыргызской Республики;
- территориальные органы социальной защиты.

Статистическая отчетность о семейном насилии включает в себя гендерно-разделенные показатели, отражающие количество зарегистрированных случаев совершения семейного насилия по его видам; по видам принятых мер, социально-демографические данные о членах семьи, совершивших насилие в семье и пострадавших от насилия.

Статья 29. Вступление в силу настоящего Закона

Настоящий Закон вступает в силу со дня официального опубликования.

Президент Кыргызской Республики

А.Акаев

Принят Законодательным собранием
Жогорку Кенеша Кыргызской Республики

31 января
2003 года

Список литературы

1. Мэррей Энкин, Марк Кейрс, Мэри Ренфрью, Джеймс Нейлсон. Руководство по эффективной помощи при беременности и родах. Второе издание. – С.-П., 1999.
2. О принципах ведения родов, принятых Всемирной Организацией Здравоохранения, Британский журнал Акушерства и Гинекологии, 99, 709-710, 1992.
3. Охрана здоровья матери в Канаде, США и Санкт-Петербурге (1993-1997).
4. «Профилактика через первичное здравоохранение». Рекомендации для улучшения качества работы. Под редакцией L. Dobrossy. -Б.: Одиссей, 2003.
5. Шевченко Т.К. Актуальные вопросы акушерской патологии. М.: Медицина, 1991.
6. Anderson P. et al. The risk of alcohol. *Addiction*, 88: 1493-1508 (1993).
7. Armstrong R., Encouraging practice nurses to assess mental as well as physical health. *Nursing times*, 89: 40-42 (1993).
8. British Family Heart Study Group. Randomized controlled trial evaluating cardiovascular screening in general practice: principal results of British family heart study. *British medical journal*, 308: 313-320 (1994).

9. Butterworths Medical Dictionary. 2nd edition, McDonald Critchey Ed, London-Boston. Dutterworths, 1980.
10. Chalmers B., Hofmeyr G.F. Курс по обучению вопросам, связанным с рождением ребенка. Акушерство и Гинекология, 10, 179-187, 1989.
11. Chalmers B., Wolman W. Социальная поддержка во время родов – обзор выбранного материала, J.Psychosom. Obstruct. Gynecol., 14, 1-15, 1989.
12. Coronari Prevention Group. Risk assessment in the prevention of coronary heart disease: a policy statement. British journal of general practice, 40: 467-469 (1990).
13. Day N.E. Screening for breast cancer. British medical bulletin, 47: 400-415 (1991).
14. Harris J.R. et al. Breast cancer. New England journal of medicine, 327: 319-328 (1992).
15. Health in Europe. Copenhagen, WHO regional Office for Europe, 1994 (WHO Reginal Publications, European Series, No. 56).
16. Hofmeyr G.F., Nicodem V.C., Wolman W., Chalmers B., Kramer T. Сопровождение как изменение в вопросе клинических родов: влияние на прогресс и восприятие родов, а также на грудное вскармливание. Британский журнал Акушерства и гинекологии, 98, 756-764, 1991.
17. Imperial Cancer Research Fund OXCHECK Study Group. Effectiveness of health checks conducted by nurses in primary care: results of the OXCHECK study

- after one year. *British medical journal*, 308: 308-312 (1994).
18. Imperial Cancer Research Fund OXCHECK Study Group. Prevalence of risk factors for heart disease in OXCHECK trial; implications for screening in primary care. *British medical journal*, 302: 1057-1060 (1991).
 19. International Union against Cancer. *Manual of clinical oncology* 5th ed. Berlin, Springer Verlag, 1990.
 20. Kannell W.B. & Higgins, M. Smoking and hypertension as predictors of cardiovascular risk in population studies. *Journal of hypertension*, 8 (Suppl.5): 53-58 (1990).
 21. Lewis B. & Rose G. Prevention of coronary heart disease: putting theory into practice. *Journal of the Royal College of Physicians (London)*, 25: 21-26 (1994).
 22. MacMahon S. Et al. Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part I. Prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet*, 335: 765-774 (1990).
 23. Miller A.B. et al. Report on a workshop of the UICC project on evaluation of screening for cancer. *International journal of cancer*, 46: 761-769 (1990).
 24. Mosby's Medical, Nursing, and Allied Health. 4th edition, KN Anderson, LE Anderson, WD Glanze Eds, Mosby, St.Louis, 1994.

25. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Mortality in randomized participants through 10.5 year in the multiple risk factor intervention. *Journal of the American Medical Association*, 263: 1795-1801 (1990).
26. Nayfield S.G. et al. Potential role of tamoxifen in prevention of breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 83: 1450-1459 (1991).
27. Neilson J.P. Рутинные УЗИ в ранних сроках беременности. Библиотека Кохран, выпуск 4, Оксфорд, 1998.
28. Rimm E.B. et al. Prospective study of alcohol consumption and cardiovascular risk in men. *Lancet*, 338: 464-468 (1991).
29. Scott N.C.H. & Pill, R.M. "Advice yes, dictate no". Patients views on health promotion in the consultation. *Family practitioner*, 7: 125-131 (1990).
30. Semiglazov V.F. et al. The role of breast self-examination in early breast cancer detection. Results of the 5 year USSR/WHO randomized study. *European journal of epidemiology*, 8: 498-502 (1992).
31. Shaper A.G. & Walker, M. Letter. Estimating the risk of heart attack. *British medical journal*, 303: 1333-1334 (1991).
32. Silagy C. Et al. Lifestyle advice in general practice: rates recalled by patients. *British medical Journal*, 305: 871-874 (1992).

33. Stedman's Medical Dictionary. 26th edition, Baltimore, Williams & Wilkins, 1995.
34. Thelle D.G. The relative importance of blood lipids and other atherosclerosis risk factors. *European heart journal*, 13 (Suppl.B): 29-33 (1992).
35. Tomatis L. Ed. Cancer: causes, occurrence and control. Lyon International Agency for Research on Cancer, 1990, pp 69-71 (IARC Scientific Publication, №100).
36. Tunstall-Pedoe H. The Dundee coronary risk disk for management of change in risk factors. *British medical journal*, 303: 744-747 (1991).
37. Villar J., Bergsjö P. Научные основы содержания рутинного антенатального ухода. 1. Философия, последние исследования и возможность устранить или смягчить негативное воздействие на исход беременности. Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ. 2001, 1999. №4.
38. Webster's Medical Desk Dictionary. Springfield, Merriam-Webster Inc., 1995.
39. Working Group of the Coronary Prevention Group and British Heart Foundation. An action plan for preventing coronary heart disease in primary care. *British medical Journal*, 303: 748-750 (1991).

