

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

**ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ
ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА, КАК ОДИН ИЗ
ДЕЙСТВЕННЫХ МЕТОДОВ УЛУЧШЕНИЯ
ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

*(Практическое руководство для врачей общей практики,
преподавателей и студентов
старших курсов медицинских ВУЗов)*

А.Г. Гадаев, Ш.С. Гулямова, Д.А. Абзалова

Ташкент – 2009

Рецензенты:

Проректор по научной работе Ташкентской Медицинской Академии,
профессор **НАЖМУТДИНОВА Д.К.**;

Главный врач семейной поликлиники
№ 32 г. Ташкента **ДУРМАНОВА Г.Г.**

Общая врачебная практика, или семейная медицина – относительно новая для нашей страны специальность. Именно на врача общей практики ложится основной груз ответственности за здоровье населения, поэтому ему необходимы чрезвычайно обширные познания, наряду со знанием и организацией ежегодных профилактических осмотров женщин фертильного возраста. Основной целью которых, является осуществление комплекса мероприятий, направленных на формирование, сохранение и укрепление здоровья населения, предупреждение развития заболеваний, снижение заболеваемости и смертности, увеличение активного творческого долголетия.

Несмотря на некоторые положительные сдвиги в оздоровлении населения за последние годы, в результате проведенных организационно-медицинских мероприятий, экстрагенитальная патология среди женщин фертильного возраста, особенно среди беременных, продолжает оставаться высокой. Одной из причин этого является недостаточная организация качественных профилактических осмотров на уровне первичного звена здравоохранения, а также отсутствие системы оздоровления и консультирования женщин по репродуктивному здоровью и правильному подбору методов контрацепции.

Данная методическая рекомендация позволит врачам общей практики и студентам выпускных курсов медицинских ВУЗов для совершенствования и повышения качества ежегодных профилактических осмотров, добавить более углубленный, грамотный и поэтапный подход к медицинскому осмотру женщин фертильного возраста с применением навыков консультирования по вопросам репродуктивного здоровья. Что в будущем гарантирует своевременное выявление больных женщин и их оздоровление, предупреждение рождения больных и ослабленных детей, снижение материнской и детской смертности, повышение информированности населения о возможностях формирования здоровой семьи, сохранение здоровья женщин и детей.

Методическая рекомендация составлена профессором **Гадаевым А.Г.**, зав.демонстрационно-обучающим модулем СВП **Гулямовой Ш.С.** и ст.преподавателем **Абзаловой Д.А.**

Известно, что рождение здорового ребенка в основном зависит от здоровья матери. Если мать страдает каким-либо заболеванием, то от неё рождаются слабые дети или дети с различными дефектами. Поэтому врачу общей практики (ВОП), в первую очередь, необходимо проводить качественные медицинские осмотры женщин фертильного возраста (ЖФВ) и беременных, при этом определять и оценивать состояние здоровья, выявлять заболевания на ранних этапах, оформлять диагноз и проводить лечебные мероприятия. Безусловно, ежегодная диспансеризация детского и взрослого населения на уровне первичного звена здравоохранения (ПЗЗ) также должна проводиться на высоком уровне

Из научной медицинской литературы известно, что у ЖФВ наряду с гинекологическими заболеваниями развивается поражение различных других органов и систем. Группа этих заболеваний обобщенно называется экстрагенитальными заболеваниями (ЭГЗ). Если рассуждать теоретически, то из десяти тысяч заболеваний, зарегистрированных Всемирной организацией здравоохранения, встречающихся у людей (из них исключаются заболевания гениталий, болезни, связанные с беременностью и состоянием после аборта), все могут встречаться у беременных женщин в виде ЭГЗ. Но к ним не относятся симптомы и синдромы, связанные с физиологической гиперфункцией отдельных органов при беременности (например, субфебрилитет, лейкоцитоз, ускорение СОЭ, недомогание, пастозность и др.). Значит, понятие ЭГЗ представляют собой не только терапевтические, но и неврологические, психические, инфекционные, онкологические, хирургические, кожновенерологические и другие заболевания.

Анализ диагностики и структуры ЭГЗ показал, что у ЖФВ встречаются заболевания в основном терапевтического характера. Именно эти заболевания иногда являются причиной смерти женщин или мертворождения ребенка.

Если говорить о диагностике анемии, то анемия часто встречается не только у беременных, но и у ЖФВ. По происхождению малокровие может развиваться в результате экстрагенитальной патологии или может быть связано с уменьшением эритроцитов и гемоглобина в связи с физиологической гипергидратацией при беременности. Если анемия возникает в первом триместре беременности, то основными причинами являются алиментарный фактор, желудочно-кишечные заболевания, заболевания печени и др. Анемия второго триместра беременности возникает в связи с повышением потребности организма в железе у женщин с исходным дефицитом железа в крови. К примеру: предполагается, в организме женщины в запасе имеется 4 г железа. При каждой беременности для развития плода из этого запаса используется 0,2 г железа, это приводит к уменьшению гемоглобина крови в организме женщины. Для восполнения запаса утраченного железа требуется 3-4 года времени. Исходя из этого, ВОП должен объяснить ЖФВ, что между беременностями должен быть интервал 3-4 года. Здоровая женщина в возрасте от 20 до 30 лет, выдерживающая интергестационные интервалы в 3-4 года, может родить 3-4 здоровых детей.

Опыт показывает, что именно такое число детей в семье является оптимальным, так как известно, что многочисленные (5 и более) роды опасны не только для здоровья и жизни матери, но и влекут за собой рождение больных, ослабленных и часто болеющих детей.

ЖФВ – это определенный контингент населения от 15 до 49 лет, способный воспроизводить полноценное потомство при соблюдении здорового образа жизни и выполнении ряда организационных и лечебных мероприятий по оздоровлению членов семей и профилактики заболеваний среди населения. В настоящее время ВОП наблюдают как ЖФВ, так и беременных женщин совместно с акушер-гинекологами. Основное преимущество такого совместного наблюдения – его постоянство и регулярность. Помощь ЖФВ, оказываемая ВОП, не только не уступает помощи, оказываемой акушер-гинекологами на уровне ПЗЗ, но и превосходит ее по качеству при условии, если врач умело владеет знаниями, умениями и навыками (автоматизированными способами выполнения действий) по проведению **качественного медицинского осмотра**. Грамотно определяя, относительные (ОПБ) и абсолютные (АПБ) противопоказания к беременности, с последующим оздоровлением и индивидуальным подбором того или иного метода контрацепции без вреда для здоровья женщин. Наряду с этим, ВОП должен мастерски владеть навыками консультирования женщин по вопросам ведения здорового образа жизни, репродуктивному здоровью и планированию семьи. Осуществлять полноценное, всестороннее, качественное дородовое наблюдение за беременными женщинами и своевременно оказывать первичную медико-санитарную помощь в послеродовом периоде на высоком уровне. При наличии у ЖФВ ЭГЗ ВОП обязан выбрать адекватный и квалифицированный подход к лечению данной патологии. Т.е. ведение и лечение ЖФВ с ЭГЗ в амбулаторных условиях, при необходимости направление в стационар, либо лечение с привлечением узких специалистов, при этом динамически координируя и наблюдая за состоянием здоровья.

Для повышения качества медицинских осмотров, ВОП должен уметь **целенаправленно** использовать, имеющийся в семейных поликлиниках (СП) и сельских врачебных пунктах (СВП), медицинский инструментарий такие как, весы (детские и взрослые), измерительную ленту, тазомер, гинекологические зеркала, шпатели, стетоскоп, аппарат для снятия ЭКГ, отоскоп, офтальмоскоп, риноскоп, ларингоскоп, пикфлоуметр, инструментарий для поликлинической хирургии, неврологический молоточек, микроскоп, аппаратуру для проведения клинических и некоторых биохимических лабораторных исследований. Поверхностное и неграмотное использование вышеуказанных медицинских инструментов не дает должных результатов, приводя к диагностическим ошибкам и нежелательным последствиям.

Следовательно, для планирования и рождения здорового ребенка, необходимо проведение ежегодных, качественных медицинских осмотров

ЖФВ на уровне ПЗЗ с сознательным определением числа детей и времени их рождения.

Своевременно обследуя и наблюдая за ЖФВ, ВОП может давать рекомендации супругам, позволяющие в будущем рождение здорового поколения. Это:

- Благоприятный возраст для здоровых женщин в осуществлении репродуктивной функции составляет 20 – 35 лет;
- Интервал между родами должен быть не менее 3-4 года;
- Зачатие допустимо минимум через два месяца после перенесенного острого инфекционного заболевания супругами или одним из них;
- Наиболее благоприятными для зачатия являются осень и зима, так как в эти периоды снижается процент спонтанных мутаций и риск иммунного конфликта;
- Женщина должна быть выведена за два месяца до планируемой беременности из зоны контакта с химическими веществами;
- Супругам за два месяца до планируемой беременности следует полностью отказаться от вредных привычек (курение сигарет и «насвая», алкоголь, наркотики);
- Женщинам, страдающим хроническим соматическим заболеванием, следует планировать беременность лишь при наступлении стойкой ремиссии и отсутствии обострения в течение 1-5 лет (в зависимости от характера заболевания);
- Работницам, подвергающимся воздействию неблагоприятных факторов, рекомендуется планировать беременность после развития стойкой адаптации (1-2 года работы на производстве).

Профилактический осмотр женщин фертильного возраста включает:

- Ежегодный медицинский осмотр всех ЖФВ с проведением установленного объема лабораторных и инструментальных исследований;
- Дообследование нуждающихся ЖФВ с использованием всех современных методов диагностики;
- Выявление ЖФВ, имеющих факторы риска, способствующие возникновению и развитию заболеваний;
- Выявление заболеваний на ранних стадиях;
- Индивидуальную оценку состояния здоровья ЖФВ с определением наличия **относительных** и **абсолютных** противопоказаний к беременности;
- Разработку и проведение комплекса необходимых медицинских и социальных мероприятий (коррекция выявленных факторов риска, немедикаментозное и медикаментозное лечение вновь выявленного заболевания, консультирование по выбору методов контрацепции,

оздоровление и реабилитация имеющегося осложнения, консультирование по ведению здорового образа жизни), с последующим динамическим наблюдением за состоянием здоровья.

ВОП идеально подходит для того, чтобы обеспечить постоянное непрерывное наблюдение за ЖФВ в течение длительного времени, планируя и составляя графики осмотров женщин, подлежащих обследованию в текущем году.

При ежегодных медицинских осмотрах женщин фертильного возраста проводятся:

- Осмотр врачом общей практики;
- Тщательный сбор анамнестических данных с применением специально разработанной анкеты (приложение № 1);
- Антропометрические измерения – рост и масса тела для определения индекса массы тела (ИМТ);
- Гинекологический осмотр женщин с взятием мазка для цитологического исследования с 18 лет, у девушек с 15 лет – пальцевое исследование через прямую кишку (по показаниям);
- Определение остроты зрения;
- Определение остроты слуха;
- Анализ крови (определение СОЭ, гемоглобина, лейкоцитов, сахара по показаниям);
- Общий анализ мочи с исследованием на белок;
- ЭКГ (с 15 лет - 1 раз в 3 года, с 40 лет – ежегодно);
- Измерение внутриглазного давления после 40 лет;
- Флюорография (рентгенография) органов грудной клетки – ежегодно;
- Маммография с 35 лет 1 раз в 2 года;
- Осмотр узкими специалистами по показаниям;

Указанный объем обследований при профилактических осмотрах ЖФВ является обязательным. При выявлении ВОП и другими специалистами определенных заболеваний или патологических состояний ЖФВ нуждаются в более глубоком лабораторно-инструментальном обследовании. По показаниям назначаются ряд клинических и биохимических анализов (анализ мочи по Нечипоренко, анализ кала на яйца глист, RW, на СПИД /ВИЧ/, HbsAg, билирубин, ферменты, холестерин, мочевины, протромбин в крови, Fe в сыворотке крови), инструментальных исследований (УЗИ, КТ, ЯМР, ЭФГДС) и другие, в ряде случаев согласовывая с узкими специалистами.

В амбулаторных картах ЖФВ с ЭГЗ должны быть результаты минимума лабораторно-инструментальных исследований (таблица № 1):

Таблица № 1

**Лабораторно-инструментальные исследования,
проводимые у ЖФВ с ЭГЗ**

		Общеклинические анализы
I	1	Общий анализ крови
	2	Общий анализ мочи и проба Нечипоренко
	3	Общий анализ кала с исследованием на яйца/глист
		Специфические анализы
II	1	RW
	2	ВИЧ (СПИД)
	3	HbsAg
		Биохимические анализы крови
III	1	Количество сахара в крови
	2	Сахар в моче
	3	Количество билирубина в крови
	4	Количество холестерина в крови
	5	Количество ферментов (АСТ, АЛТ) в крови
	6	Протробинный индекс
	7	Содержание железа в плазме
		Основные инструментальные исследования
IV	1	Рентгенологические исследования (кроме беременных)
	2	Показатели артериального давления на обеих руках
	3	ЭКГ
	4	УЗИ (патологически измененного органа и плода)

В СП и СВП медицинские осмотры осуществляет ВОП совместно с акушеркой в смотровом женском кабинете.

Задачами этого кабинета является доврачебный опрос, осуществление профилактического осмотра с 18 лет с целью раннего выявления гинекологических, предопухолевых и раковых заболеваний женских половых органов и других видимых локализаций (кожи, губ, молочных желез), а также прямой кишки.

В смотровом кабинете врач общей практики совместно с акушеркой осуществляет:

- Сбор акушерско-гинекологического анамнеза;
- Осмотр всех женщин с 18 лет, обратившихся впервые в течение года в СП или СВП;
- Осмотр кожи и наружных половых органов;
- Бимануальное влагалищное исследование, осмотр шейки матки в зеркалах, у девушек (с 15 лет) – пальцевое исследование через прямую кишку по показаниям;

- Осмотр и пальпацию молочных желез, направление на маммографию (с 35 лет 1 раз в два года);
- Взятие мазков из цервикального канала у здоровых женщин с 18 лет один раз в год;
- Пальцевое исследование прямой кишки – с 30 лет;
- При необходимости, направление женщин, с выявленным заболеванием или подозрением на заболевание, к узкому специалисту (акушер-гинекологу, онкологу и др.).

Профилактические осмотры ЖФВ направлены на коррекцию имеющихся факторов риска и предупреждение ряда заболеваний, а также их раннее, активное выявление и лечение.

Хотелось бы обратить внимание ВОП, на то, что оздоровление ЖФВ необходимо начинать с раннего периода развития женщины. Так как каждый период имеет свои возрастные анатомо-физиологические особенности и присущие им возможные патологические изменения при воздействии тех или иных иногда безобидных факторов риска. При своевременном устранении которых, ВОП предупреждает ряд заболеваний или состояний, в последующем, возможно, повлияющих на репродуктивную функцию женщины и здоровье плода. К примеру, аномалии развития женских половых органов, бесплодие, раннее или позднее менархе, тяжелые токсикозы, угрожающий выкидыш ранний и поздний, самопроизвольный аборт, раннее излитие околоплодных вод, кровотечение, перенашивание, мертворождение, уродства плода и др.

Без глубокого представления ВОП об анатомии, физиологии половых органов и периодов развития женщины невозможно правильное суждение о причинах происхождения, патогенезе, профилактике и лечении заболеваний. Функция половых органов женщин тесно связана с деятельностью других органов и систем и подвержена возрастным изменениям.

Различают следующие периоды жизни женщины:

- **Детство.** В детском возрасте яичники медленно увеличиваются (преимущественно в ширину и толщину), специфические функции их не проявляются, хотя эстрогены в незначительном количестве синтезируются. Матка небольшая, шейка её по длине и толщине превосходит размеры тела матки. Маточные трубы извилистые, тонкие, просвет их узкий. Влагалище узкое, короткое. Наружные половые органы сформированы, но не развиты, волосяной покров отсутствует.
- **Период полового созревания.** Начинается обычно с 9-10 лет и продолжается до 15-16 лет. Половое созревание и формирование женского организма полностью завершаются примерно к 17-18 годам. Время полового созревания подвергается индивидуальным

колебаниям, а также зависит от климатических, бытовых и других условий. Половое созревание является важным этапом развития организма и сложной системы органов, определяющих будущую репродуктивную (детородную) функцию. В период полового созревания усиливается рост, происходит формирование женского типа телосложения, вторичных половых признаков, половых органов и нейроэндокринной системы, регулирующей менструальную, детородную, половую и секреторную функции половой системы. В этот период наблюдается значительное развитие интеллекта и морального облика девочки. Половое созревание относится к критическим периодам онтогенеза. Усиление роста и развития происходит правильно при оптимальных условиях среды. Под влиянием неблагоприятных факторов (особенно заболеваний) могут возникнуть нарушения процессов физического и полового развития. Происходит нарушение менструальной функции, признаки задержки или преждевременного полового созревания и др. (генитальный инфантилизм, аномалии строения половых органов).

- **Период половой зрелости.** После полового созревания наступает период половой зрелости, продолжающийся около 30-35 лет. Он характеризуется активностью всех специфических функций организма женщины, направленных на деторождение. В этот период жизни полного развития достигают менструальная, секреторная и другие функции полового аппарата, наступают беременность и роды. В период половой зрелости у женщины нередко возникают заболевания половых органов, связанные с инфекционными заболеваниями, травмами и другими причинами.
- **Переходный (климактерический) период.** Начинается в конце периода половой зрелости, в возрасте 45-47 лет и продолжается 2-3 года. В это время происходит постепенное угасание внутрисекреторной деятельности яичников, прекращается генеративная функция, нарушаются, а затем и прекращаются менструации. Прекращение менструаций называют менопаузой. Сравнительно редко наблюдается ранний климактерический период (40 лет и раньше), который обычно связан с действием неблагоприятных факторов (инфекции, психические травмы, недостаточное питание и др.). Наступление менопаузы после 50 лет большей частью бывает при наличии миомы матки. У большинства женщин климактерический период протекает без выраженных расстройств. Однако, нередко течение его осложняется нарушениями функций нервной, сосудистой и эндокринной систем, выражающимися в повышенной возбудимости, лабильности настроения, нарушениях сна, головокружениях и вегетативно-сосудистых расстройствах. Характерными признаками патологического климактерического периода являются приливы крови к голове, внезапное ощущение жара, колебания артериального

давления и др. Нередко наблюдаются нарушения жирового, водно-солевого и других видов обмена веществ.

- **Постклимактерический период.** Начинается с наступлением менопаузы и продолжается до конца жизни женщины. В этом периоде происходит постепенная атрофия половых органов. Яичники сморщиваются и уплотняются, матка и маточные трубы резко уменьшаются в размерах, влагалище суживается, своды его уплощаются, процессы атрофии распространяются и на наружные половые органы.

Знание особенностей периодов развития женщин помогут ВОП при проведении ежегодных профилактических осмотров ЖФВ в предупреждении и раннем выявлении ряда заболеваний, которые могут повлиять на здоровье будущего ребенка.

Для проведения качественного медицинского осмотра ЖФВ необходима организация мероприятий, направленных на определенный контингент женщин (15-49 лет) подлежащих обследованию. Врачами общей практики составляются графики осмотров и проводятся исследования.

Порядок организации профилактических осмотров женщин фертильного возраста

Руководители СП и СВП обеспечивают:

- организацию учета населения, проживающего на обслуживаемой территории;
- определяют объем работы с учетом специфики обслуживаемого контингента (возрастная, социальная и профессиональная структура);
- определяют потребность в необходимом дополнительном оборудовании, материалах, реактивах, количество бланков медицинской документации;
- разрабатывают оптимальные графики работы ВОП, средних медицинских работников и лечебно-диагностических служб, чтобы обеспечить проведение качественных медицинских осмотров в удобное для ЖФВ время с использованием вечерних и выходных дней;
- с ВОП и медицинским персоналом в СП и СВП проводят инструктивно-методические совещания по организационным вопросам осуществления ежегодных профилактических осмотров ЖФВ;
- обеспечивают широкую и доступную информацию всего населения о целях и задачах ежегодных профилактических осмотров ЖФВ, месте проведения, порядке прохождения осмотров и обследования с указанием кабинетов и времени их работы;

- используют разнообразные формы проведения медицинских осмотров. Для этого:
 - ВОП и средний медицинский персонал организует активные вызова ЖФВ;
 - профилактический осмотр ЖФВ, самостоятельно обращенных в СП и СВП;
 - также при посещении ВОП на дому ЖФВ, страдающих хроническими заболеваниями;
 - выезды медицинских бригад;
- контролируют выполнение индивидуальных планов оздоровления ЖФВ, разрабатывают общий план лечебно-оздоровительных мероприятий в СП и СВП.

Роль врача общей практики в осуществлении ежегодных профилактических осмотров

ВОП под руководством главных врачей района и их заместителей по СП и СВП:

- организует персональный учет населения, проживающего на обслуживаемой территории;
- проводит разъяснительную работу на своем участке о целях и задачах ежегодных профилактических осмотров ЖФВ;
- определяет объем работы на своем участке, планирует последовательность и сам участвует в проведении профилактических осмотров ЖФВ;
- координирует работу необходимых специалистов и служб по качественному медицинскому осмотру ЖФВ;
- отбирает больных подлежащих диспансерному наблюдению, разделяет всех осмотренных ЖФВ на группы диспансерного наблюдения;
- обеспечивает проведение лечебно-оздоровительных мероприятий ЖФВ прикрепленного участка по индивидуально-составленному плану (направление на госпитализацию, санаторно-курортное лечение, рекомендации и контроль режима труда, отдыха, питания и т.д.);
- ВОП, при необходимости с узкими специалистами осуществляет динамическое наблюдение за ЖФВ с выявленной патологией;
- используя индивидуальную оценку состояния здоровья ЖФВ, определяет наличие **относительных** и **абсолютных** противопоказаний к беременности;
- совместно с акушер-гинекологом индивидуально подбирает тот или иной метод контрацепции без вреда для здоровья женщин;
- проводит индивидуальные лечебно-оздоровительные мероприятия ЖФВ, страдающих хроническими заболеваниями, вновь

выявленных больных и лиц, имеющих факторы риска (производственного, бытового, алиментарного и генетического характера).

Функциональные обязанности среднего медицинского персонала в проведении медицинских осмотров

Средние медицинские работники под контролем ВОП проводят:

- учет и регистрацию населения, проживающего на обслуживаемой территории;
- уточняют списки прикрепленного населения в жилищно-эксплуатационных конторах, в сельских, поселковых и махаллинских комитетах, а также путем посещения семей на дому;
- проводят с населением разъяснительную работу о необходимости ежегодных медицинских осмотров ЖФВ;
- согласовывают с ВОП сроки проведения осмотров;
- обеспечивают явку лиц к намеченному сроку;
- выполняют назначенный комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий;
- для качественного контроля профилактического осмотра ЖФВ в СП и СВП совместно с ВОП заполняют и ведут ряд медицинской документации, указанной в приложении № 2.

Методика проведения ежегодных профилактических осмотров женщин фертильного возраста

На, впервые обратившихся ЖФВ в текущем году, в СП и СВП, кроме обращений по поводу острых заболеваний, и на лиц, приглашенных на медицинский осмотр, в регистратуре открывается медицинская карта амбулаторного больного (ф. 025/у).

В доврачебном кабинете СП и СВП средним медицинским персоналом проводится тонометрия, термометрия, антропометрия и равномерное распределение ЖФВ, проходящих медицинский осмотр в кабинеты ВОП.

В других вспомогательных кабинетах проводится необходимый объем лабораторно-инструментальных исследований. По окончании обследования медицинские сестры СП и СВП получают результаты и передают их ВОП.

ВОП, осуществляя медицинский осмотр ЖФВ, при наличии показаний направляет на необходимый объем дообследования и консультаций врачами специалистами. Оценивая состояние здоровья, определяет группу диспансерного наблюдения женщин (таблица № 2). При этом выделяет женщин, имеющих относительные или абсолютные противопоказания к беременности.

Таблица № 2

Определение групп диспансерного наблюдения ЖФВ после проведенных профилактических осмотров

Группа	Контингент	Характеристика
Группа Д-I	<i>здоровые</i>	женщины, не предъявляющие никаких жалоб и у которых в анамнезе и во время осмотра не выявлены хронические заболевания или нарушения функции отдельных органов и систем; среди них, лица, с так называемыми, «пограничными состояниями», нуждающиеся в наблюдении, т.е. лица, у которых выявлены незначительные отклонения от установленных границ нормы в величинах АД и прочих физиологических характеристик, не влияющие на функциональную деятельность организма;
Группа Д-II	<i>практически здоровые</i>	женщины, имеющие в анамнезе острое или хроническое заболевание, но не имеющие обострений в течение нескольких лет;
Группа Д-III	<i>больные, нуждающиеся в лечении и диспансерном наблюдении</i>	<ul style="list-style-type: none"> • женщины с <i>компенсированным</i> течением заболевания, редкими обострениями, непродолжительными потерями трудоспособности; • женщины с <i>субкомпенсированным</i> течением заболевания, частыми и продолжительными потерями трудоспособности; • женщины с <i>декомпенсированным</i> течением, устойчивыми патологическими изменениями, ведущими к стойкой утрате трудоспособности.

В каждой из вышеуказанных групп следует обратить внимание на наличие **факторов риска** в возникновении определенных заболеваний.

Здоровые и практически здоровые женщины, подлежат ежегодному плановому медицинскому осмотру по установленной схеме. Больные женщины нуждаются в динамическом наблюдении у ВОП, при необходимости совместно со специалистами соответствующего профиля. Наблюдение за ЖФВ, имеющих проблемы со здоровьем, включает в себя систематическое, целенаправленное прослеживание проявлений того или иного заболевания в определенных условиях. Такое наблюдение требует от ВОП постановки четкой цели, планирования лечебно-оздоровительных мероприятий и контроля за выполнением, уделяя особое внимание коррекции имеющихся факторов риска, усугубляющих течение заболевания и выздоровление женщин.

Таблица № 3

Порядок определения относительных и абсолютных противопоказаний у женщин детородного возраста в зависимости от диагноза и течения экстрагенитальной патологии

№	Диагноз	Относительные противопоказания	Абсолютные противопоказания	Минимальные специальные методы исследования
1	2	3	4	5
I 1.	Заболевания сердечно-сосудистой системы Гипертоническая болезнь	а) II стадия; б) если семья бездетна; в) если возраст больной от 20 до 30 лет;	а) II или III стадия при наличии в семье 2 и более детей; б) если возраст больной выше 30 лет;	а) консультация окулиста, б) ЭКГ
2.	Миокардиты	а) легкая форма без НК;	а) миокардит Абрамова – Фриндлера; б) средней тяжести, тяжёлой степени и нарушениях ритма; в) легкая степень при наличии в семье 1 и более детей; г) в возрасте старше 30 лет;	а) ЭКГ, б) ревмапробы, в) ЭхоКГ
3.	Кардиомиопатии		а) все формы болезни;	а) ЭхоКГ
4.	Пороки сердца: стеноз митрального отверстия	а) при площади митрального отверстия 2 кв. см и более; б) при отсутствии НК и аритмий; в) при отсутствии детей у больной в возрасте 20-	а) развитие сердечной недостаточности; б) при отрицательных результатах комиссуротомии и развитии рестеноза; в) наличие аритмий; г) высокая степень легочной	а) ЭКГ, б) ФКГ, в) ревмапробы, г) ЭхоКГ

		30 лет; г) если после комиссуротомии в течение 1-2 лет не наблюдается осложнений;	гипертензии; д) при сочетанном пороке; е) если семья имеет детей;	
5.	Недостаточность митрального клапана	а) если семья бездетна; б) в стадии компенсации;	а) мерцательная аритмия, сердечная недостаточность, кардиомегалия; б) если семья имеет детей и больная старше 30 лет;	а) ревмапробы, б) ФКГ, в) ЭхоКГ
6.	Митральный порок (стеноз и недостаточность митрального клапанов)	а) при митральном пороке с преобладанием недостаточности; б) при отсутствии детей в семье и возрасте больной 20-30 лет;	а) нарушение ритма сердца и сердечная недостаточность, кардиомегалия; б) если семья имеет детей и больная старше 30 лет;	а) ЭКГ, б) ФКГ, в) ревмапробы, г) ЭхоКГ
7.	Стеноз аортального отверстия	а) в стадии компенсации; б) если семья бездетна; в) если возраст больной 20-30 лет;	а) при наличии легочно-сердечной недостаточности; б) если семья имеет детей и больная старше 30 лет;	а) ЭКГ, б) ФКГ, в) ЭхоКГ
8.	Врожденные пороки сердца	Необходим индивидуальный подход исходя из состояния больной;	а) при наличии 1 и более детей в семье; б) если возраст больной старше 30 лет;	а) ЭКГ, б) ФКГ, в) ревмопробы
II. 1.	Ревматические болезни Ревматизм	а) латентное течение;	а) если после ревмаатаки прошло менее 12 месяцев;	а) ревмапробы,

		б) если семья бездетна;	б) при активной фазе ревматизма;	б) ЭКГ
2.	Ревматоидный артрит	а) в неактивной фазе; б) легком течении;	а) если в семье 1-2 и более детей и возраст больной старше 30 лет; б) активности II-III степени, потере трудоспособности; в) висцеральной форме;	а) ревмапробы, б) рентгенография суставов
Ш.	Болезни почек и мочевыводящих путей			
1.	Хронический гломерулонефрит	а) латентное течение; б) если семья бездетна;	а) нефротический синдром, гипертонический синдром и хроническая почечная недостаточность;	а) общий анализ крови и мочи, б) определение креатинина и холестерина в крови, в) осмотр окулиста, г) проба Зимницкого, д) УЗИ почек
2.	Хронический пиелонефрит	а) латентное течение; б) если семья бездетна;	а) пиелонефрит единственной почки; б) при гипертензии и азотемии;	а) общий анализ крови и мочи, б) анализ мочи по Нечипоренко, в) креатинин в крови, г) УЗИ почек
IV.	Болезни органов дыхания			
1.	Хронический бронхит		а) бронхоспастический синдром; б) при легочной недостаточности II-III степени;	а) общий анализ и посев мокроты б) рентгенография легких
2.	Бронхиальная астма	а) легкой и средней тяжести;	а) при тяжёлой форме с легочной недостаточностью	а) общий анализ мокроты, ВК и посев

		б) если семья бездетна; в) возраст больной моложе 30 лет;	II - III степени;	мокроты, б) рентгенография легких
3.	Бронхоэктатическая болезнь		а) при легочной недостаточности II-III степени и наличии легочно-сердечной недостаточности;	а) общий анализ и посев мокроты, б) рентгенография легких
V. 1.	Заболевания органов пищеварения Хронический гепатит	а) хронический персистирующий гепатит; б) если семья бездетна;	а) хронический активный гепатит; б) люпус-гепатит;	а) определение билирубина в крови, б) АЛТ, АСТ, в) УЗИ печени
2.	Цирроз печени		а) все формы;	а) определение билирубина в крови, б) АЛТ, АСТ, в) УЗИ печени
3.	Неспецифический язвенный колит	а) легкая форма; б) если семья бездетна;	а) средней и тяжелой степени;	а) ректороманоскопия
VI. 1.	Заболевания системы крови Анемия (железодефицитная)	А) легкого течения;	а) при тяжелом течении и если в семье есть 2 и более детей; б) если возраст больной старше 30 лет; в) при средней и тяжелой форме в период лечения до полного выздоровления;	а) общий анализ крови
2.	Мегалобластная анемия		а) средняя и тяжелая степень до выздоровления;	а) исследование костного мозга
3.	Гипопластические и		а) все формы;	а) пункция костного

	апластические анемии			мозга
4.	Гемолитическая анемия	а) микросфероцитарная анемия; б) если семья бездетна;	а) аутоиммунная гемолитическая анемия;	а) пункция костного мозга, б) определение билирубина в крови,
VII. 1.	Эндокринные заболевания Сахарный диабет	а) легкая форма; б) если семья бездетна;	а) если муж также страдает сахарным диабетом; б) инсулинорезистентная, склонная к кетоацидозу форма;	а) сахар в крови, б) сахар в моче, в) консультация окулиста,
2.	Диффузно-токсический зоб	а) легкая форма;	а) средняя и тяжёлая формы; б) аритмии; в) если в семье есть 2 и более детей, больная старше 30 лет;	а) ЭКГ
VIII. 1.	Диффузные заболевания соединительной ткани Системная красная волчанка		а) все формы;	а) иммунологическое исследование крови
2.	Системная склеродермия		а) все формы;	а) иммунологическое исследование крови, б) биопсия кожи
3.	Дерматомиозит		а) все формы;	а) иммунологическое исследование крови, б) биопсия кожи
4.	Узелковый периартериит		а) все формы;	а) иммунологическое исследование крови, б) биопсия кожи
IX.	Туберкулез	Если после	а) все активные формы до	а) рентгенография

	Все формы легочного и внелегочного туберкулеза	клинического выздоровления имеются осложнения; Начальные стадии дыхательной и легочно-сердечной недостаточности; Если в семье есть больной с активной формой туберкулеза; При наличии 2 и более детей;	клинического выздоровления; б) при наличии средней и тяжелой дыхательной и легочно-сердечной недостаточности вследствие туберкулеза;	грудной клетки и других пораженных туберкулезом органов
Х.	Хирургические болезни			
1.	После операции желудка и 12 п.к.	До 6 месяцев;		
2.	После операции по поводу эхинококкоза печени и других органов брюшной полости	До 1 года;		
3.	После операции по поводу портальной гипертензии		Во всех случаях;	
4.	После операции по поводу желчекаменной болезни	До 6 месяцев, если у больной нет признаков хронического гепатита и цирроза;	При наличии хронической печеночной недостаточности;	
5.	После операции по поводу панкреатита	До 6 месяцев, если не развился	В случае рецидивирующего панкреатита с болевым	

6.	После операции на селезенке	рецидивирующий панкреатит; До 6 месяцев;	синдромом;	
7.	После операции на тонком и толстом кишечнике	От 6 месяцев до 1 года;		
8.	После операции по поводу гидронефроза	До 1 года, если оставшаяся почка здорова;	При наличии хронической почечной недостаточности;	
Б. После операции органов грудной клетки				
1.	После операции по поводу доброкачественных опухолей	До 1 года, если отсутствуют признаки хронической легочной недостаточности;	При хронической легочной недостаточности;	
2.	После операции по поводу ХНЗЛ	До 1 года, если оставшееся легкое здоровое;	Во всех остальных случаях;	
В. Болезни опорно-двигательного аппарата				
1.	После операции по поводу хронического гематогенного остеомиелита	Если семья бездетна, а возраст больной 20-30 лет;	Во всех остальных случаях;	
2.	После ампутации верхней и нижней	До 6 месяцев, если ампутирована 1 нога;	Если ампутированы обе руки или обе ноги;	
3.	После операции на позвоночнике	До 1 года, если нет двигательных	При наличии параличей верхних и нижних	

		расстройств в верхних и нижних конечностях;	конечностей;	
	Г. После операции сердечно-сосудистой системы			
1.	После операции по поводу варикозно-расширенных поверхностных сосудов нижних конечностей	До 6 месяцев;		
2.	После операции по поводу посттромбофлебитического синдрома		Во всех случаях;	
3.	После операции по поводу окклюзии артериальных сосудов			
	Д. После операции по поводу заболеваний сердца			
1.	После операции на Боталловом протоке	Если семья бездетна, а возраст больной 20-30 лет;		
2.	После операции по поводу врожденных пороков сердца	Индивидуальный подход, исходя из диагноза и возраста больной;	После сложного хирургического лечения и наличия признаков недостаточности кровообращения и аритмии;	
	После операции по поводу злокачественных		Во всех случаях;	

	новообразований			
XI.	Инфекционные болезни			
1.	Бруцеллез	После острой и подострой стадии, а также после обострения хронической формы от 6 месяцев до 1 года;		серологические реакции (Райта, Хеддельсона, РПГА)
2.	Токсоплазмоз	До 1 года после острого периода, в последующем разрешается после бактериологической санации;		мазки и посевы кала, из слизистых
3.	Вирусные гепатиты В, С, Д, Е и А	От 6 до 12 месяцев после острой формы (подход индивидуальный);		АСТ, АЛТ, билирубин, антигены в крови, УЗИ
4.	Манифестные формы менингококковой инфекции	До 1года после болезни;		неврологические обследования
5.	Геморрагические лихорадки	От 6 до 12 месяцев после болезни;		общий анализ, функция почек
6.	Брюшной тиф, паратиф А, В, С	До 3 месяцев после болезни;		
7.	Краснуха	До 6 месяцев после болезни;		
8.	Листериоз	От 6 до 12 месяцев, разрешается после санации;		посевы и мазки из слизистых, посев крови

9.	СПИД		После установления диагноза;	иммуноблотин
ХП.	Нервные болезни А. Сосудистые заболевания головного мозга			
1.	Последствия ишемического инсульта	Если возраст больной до 30 лет, имеется монопарез, если семья бездетна и нет других заболеваний внутренних органов;	Стеноз магистральных сосудов головного мозга, гемипарез, гемиплегия; Повторный инсульт;	реоэнцефалография, УЗдоплерография, ангиография
2.	Состояние после геморрагического инсульта, в т. ч. субарахноидальное кровоизлияние		Абсолютно противопоказано;	УЗИ, доплерография, ангиография
3.	Преходящее нарушение мозгового кровообращения	Если наблюдалось однократно, возраст больной до 30 лет, нет заболеваний внутренних органов;	Если повторялось 2 и более раз, имеется сужение магистральных сосудов головного мозга;	доплерография, реоэнцефалография
4.	Дисциркуляторная энцефалопатия	I стадия болезни, возраст не старше 35 лет, если семья бездетна;	При психических нарушениях и стенозе магистральных сосудов головного мозга;	доплерография, реоэнцефалография
	Б. Болезни периферической нервной системы			
1.	Рефлекторные мышечные	Если нет смещения		рентгенография

	боли вследствие остеохондроза позвоночника	межпозвонковых дисков, и после лечения;		позвоночника
2.	Сдавление спинномозговых корешков вследствие остеохондроза позвоночника	После эффективного консервативного лечения и если нет хронических болей;	Хронические боли, смещение межпозвонковых дисков, состояние после ламинэктомии;	рентгенография позвоночника
3.	Состояние после полиневропатии Гийена-Барре-Ландри	Без последствий или с легкими чувствительно-рефлекторными последствиями;	В возрасте старше 40 лет или с последствиями в двигательной системе (парезы);	электромиография
4.	Токсические полиневропатии (вследствие действия промышленных и сельскохозяйственных ядов и алкогольная полиневропатия)		Противопоказано;	электромиография
5.	Последствия инфекционных полиневритов	Если возраст больной до 30 лет, семья бездетна и нет тяжёлых параличей;	Параличи, ведущие к инвалидности;	электромиография
6.	Другие невралгии и невропатии (болезни головного и спинного мозга, синдром Туннеля)	Легкие формы без последствий; хронические безболевые формы;	В возрасте старше 40 лет, при наличии хронических болей и параличей;	электромиография, рентгенография
1.	В. Воспалительные заболевания головного и спинного мозга Последствия менингита,	Если возраст больной не	Тяжёлые параличи,	рентгенография черепа,

	энцефалита, менингоэнцефалитов	старше 30 лет, и легкие последствия;	гипертензионный синдром, судорожный синдром;	электроэнцефалография, консультация окулиста
2.	Воспаление мозговых оболочек (лептоменингит, хореоэпендиматит)	В возрасте не старше 35 лет, в стадии ремиссии и наличии легкой неврологической симптоматики;	Гипертензионный синдром, судорожный синдром, неврологические синдромы с ограничением движения;	рентгенография черепа, электроэнцефалография, консультация окулиста
3.	Последствия воспаления спинного мозга (миелита)	В возрасте не старше 30 лет, если семья бездетна, при отсутствии параличей и тазовых расстройств;	Парапарезы, параплегии, нарушение функции тазовых органов;	рентгенография позвоночника, электромиография
4.	Боковой амиотрофический склероз (БАС)		Абсолютно противопоказано	электромиография
5.	Рассеянный склероз		Абсолютно противопоказано	
	Г. Заболевания вегетативной нервной системы			
1.	Гипоталамический синдром	В возрасте не старше 30 лет и отсутствие выраженных нейроэндокринных расстройств;	Тяжёлые нейроэндокринные синдромы (Иценго- Кушинга, Порхоне, Симмондса и др.);	исследование функции желез внутренней секреции
2.	Синдром вегетативной дистонии	При отсутствии тяжелых психических расстройств (тревожно-депрессивный синдром);		Психологические тесты Осмотр психиатра

3.	Мигрень	При отсутствии гипертензивного синдрома ;		рентгенография черепа, консультация окулиста
4.	Судорожный синдром	В возрасте не старше 30 лет, при приступах, повторяющихся не более 1-2 раза в год и без психических отклонений;	При приступах, повторяющихся более 1-2 раза в год, при наличии психических расстройств;	электроэнцефалография, консультация психиатра
1.	Е. Болезни экстрапирамидной системы Паркинсонизм	В возрасте не старше 35 лет, если семья бездетна, нет нарушений движения и отсутствии выраженных нейроэндокринных расстройств;	Выраженный амиостатический синдром и если возраст старше 35 лет;	
2.	Миастения	В возрасте не старше 30 лет, при локальных невыраженных формах без гормональной терапии (преднизолон);	При выраженных генерализованных формах, после гормонотерапии и оперативного лечения (удаление вилочковой железы);	электромиография
3.	Гиперкинезы	В возрасте не старше 30 лет, при легких, не передающихся по	Выраженные наследственно обусловленные гиперкинезы;	

		наследству формам;		
	Ж. Наследственно обусловленные нервные болезни (миопатия, прогрессирующая атаксия, невральная и спинальная амиотрофия)		Абсолютно противопоказано;	электромиография, генеалогическое исследование
ХIII.	Психические болезни			
1.	Шизофрения	а) рекуррентное течение; б) в процессе амбулаторного лечения в стадии неполной ремиссии;	а) формы с хроническим течением; б) течение с короткими ремиссиями; в) при последствиях болезни;	заключение психиатра
2.	Эпилепсия	а) период лечения; б) при приступах не более 1-2 раза в год, без значительного снижения памяти и изменений личности;	а) эпилептическое снижение интеллекта; б) частые приступы с судорогами и без судорог;	заключение психиатра
3.	Олигофрения	а) средней степени дебильности;	а) идиотия; б) имбецильность; в) глубокая дебильность;	заключение психиатра
4.	Маниакально-депрессивный психоз	а) в период лечения психотропными средствами;	а) в период психотических расстройств; б) психотические состояния с хроническим течением;	заключение психиатра
5.	Другие психические	а) в период лечения	а) в период психотических	заключение психиатра

	расстройства	психотропными средствами;	расстройств; б) психотические состояния с хроническим течением;	
6.	Алкоголизм	А) 1-я стадия;	а) II-III стадии; б) алкогольные психозы;	заключение психиатра-нарколога
7.	Наркомания и токсикология	а) эпизодическое употребление наркотических средств;	а) постоянное употребление наркотических средств;	заключение психиатра-нарколога

Примечание:

- перечень приведенных в таблице № 3 заболеваний для определения ОПБ и АПБ, взятых из приказа № 565 от 14.12.1994 г. Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан, являются ориентировочными, требуется индивидуальный подход к каждому конкретному случаю, при необходимости с привлечением узких специалистов (акушер-гинеколога, кардиолога, ревматолога, нефролога, уролога, эндокринолога, невропатолога, психиатра, хирурга и др.).

На всех женщин, взятых под наблюдение, заполняется «Контрольная карта диспансерного наблюдения» ф. 030/у, с указанием наличия ОПБ или АПБ.

После установления окончательного диагноза и определения ОПБ или АПБ ВОП приступает к серьёзному этапу, оздоровлению ЖФВ, побуждающему к действию, позволяющему ориентироваться в состоянии здоровья, принимать решения и оценивать полученные результаты. Следует отметить, что проведение лечебно-оздоровительных мероприятий на уровне ПЗЗ не должно быть поверхностным, однократным, эпизодическим, ограниченным, нерегулярным. Качество этих мероприятий характеризуется *глубиной обследования и наличием системы оздоровления*, которые напрямую зависят от уровня подготовленности и компетентности ВОП.

В процессе динамического наблюдения при каждом очередном осмотре ВОП проверяет и уточняет ранее установленный диагноз, вносит необходимые дополнения и изменения, определяя лечебные мероприятия и частоту повторных осмотров в соответствии с изменениями в течении заболевания и социально-бытовых условиях, а также устанавливает необходимость перевода в другую **группу** диспансерного наблюдения; по показаниям проводятся необходимые консультации и дополнительные исследования. К концу года ВОП проводит анализ результатов профилактических осмотров ЖФВ, их качества и динамического наблюдения.

Основным критерием эффективности ежегодных медицинских осмотров являются уменьшение факторов риска, снижение заболеваемости среди ЖФВ, изменение группы диспансерного наблюдения, результатом которых являются уменьшение числа женщин с ОПБ или АПБ.

Таким образом, в осуществлении ежегодных профилактических осмотров ЖФВ ведущим в СП и СВП является ВОП, который должен чувствовать большую ответственность, понимать необходимость, обязан отвечать за свои действия, поступки, за качество проведения и конечный результат данных медицинских осмотров.

Таблица № 4

**Поэтапный подход к проведению
качественного медицинского осмотра женщин фертильного возраста
на уровне первичного звена здравоохранения**

Этапы	Проводимые мероприятия (детализация медицинского осмотра)	Ответственный	Исполнитель
1	В СП и СВП создать благоприятные и комфортные условия (оснащенный холл для ожидания, чистый, светлый, теплый кабинет ВОП с необходимым исправным инструментарием, доброжелательные медицинские работники);	Руководители	ВОП, м/с
2	Организовать персональный учет населения,	Руководители	ВОП, м/с

	проживающего на обслуживаемой территории;		
3	Определить объем работы по ежегодным профилактическим осмотрам с учётом специфики обслуживаемых, составить список ЖФВ (15-49 лет);	Руководители	ВОП, м/с
4	Из них выделить девочек, незамужних, замужних, вдов, многодетных (имеющих 3-4 и более детей), страдающих бесплодием и т.д.;	ВОП	м/с
5	Определить потребность в необходимом дополнительном оборудовании, материалах, реактивах, количестве бланков медицинской документации для проведения профилактических осмотров и т.д.;	Руководители,	ВОП, м/с
6	Составить оптимальный график профилактических осмотров с указанием количества дней и месяцев проведения;	Руководители,	ВОП, м/с
7	Расчитать ежедневное количество женщин, подлежащих осмотру в СП и СВП по возможности их Ф.И.О., время приема (на профилактический осмотр одной ЖФВ ВОП должен выделять минимум 25-30 минут), чтобы не создавать очереди пациентов;	ВОП	м/с
8	Разработать оптимальные графики работы ВОП, узких специалистов, средних медицинских работников и лечебно-диагностических служб, для обеспечения проведения медицинских осмотров в удобное для ЖФВ время с использованием вечерних часов и выходных дней;	Руководители	ВОП, м/с
9	Провести инструктивно-методические совещания и занятия по организационным вопросам осуществления ежегодных профилактических осмотров с медицинским персоналом СП и СВП;	Руководители	ВОП, м/с
10	Непосредственно перед началом проведения широко и доступно информировать всё население (включая женсовет, махаллинских лидеров, свёкров, свекровок и мужей) о целях и задачах ежегодных профилактических осмотров ЖФВ, порядке прохождения осмотров и обследования с указанием кабинетов и времени их работы;	Руководители	ВОП, м/с
11	В течение всего периода проведения медицинских осмотров ЖФВ по возможности в СП и СВП один раз в неделю организовать планёрки или собрания с участием руководителей по обсуждению и анализу результатов медицинских осмотров ЖФВ (выявление факторов риска, заболеваний, наличие случаев ОПБ, АПБ, оздоровление, наблюдение и т.д.);	Руководители	ВОП, м/с

12	В регистратуре СП и СВП медсестра подбирает или заполняет медицинскую карту амбулаторного больного (ф. 025/у);	ВОП	м/с
13	В доврачебном кабинете медсестра измеряет рост, вес, окружность живота, определяет ИМТ, измеряет температуру тела и АД на обеих руках, при необходимости и на ногах с регистрацией данных в амбулаторную карту и соответствующую документацию;	ВОП	м/с
14	ВОП в подготовленном кабинете начинает осмотр с расспроса, если есть жалобы, вначале выясняет ведущие , детально устанавливая их характер и интенсивность, время появления и связь различных причин с их возникновением. Выясняет, чем снимаются боли. Затем выясняет и анализирует общие жалобы . Изучение основных жалоб позволяет сделать заключение об общем характере заболевания; Установление начала заболевания позволяет судить о его характере – остром или хроническом;	ВОП	ВОП
15	После выяснения жалоб ВОП приступает к тщательному и полноценному сбору анамнеза. При расспросе о развитии самой болезни (anamnesis morbi) ВОП должен получить точные ответы на следующие вопросы: 1) когда началось заболевание; 2) как оно началось; 3) как оно протекало; 4) какие проводились исследования, их результаты; 5) какое проводилось лечение и какова его эффективность. В процессе такого подробного расспроса, нередко уже вырисовывается общее представление о болезни. История настоящего заболевания должна отражать развитие болезни от ее начала до настоящего момента;	ВОП	ВОП
16	Следующим этапом является сбор сведений о жизни женщины, которые часто имеют большое значение для выяснения характера настоящего заболевания, установления причин и условий его возникновения. Анамнез жизни (anamnesis vitae) представляет собой медицинскую биографию больной по основным периодам его жизни (младенчество, детство, юношество, зрелый). Начинают собирать анамнез жизни с общебиографических сведений . Имеют значение такие данные как место рождения, известно, что некоторые болезни (например, эндемический зоб) больше распространены в одних местностях и редко встречаются в других. Далее выясняют возраст родителей больной при её рождении, родилась ли она	ВОП	ВОП

	<p>в срок, каким по счету ребенком была в семье, вскармливалась грудью или искусственно, когда начала ходить, говорить, не было ли в детстве явных признаков рахита. Большое значение для состояния здоровья имеют жилищно-бытовые условия в различные периоды жизни больной (отдельная квартира или общежитие, комната в подвале, полуподвале, санитарные условия и т.д.). Нужно установить семейное положение больной, узнать, сколько человек живет вместе с ней, их состояние здоровья, какова материальная обеспеченность семьи. Большое значение для возникновения некоторых заболеваний имеет неправильное питание. Следует выяснить, достаточно ли она спит и отдыхает, бывает ли на свежем воздухе, занимается физкультурой и спортом. Неблагоприятные условия и производственные вредности также могут способствовать возникновению ряда заболеваний. Необходимо установить, какие болезни перенесла женщина. Семейный (наследственный) анамнез – необходимо выяснить состояние здоровья родственников (родителей, братьев, сестер), что нередко помогает распознаванию заболевания. Жизнь человека неразрывно связана с окружающей средой, и возникновение болезней всегда зависит от воздействия этой среды. Вредные внешние факторы иногда могут отразиться и на потомстве, т.е. создать у детей наследственное предрасположение к болезням. Аллергологический анамнез – узнают, не было ли в прошлом, у женщины (а также у родственников) аллергических реакций на пищевые продукты (клубнику, яйца, бобовые и т.д.), какие-либо лекарственные препараты, парфюмерные изделия, цветочную пыль и т.д. Аллергические реакции могут быть крайне разнообразными – от вазомоторного ринита, крапивницы, отека Квинке до анафилактического шока;</p>		
17	<p>Тщательно собрать и изучить специальный акушерский анамнез, который содержит информацию о течении беременности, о менструальной, половой и детородной функции женщины и т.д.;</p>	ВОП	ВОП, м/с
18	<p>После расспроса ВОП, оценивая жалобы и анамнез, определяет состояние и проблемы пациентки (главные и второстепенные) для дальнейшего</p>	ВОП	ВОП

	клинического и лабораторно-инструментального исследования;		
19	Далее ВОП приступает к объективному исследованию женщины; объективное исследование (status praesens) позволяет судить об общем состоянии организма и состоянии отдельных внутренних органов и систем. Для того чтобы объективное исследование было полным и систематическим, его проводят по определенному плану. Сначала провести общий осмотр - оценку состояния сознания, положение, телосложение, осмотр головы, лица, глаз и век, носа, рта, шеи, кожи, лимфатических узлов, мышечной системы, суставов, конечностей;	ВОП	ВОП
20	Изучить состояние систем дыхания, кровообращения, пищеварения, мочеотделения, костно-суставной, лимфатические узлы, эндокринные железы и нервную систему (ВОП должен грамотно владеть навыками пальпации, перкуссии и аускультации по всем органам и системам);	ВОП	ВОП
21	Оформить предварительный диагноз ;	ВОП	ВОП
22	Определить и назначить лабораторно-инструментальные методы исследования (на уровне СП и СВП), необходимые дополнительные исследования (ряд биохимических исследований, УЗИ, рентгенография, ЭФГДС и т.д.), обеспечить контроль за выполнением;	Руководители, ВОП	ВОП, м/с
23	При необходимости определить и направить на консультацию узких специалистов (акушер-гинеколога, кардиолога, ревматолога, нефролога, уролога, гастроэнтеролога, невропатолога, психиатра, окулиста, ЛОР, кожно-венеролога, гематолога, фтизиатра, инфекциониста, онколога и т.д.), обеспечить контроль за выполнением;	Руководители, ВОП	ВОП, м/с
24	Для оформления окончательного диагноза проконтролировать полноту и качество выполнения 22 и 23 этапов обследования, уметь грамотно интерпретировать полученные результаты;	ВОП	ВОП, м/с
25	Обосновать окончательный диагноз (ЖФВ диагноз ЭГЗ устанавливают в лечебных учреждениях, основываясь на данных клинических и лабораторно-инструментальных исследований);	Руководители, ВОП	ВОП
26	В случаях обнаружения ЭГЗ для глубокого изучения данной патологии и решения вопроса о своевременной диагностике, лечении и выздоровлении должны внести	Руководители, ВОП	ВОП

	<p>свой вклад невропатологи, онкологи, педиатры, хирурги, реаниматологи, инфекционисты, дермато-венерологи и другие специалисты с последующим решением ряда задач:</p> <p>а) возможна ли беременность женщины с данным ЭГЗ;</p> <p>б) если имеется противопоказание к беременности, оно относительное или абсолютное;</p> <p>в) при ОПБ (временном противопоказании) необходимо определить, сколько времени женщина должна предохраняться от беременности;</p> <p>г) если больная женщина забеременела, сможет ли она родить, т.е. не будут ли беременность и роды угрожать жизни матери и ребенка или нужно прервать беременность;</p> <p>д) вопрос о прерывании беременности должен решаться консилиумом врачей, при котором решающее значение имеет мнение ВОП;</p> <p>е) если решено сохранить беременность, то исходя из диагноза и течения ЭГЗ, необходимо решить вопрос о рациональной госпитализации больной, в какую больницу, количество госпитализаций, принципы лечения, какие лечебно-диагностические мероприятия нужно проводить в амбулаторных условиях, учитывая различные противопоказания;</p> <p>ж) для решения вышеприведенных задач направление и тактика ВОП должны быть однозначными и одинаковыми;</p> <p>з) когда решается вопрос о пролонгировании беременности с ОПБ или АПБ, учитываются не только диагноз и течение болезни, но и возраст больной, а также число детей в семье;</p> <p>и) перед лечением беременных женщин с ЭГЗ проводится консилиум под руководством ВОП для решения вопроса о прерывании или пролонгировании беременности;</p> <p>к) в случаях пролонгирования беременности оздоровление осуществляют ВОП, в зависимости от диагноза и течения ЭГЗ больные женщины лечатся амбулаторно, в дневных стационарах или в спецотделениях больниц;</p> <p>л) ВОП должен индивидуализировать тактику ведения каждой больной исходя из противопоказаний к беременности;</p>		
27	Обеспечить повторный визит пациентки для анализа выявленных управляемых и неуправляемых	ВОП	ВОП, м/с

	факторов риска с указанием способа их коррекции;		
28	Назначить немедикаментозное и медикаментозное лечение препаратами доказанной эффективности выявленного заболевания,	ВОП	ВОП
29	Назначить дату последующего визита для повторной оценки состояния пациентки и контроля качества проводимого лечения;	ВОП	ВОП, м/с
30	Проанализировать полноту и непрерывность выполнения назначенного лечения;	ВОП	ВОП, м/с
31	Определить и информировать пациентку о частоте наблюдения ВОП, дату и количество повторных осмотров узких специалистов, наименование и частоту лабораторно-инструментальных исследований, индивидуальный план лечебно-оздоровительных мероприятий (лечебно-оздоровительные мероприятия должны быть систематизированы для достижения поставленной цели т.е. оздоровление ЖФВ с повторной оценкой состояния и определения ОПБ, АПБ);	ВОП	ВОП, м/с
32	После определения у ЖФВ ОПБ или АПБ ВОП обязан провести консультирование по репродуктивному здоровью и участвовать в индивидуальном подборе того или иного метода контрацепции без вреда для здоровья женщины; При необходимости провести беседу с супругом или родителями;	Руководители, ВОП	ВОП, м/с
33	Женщины, имеющие в результате ЭГЗ ОПБ должны, исходя из диагноза и течения болезни, применять контрацептивы от нескольких месяцев до нескольких лет под контролем ВОП;	Руководители, ВОП	ВОП, м/с
34	Женщины, имеющие в результате ЭГЗ АПБ должны постоянно использовать контрацептивные средства или при согласии пациентки провести добровольную хирургическую стерилизацию (ДХС)	Руководители, ВОП	ВОП, м/с
35	Вышеуказанные действия, фиксировать в основных документах: ф.№0.25/у , сигнальном листе, ф. № 111/у , ф. № 030/у , в соответствующих журналах регистраций ОПБ, АПБ и др.;	Руководители, ВОП	ВОП, м/с

Ежегодные профилактические осмотры ЖФВ нацелены не только для раннего выявления заболевания и оздоровления, наряду с этим при наличии ОПБ или АПБ ВОП осуществляет индивидуальный подбор того или иного метода контрацепции. При отсутствии этого консультирования у ЖФВ, имеющих ОПБ или АПБ повышается вероятность беременностей и рождение больных детей, а также материнских смертей.

Консультирование по вопросам контрацепции

Консультирование по вопросам контрацепции способствует:

- принятию пациенткой решений, обеспечивающих репродуктивное здоровье и планирование семьи;
- полному информированию и правильному выбору метода контрацепции;
- правильному и безопасному использованию выбранного метода;
- преодолению страхов и принятию адекватных решений в случаях появления каких-либо проблем;

Консультирование предполагает беседу, обмен информацией и предоставление помощи, необходимой пациентке. Это сложная процедура, она требует от ВОП специальной подготовки. ВОП должен внимательно выслушать пациентку и за относительно короткое время ответить на все интересующие его вопросы.

Консультирование состоит из ряда элементов, направленных на решение следующих задач:

- удостовериться, что пациентка владеет четкой и достоверной информацией, необходимой для принятия обоснованных решений;
- оказать пациентке помощь в разумном использовании информации применительно к своей ситуации;
- помочь пациентке взять на себя ответственность за принятие своих собственных решений в отношении репродуктивного здоровья;
- проявить позитивизм, открытость, толерантность, тактичность во время общения с пациенткой;
- установить отношение доверия, уважения между пациенткой и медработником;
- соблюдать права пациентки, обеспечить конфиденциальность информации;
- выявить возможные препятствия для проведения эффективной консультации;
- установить двухстороннее общение между пациенткой и медработником;
- обеспечить поступление информации от пациентки к медработнику и наоборот;
- осознать важность невербального общения;
- предоставить полную информацию обо всех методах контрацепции;
- оказать помощь пациентке в правильном использовании избранного метода контрацепции;
- научить пациентку выстраивать проблемы по мере их важности в данной жизненной ситуации;
- при необходимости провести консультирование с супругом или родителями пациентки;

- при определении у ЖФВ абсолютных противопоказаний к беременности предложить пациентке добровольную хирургическую стерилизацию (ДХС).

ДХС – это хирургический метод блокирования маточных труб женщины и семявыводящих протоков мужчины (вазэктомия). Это высокоэффективный постоянный метод контрацепции. Коэффициент контрацептивной неудачи составляет 0,5 беременностей на 100 женщин в год и 0,1-0,15 – для вазэктомии.

Добровольная женская хирургическая стерилизация

Механизм действия

Осуществляется посредством блокирования проходимости маточных труб посредством перевязки и пересечения, диатермокоагуляции, наложения колец и зажимов, которые препятствуют доступу сперматозоидов в ампулярную часть маточной трубы и делают оплодотворение невозможным.

Преимущества

- Высокоэффективный метод контрацепции, не зависящий от пользователя;
- Обеспечивает надёжную и окончательную контрацепцию;
- Дешёвый метод, защищающий от беременности на весь оставшийся репродуктивный период жизни;
- Не вызывает долгосрочных побочных эффектов;
- Это несложная хирургическая процедура, может быть проведена в амбулаторных условиях;
- Не влияет на количество и качество материнского молока;
- Защищает от рака яичника.

Недостатки

- Это необратимый метод, следовательно, фертильность невозможно восстановить;
- Изредка могут возникнуть осложнения, связанные с операцией или анестезией;
- Со временем пациентка может пожалеть о сделанном выборе в пользу стерилизации;
- Не защищает от инфекций передающихся половым путём;
- Сразу после операции пациентка может почувствовать физический дискомфорт;
- Операцию может выполнить только подготовленный медицинский персонал.

Побочные эффекты

- В случае стерилизации посредством лапараскопии, пациентка может почувствовать дискомфорт, вызванный оставшимся в брюшной полости газами;

- Постоперационный дискомфорт в области раны – боли, инфильтрация раны.

Осложнения

- Инфекционные – очень редко инфицированные раны и перитонит;
- Кровотечения;
- Аллергии, в особенности на медикаменты, использованные для анестезии;
- Летальный исход (риск минимальный).

Кто может использовать данный метод?

- Женщины, родившие желаемое количество детей и не желающие иметь других;
- Женщины, страдающие тяжелыми заболеваниями, для которых беременность и роды представляют опасность для жизни и здоровья;
- Женщины, которые не хотят или не могут использовать гормональную контрацепцию или другие методы контрацепции;
- Семьи, которые могут передать своим детям генетические заболевания.

Кто не может использовать данный метод?

- Пары, которые не уверены в том, что больше не хотят иметь детей;
- Пациентка, которая очень эмоционально воспринимает идею стерилизации;
- Молодые пары;
- Женщины, страдающие острыми абдоминальными или генитальными инфекциями;
- Беременные женщины;
- Женщины, с послеродовой септицемией, травмами, кровотечениями, эклампсией (стерилизация недопустима до окончания лечения);

Способ осуществления

В зависимости от момента осуществления процедуры, женская стерилизация может быть проведена после родов, после аборта и просто по желанию так например, интервальная стерилизация или при наличии абсолютных противопоказаний к беременности.

ДХС проводится под местной или общей анестезией. После родов её можно сделать в течение первых 7 дней, желательно в первые 48 часов. Если стерилизация не была сделана в течение первых 48 часов (7 дней), её можно отложить на срок после 6 недель.

После аборта стерилизацию следует сделать в течение первых 7 дней при отсутствии признаков инфекции. Интервальную стерилизацию необходимо провести в течение первых 6-13 дней менструального цикла, чтобы исключить возможность беременности.

Инструкции для пациенток

- Прежде чем пройти процедуру стерилизации, необходимо обсудить это в семье и быть уверенными в том, что вы больше не хотите иметь детей;

- Вы должны знать, что после хирургической стерилизации вы больше не сможете иметь детей;
- Вы выбираете, каким образом будет проведена операция хирургической стерилизации – под местной или общей анестезией, методом минилапаротомии или лапараскопии;
- Необходимо снова обратиться к врачу, если после выписки из больницы, у вас повысится температура, слабость, бледность кожных покровов, боли в животе.

Добровольная мужская хирургическая стерилизация

Состоит из блокирования семявыводящих протоков у мужчин с целью предупреждения нежелательной беременности у женщины.

Преимущества

- Это постоянный, высокоэффективный метод;
- Не нарушает половую функцию;
- Простая, легко выполняемая операция;
- Не имеет серьезных побочных эффектов и осложнений;
- Низкая стоимость;
- Не прерывает половую деятельность.

Недостатки

- Не защищает от инфекций передающихся половым путём;
- Не обеспечивает немедленной защиты от беременности, в течение последующих 3-х месяцев после операции или при последующих 20 эякуляциях в сперме еще будут сперматозоиды;
- Это постоянный, необратимый метод;
- Спустя 3 месяца необходимо сделать спермограмму партнёра, возможно, её нужно будет повторить;
- Сразу после операции у пациентов может быть дискомфорт.

Побочные эффекты

- Местный дискомфорт после операции (отёчность и местные боли);
- Местная аллергия на обезболивающее средство.

Осложнения

- Осложнения, вызванные общей анестезией (её используют по настоянию пациента);
- Гематомы;
- Местная инфекция;
- Гранулема.

Кто может использовать вазэктомию?

- Мужчины, желающие использовать эффективный и постоянный метод контрацепции;
- Мужчины, чьи партнерши страдают заболеваниями, при которых беременность и роды представляют опасность;

- Мужчины, которые не хотят больше иметь детей;
- Семьи, в которых существует опасность передачи по наследству генетических заболеваний.

Кто не может использовать вазэктомию?

- Мужчины, которые не уверены в том, что не хотят больше иметь детей;
- Мужчины с острыми инфекциями в области мошонки;
- Мужчины с общей острой инфекцией, например грипп;
- Мужчины в состоянии аффекта.

Инструкции для пациента

- Если вы выбрали вазэктомию, вы должны быть уверены, что не хотите больше иметь детей;
- Перед операцией вас попросят подписать информированное согласие;
- Вы можете отказаться от операции в любой момент, даже перед самым её началом;
- Вы сами выбираете метод стерилизации – безкальпельная вазэктомия или обычный способ;
- Вы также выбираете способ анестезии;
- В первые дни после операции у вас может появиться местный отёк и боли, которые исчезнут без лечения в течение нескольких дней;
- На протяжении первых двух дней после операции вам следует воздерживаться от каких-либо физических усилий и от половых связей;
- Следующие 3 месяца, или 20 эякуляций будут фертильными. На протяжении этого периода вы должны будете использовать дополнительный метод контрацепции;
- Чтобы убедиться, что эякулят не содержит сперматозоидов, вы можете сделать спермограмму;
- Через 4-6 недель после стерилизации следует пройти медицинское обследование, но вы можете обратиться к врачу в любое время, если у вас возникнут вопросы или проблемы.

Виды индивидуального консультирования

1. **Индивидуальное первичное консультирование** – это консультирование, во время которого пациентке предлагается описание всех методов контрацепции, для того чтобы помочь ей выбрать самый подходящий.
2. **Индивидуальное консультирование по конкретному методу** – имеет место тогда, когда пациентка получает рекомендации по одному конкретному методу контрацепции.
3. **Индивидуальное вторичное консультирование** - имеет место тогда, когда врач и медицинская сестра обсуждают с пациенткой опыт использования избранного метода.

Этапы индивидуального консультирования

I. Встаньте и первым поприветствуйте пациентку

- Приветствие должно быть открытым и искренним, смотрите пациентке в лицо, установите визуальный контакт, улыбайтесь, если приемлемо в данном случае. Приветствие и улыбка в первые 20 секунд помогут установить приятную атмосферу на время консультации.
- Обратите на пациентку все свое внимание. Если вы в данный момент заняты, извинитесь и попросите подождать, хотя лучше сразу отложить все дела. Не следует заполнять различные документы, говорить по телефону, общаться с другими людьми, когда у вас в кабинете находится пациентка. Будьте любезны, дружелюбны и проявите уважение.
- Выясните, чем можете помочь. Помните, во время одной консультации вы можете решить не более одной проблемы. Если вы не компетентны в проблеме пациентки, порекомендуйте нужного специалиста.
- Обеспечьте конфиденциальность беседы. Объясните пациенту, как заполняются и хранятся документы в вашем медицинском учреждении, расскажите, кто и в каком случае может иметь доступ к его медицинской карте. Сообщите о возможности анонимного тестирования.
- Если есть необходимость клинического осмотра или других обследований, предупредите об этом пациентку заранее.
- Не беседуйте с пациенткой в присутствии посторонних, даже если это ваши коллеги!

II. Узнайте причину визита

- Будьте тактичны и вежливы, задавая вопросы о репродуктивном здоровье пациентки.
- Не забывайте, что речь всё же идет об интимной жизни человека.
- Задавайте открытые вопросы, предполагающие обстоятельные ответы.
- Избегайте закрытых вопросов, вопросов, подсказывающих ответ, и начинающихся со слова «почему?».
- Узнайте у пациентки, каково мнение её партнера о её репродуктивном здоровье.
- Помогите пациентке выразить свои:
 - чувства;
 - желания;
 - тревоги;
 - проблемы;

- вопросы.

- Во время беседы обратите внимание на «язык тела» (движения, позу) пациентки.
- Расспросите пациентку об её опыте, об использовании контрацептивов, об абортах, об инфекциях передающихся половым путем (ИППП). Задавайте простые, открытые и короткие вопросы. Не стесняйтесь обсуждать эти темы, но в тоже время будьте тактичны. Объясните пациентке, с какой целью вы спрашиваете о тех или иных деталях.
- Сделайте всё, чтобы получить у пациентки всю необходимую вам информацию, но при этом не давите на него, не торопите. Используйте в беседе доступные, простые и понятные для пациента слова и вопросы.
- Поинтересуйтесь её планами на ближайшее будущее: хочет ли она ребенка, или хочет отсрочить беременность, увеличить промежуток времени между рождением детей.
- Слушайте очень внимательно и следите за тем, кто руководит дискуссией! Проследите, сколько времени говорите вы, и сколько говорит пациент. Если вам не ясен какой-либо момент, уточните у пациента всё, что необходимо для создания полной картины.
- Проявляйте интерес и понимание на протяжении всей беседы, поддерживайте визуальный контакт, но не фиксируйте взгляд на пациентке, так как это создаёт чувство дискомфорта.
- Демонстрируйте искренний интерес при помощи нескольких методов невербальной речи: слегка наклоните голову, туловище. Также хорошо во время речи пациентки время от времени вставлять фразы типа: *«Да..., Я вас понимаю..., Хорошо...»*.
- Не осуждайте пациента и не говорите о том, как бы вы поступили, будучи на его месте. Будьте терпимы, принимайте вещи такими, какие они есть. Помните, что ей не нужна оценка её поведения, советы или готовые рецепты. Пациентке нужна поддержка и помощь в решении его проблемы.
- Помогите пациентке принять решение.
- Попросите пациентку предоставить вам необходимую информацию для заполнения медицинской документации (карточки, журналы). Объясните, что эти данные необходимо фиксировать для долгосрочного наблюдения за состоянием её репродуктивного здоровья.

III. Предоставьте пациентке нужную, точную и правильную информацию о методах контрацепции

- Пациентка должна знать все о методах контрацепции и их эффективности, механизме действия, преимуществах и недостатках, показаниях и противопоказаниях, побочных эффектах, осложнениях,

методах использования, стоимости, о месте, где можно приобрести или получить бесплатно контрацептивы.

- Способствуйте информированному выбору пациенткой метода контрацепции. Объясните, что она может выбрать любой метод контрацепции, но все же необходимо учитывать определенные медицинские ограничения и критерии выбора.
- Информацию следует давать последовательно, дозированно. Если вы за короткое время предоставите слишком много сведений, пациентка не сможет их усвоить. Структурируйте информацию: осветите сначала наиболее важную часть, а уже затем – детали. Было бы хорошо, чтобы до индивидуальной консультации пациентка приняла участие в групповой информационной встрече.
- Информацию нужно персонализировать. Уточните, правильно ли вы поняли планы пациентки на будущее и согласна ли с этими планами ее партнер. Поговорите о конкретных сроках использования метода контрацепции.
- Когда пациентка выбирает метод:
 - узнайте, какой метод она предпочитает, и почему она выбрала именно этот метод;
 - объясните, каковы относительные медицинские противопоказания, обсудите, какие из них можно избежать или устранить. Н/р, если женщина курит, уточните, сможет ли она уменьшить число выкуриваемых за день сигарет;
 - узнайте, что пациентке известно о выбранном методе, чтобы убедиться, что он может правильно его использовать;
 - тактично исправьте неправильную информацию. Если женщина упустила какую-либо деталь или неправильно что-нибудь поняла, изложите правильную информацию ещё раз. Проверьте, хорошо ли вас поняли;
 - расскажите об эффективности, механизме действия, преимуществах и недостатках метода, побочных эффектах и о возможных осложнениях при использовании выбранного метода контрацепции. Объясните, что появление побочных эффектов не требует прекращения использования контрацептивного метода, так как они исчезнут сами по себе за короткое время;
 - расскажите пациентке о новых методах контрацепции, которые могли бы заинтересовать его позже;
 - даже если пациентка знает, каким методом воспользуется, кратко расскажите ей и о других возможных методах контрацепции;
 - уточните, желает ли она узнать больше;
 - воспользуйтесь иллюстративными материалами, брошюрами, образцами контрацептивных средств. Иллюстративные материалы помогут пациентке лучше понять, как правильно использовать выбранный метод контрацепции.

IV. Помогите пациентке принять решение:

- Объясните пациентке, что выбор за ней. В качестве эксперта представьте ей всю необходимую информацию, но не принимайте за нее решение.
- Иногда не обязательно выбирать метод сразу. Дайте пациентке время подумать.
- Помогая ей выбрать правильный метод, попросите ее учесть и свои планы на будущее.
- Помогите пациентке понять плюсы и минусы выбранного метода.
- Обязательные вопросы: *Кормите ли вы грудью? Планируете ли вы иметь ещё детей? Есть ли у вас другие партнеры? А у вашего партнера?*
- Узнайте мнение обоих партнеров о методах контрацепции. Принятое решение не должно навредить отношениям между ними.
- Настаивайте на уяснении важных моментов, повторите главную информацию.
- Объясните, каковы медицинские ограничения в использовании определенных методов.
- Если пациентка неуверенна, что принимает правильное решение, предоставьте ей информацию о других методах контрацепции.
- После этого уточните, уверена ли она в своем выборе на этот раз. Узнайте, что она решила. Подождите ответа, не торопите её.

V. После того, как пациентка сообщит вам о своем решении:

- Представьте ей метод, который выбран. Объясните, и по возможности продемонстрируйте правильный способ применения метода.
- Если у вас нет этого контрацептива, скажите пациентке где, когда и как она может его приобрести.
- Не принимайте решений клиента, принятых в состоянии аффекта.
- Опишите способ использования выбранного метода.
- Объясните устно и дайте пациентке инструкции в письменной форме.
- Назовите возможные побочные эффекты и объясните как следует реагировать при их появлении.
- Сообщите пациентке, когда следует снова посетить врача для осмотра или для консультации. Предупредите, что она может обратиться к врачу в любое время, если необходимо что-либо уточнить или убедиться, правильно ли она поступает.
- Расскажите, каковы признаки возможных осложнений и что должна делать пациентка в этом случае.
- Попросите пациентку повторить полученную информацию, чтобы убедиться, что вы поняты правильно.

- Предложите пациентке буклеты, брошюры о выбранном ей методе контрацепции.
- Расскажите о возможных рисках при беспорядочном использовании избранного метода; объясните, при каких условиях эффективна срочная контрацепция.
- Попросите пациентку прийти к вам при появлении неприятных ощущений.

VI. Повторный визит

- Прежде всего, убедитесь, что пациентка правильно использует избранный метод контрацепции.
- Узнайте, нуждается ли пациентка в дополнительных разъяснениях.
- Уточните, удовлетворена ли пациентка избранным методом, не было ли побочных реакций или ощущения дискомфорта во время использования метода.
- Помогите пациентке решить возникшие проблемы.
- Убедитесь, что все в порядке и нет необходимости в перемене метода.
- Если у пациентки есть проблемы со здоровьем, предложите ей пройти необходимое медицинское обследование.
- Если пациентка недовольна контрацептивом, который был выбран, предложите ей другие методы контрацепции, предоставляя одновременно всю необходимую информацию о их правильном и безопасном использовании.
- Если пациентка просит удалить ВМС (внутриматочное средство), запланируйте время его извлечения.
- Если пациентка хочет ребенка, обеспечьте все необходимые дородовые консультации.

Навыки и техника консультирования

Для эффективного консультирования медицинский работник должен владеть специальной техникой и навыками.

ВОП, проводящий консультирование, должен:

- уметь адаптироваться к любому собеседнику;
 - обладать навыками вербального (то, что мы выражаем словами) и невербального (то, что мы выражаем языком жестов, тела, взглядов и движений) общения;
 - уметь дозировать информацию, передаваемую пациенту;
 - уметь правильно формулировать рекомендации.
- Вербальное общение требует умения **формулировать открытые вопросы**. Они направлены на то, чтобы:
- облегчить общение, сделать его открытым;

- получить информацию о пациентке;
- лучше узнать пациентку;
- помочь пациентке лучше узнать себя;
- понять чувства и состояние пациентки;
- проверить знания пациентки;
- помочь пациентке яснее понять свою проблему;
- подсказать или открыть новые пути подхода к проблеме;
- помочь пациентке понять свои чувства;
- помочь пациентке в принятии решения;
- убедиться, что пациентка довольна предоставленными ей услугами.

Основное правило общения предполагает соразмерность между обоими элементами общения.

Невербальная речь содержит следующие компоненты:

Визуальный контакт

Открытый взгляд. Внимание! Взгляд должен быть направлен не выше головы пациентки, но и не ниже уровня её глаз, не на тело и не нижние конечности и т.д.

Язык тела

- Врач и пациентка должны находиться на некотором расстоянии друг от друга.
- Тело врача слегка наклонено к пациентке.
- Жесты подчеркивают, утверждают то, что сказано словами, передают чувства.
- Открытое выражение лица указывает на интерес к пациенту.

Речь

- Скорость и громкость речи.
- Интенсивность.
- Тон.
- Тембр речи.
- Ударение.
- Паузы.

Эффективное общение требует способности ***активного слушания***, которое еще называется рефлексивным или интерактивным (основанным на участии). Такое слушание:

- дает пациентке понять, что ее слушают с интересом, и стимулирует ее говорить дальше;
- формирует атмосферу доверия и безопасности;
- является больше, чем просто слушанием.

Активное слушание:

- сфокусировано на чувствах пациентки;
- выражает уровень заинтересованности врача и нацелено на то, чтобы:

- помочь пациентке понять реакцию, отношение врача к той или иной проблеме или ситуации и побудить её говорить о них;
- заверить пациентку в искреннем желании врача помочь ей;
- показать пациентке, что ее слушают, следят за ходом ее мыслей и ее правильно понимают;
- помочь пациентке выявить и яснее понять собственные проблемы;
- помочь пациентке почувствовать уверенность в себе.

Слушатель:

- **не осуждает** (никто не дает ему на это право);
- **не критикует** (так как это вызывает защитную реакцию, порождает оправдания, блокирует общение);
- **не спрашивает ПОЧЕМУ** (у каждого человека свои мотивы поступать тем или иным образом);
- **не комментирует**;
- **помогает** говорящему разобраться в собственных чувствах,

Активное слушание способствует созданию атмосферы обоюдного доверия, безопасности и комфорта.

Как понять, что тебя слушают? Вот несколько признаков:

- Визуальный контакт не вызывает неприятных ощущений.
- Собеседник периодически говорит: *да, мда, ага, хорошо и т.д.*
- Собеседник кивает головой.
- Собеседник улыбается и одобряюще жестикулирует.
- Тело собеседника слегка наклонено вперед, чтобы выразить внимание и т.д.

Обратная связь

Обратная связь, которую еще называют **отражением**, представляет собой метод общения, посредством которого передаются или принимаются реакции на определенное поведение, на слова, поступки и т.д. Это отражение является взаимным, поэтому оно действительно как для пациента, так и для врача или медицинской сестры.

Общие правила:

1. Обратная связь:

- должна осуществляться в соответствующее время, т.е. сразу, безотлагательно;
- должна быть адресована собеседнику, а не третьему лицу;
- может быть выражена словами: *я заметила, я думаю, я чувствую*;
- должна выражаться в пределах разумного (реакций должно быть не слишком много и не слишком мало), чтобы быть полезной;
- должна быть направлена на поведение того кому адресована;
- внимание должно быть сфокусировано на том, что можно изменить или улучшить.

2. Обратная связь предполагает ответы на вопросы: *Что? Как? И не требует объяснений – Почему?*

3. Обратная связь не содержит суждений, приговоров и советов (это свело бы на нет эффект консультации);

4. Обратную связь нужно принимать:

- просто выслушивая (если обратная связь порождает различные реакции, то это уже не обратная связь);
- не требуя оправданий и объяснений;
- вопросы следует задавать только для того, чтобы точнее понять ситуацию или проблему.

Повод для применения обратной связи

Обратная связь:

- обязывает вас внимательно слушать;
- показывает, что вы внимательно слушаете;
- позволяет пациенту поправить вас, если вы неверно поняли проблему;
- помогает вам понять то, что говорит пациент, и стимулировать его продолжать разговор;
- убеждает пациента в необходимости новой, нужной ему информации.

Перефразирование

Перефразирование – значит переформулировать уже переданную информацию в более доступной для пациента форме. Этот прием помогает врачу проверить, правильно ли его поняли и правильно ли понял он своего собеседника. *Если я правильно понял, вы хотите сказать, что...* - это хороший пример перефразирования. Важно, чтобы пациентка почувствовала, что врач понимает его переживания и проблемы. Включаясь в диалог, используйте фразы типа: *Это заставило вас почувствовать ...?*

Во время консультирования рекомендуется возвращаться к обсуждению определенной информации, темы, аспектов ситуации, для того чтобы пациент сконцентрировался на самом важном.

Конкретизация

Конкретизация – это процесс, позволяющий правильно и в полной мере понять ситуацию, а также определить проблему, выяснить чувства и т.д.

Техника выяснения:

- использование открытых вопросов;
- утверждения следует дозировать и адаптировать к собеседнику.

Для того чтобы **лучше понять проблему** пациента рекомендуется задавать вопросы типа: *Вы могли бы объяснить...? Вы могли бы уточнить...? Что вы думаете о ...? Вы это хотите сказать...? Как вы себя из-за этого чувствуете...? Что это...для вас значит?* и т.д.

Способность конкретизировать помогает в сборе существенной информации, необходимой для того, чтобы дать правильные рекомендации.

Чувства

Чувства, отношения, выраженные или пережитые во время консультирования по проблемам, связанные с репродуктивным здоровьем, с планированием семьи, стиль построения отношений и общения (открытого,

толерантного и информированного), доверие и эмпатия (сочувствие, сопереживание) **определяют атмосферу** во время консультирования.

Ответственность за создание атмосферы во время консультирования в рамках услуг по планированию семьи несет исключительно персонал учреждения.

Одним из основных условий успешного консультирования является **конфиденциальность**.

Техника создания необходимой атмосферы во время консультирования:

- советы, а не указания;
- сдержанность в проявлении чувств и эмоций;
- мотивация пациента говорить и действовать;
- краткость и пристойность речи;
- толерантность (терпимость);
- доступность, выраженная в благожелательном отношении к пациентке;
- уважительное отношение к пациентке на протяжении всей консультации;
- тактичность, неприемлемость осуждения, юмора в неприятные, тяжелые для пациентки моменты;
- приводя примеры, не называйте конкретных имен;
- атмосфера создает условия, в которых пациентка может получить ответы на все волнующие ее вопросы, проблемы.

Создание положительной атмосферы предполагает, прежде всего, соблюдение прав пациентки в сфере планирования семьи (ПС).

Права пациента в сфере планирования семьи

Каждый пациент, независимо от пола, возраста, расы, этнической принадлежности, вероисповедания, социального, материального, профессионального, экономического статуса и т.д. имеет право на:

Информацию – право на информацию о ПС, услугах, методах и т.д.;

Выбор – право на принятие без принуждения решения о ПС и о том, какими методами предохранения и когда он воспользуется;

Доброжелательность – право на доброжелательную атмосферу, независимо от необходимых услуг;

Достойное отношение – право на уважительное отношение и интерес;

Длительный уход – право на получение информации о контрацепции и консультирование столько времени, сколько пациент этого хочет или сколько ему/ей это необходимо;

Доступ – право на качественные услуги независимо от пола, возраста, расы, вероисповедания, этнической принадлежности и т.д.;

Безопасность – право на безопасное ПС;

Конфиденциальность – право на сохранение в секрете личной информации;

Комфорт – право чувствовать себя комфортно независимо от предоставляемых услуг;

Собственное мнение – право на выражение своего мнения о предоставляемых услугах.

Возможные преграды для эффективного консультирования

Из преград на пути к эффективному консультированию можно назвать следующие:

- Пациент чувствует себя некомфортно, обсуждая ту или иную проблему;
- Пациент не понимает определенных ценностей и убеждений;

Понимание значения ценностей и убеждений очень важно для эффективности любой консультации. Отношение к чему-либо предполагает выражение собственных ценностей. Отношения и поведение человека являются результатом его системы ценностей. Эффективное консультирование предполагает понимание и мотивацию поведения пациента.

- Отсутствие навыков эффективного общения;
- Отсутствие навыков консультирования.

Компоненты, способствующие установлению положительных межличностных отношений между врачом и пациентом

Межличностное общение между врачом и пациентом предполагают:

- выявление и уточнение потребностей;
- вербальное общение, сопровождаемое невербальными посланиями;
- диалог;
- приятную, комфортную обстановку;
- оценку душевного состояния пациента;
- поддержку, похвалу за то, что пациент уже сделал, делает и еще сделает;
- оправдание пациента;
- эмпатию;
- сопереживание;
- повторение;
- поддержку;
- доверие.

Процесс консультирования

Обсуждая с пациентом возможности контрацепции, медицинский работник должен предоставить краткую информацию обо всех методах контрацепции. Это правило следует соблюдать и в тех случаях, когда пациент уже знает, какой метод он хочет использовать.

Критерии выбора метода контрацепции

Клиент сам выбирает метод контрацепции, но только после консультирования с врачом. Во время консультирования врач должен, прежде всего, рассказать о всех достоинствах и эффективности каждого метода.

Эффективность метода определяется Индексом Перла, который определяется по числу беременностей на 100 женщин, использовавших данный метод в течение одного года. На сегодняшний день нет ни одного метода контрацепции с Индексом Перла «ноль». Если индекс до «1», метод считается очень эффективным. Если индекс варьирует от «2» до «9», метод считается эффективным, а если показатель от «10» до «30» - это малоэффективный метод.

Таблица № 5

Эффективность методов контрацепции

Метод	Индекс Перла при правильном использовании	Индекс Перла при обычном использовании
Комбинированная оральная контрацепция	0,1	6 – 8
Комбинированная инъекционная контрацепция	0,1 – 0,4	0,1 – 0,4
Таблетки с прогестагеном (мини-пили)	0,5	1,0 – 10,0
Инъекционная контрацепция с прогестагеном	0,3	0,3
Импланты	0,1	0,1
Внутриматочные средства	0,5	0,5 – 0,8
Женская хирургическая стерилизация	0,2 – 0,4	0,2 – 0,4
Мужская хирургическая стерилизация	0,1 – 0,15	0,1 – 0,5
Метод лактационной аменореи	0,5	1,0 – 2,0
Презервативы	2,0	12,0
Спермициды	3,0	21,0
Естественные методы	9,0	20,0

Из предложенной выше таблицы можно сделать вывод, что у методов, не зависящих от пользователя, существует незначительная разница между Индексом Перла при правильном использовании и при обычном

использовании. В случае методов, требующих внимания или ответственности со стороны пользователя, разница достаточно большая (гормональные таблетки, презервативы, естественные методы).

Побочные эффекты

Побочные эффекты контрацептивов могут присутствовать в течение первых 2-3-х месяцев использования. Они не представляют опасности для здоровья или жизни женщины и не требуют прекращения использования метода. Первые 2-3 месяца являются периодом адаптации организма к контрацептиву, и женщине иногда просто понадобится консультирование врача для уменьшения побочных эффектов.

Осложнения

Осложнения могут появиться после длительного периода использования контрацептивов. Иногда они могут ставить под угрозу здоровье женщины, поэтому в таких случаях необходимо отказаться от этого метода. Детальный осмотр пациентки поможет избежать некоторых осложнений. В процессе консультирования пациентку необходимо проинформировать о признаках возможных неотложных состояний.

Неконтрацептивные положительные эффекты

При использовании методов контрацепции могут быть и положительные эффекты для здоровья женщины или пары. Например, КОК снижает количество потерянной крови во время менструации, уменьшает или исключает менструальные боли, предотвращает появление некоторых форм опухолей. Барьерные методы снижают риск инфекций, передающихся половым путем. В процессе консультирования следует проинформировать пару об этих положительных эффектах контрацептивов.

Обратимость

Обратимость – это восстановление фертильности после прекращения использования метода контрацепции. Это очень важно, особенно для молодых пар и тех, кто хочет иметь еще детей. Женская и мужская хирургическая стерилизация – это единственный метод, который почти полностью подавляет способность к воспроизводству. ВМС увеличивает риск воспалительных заболеваний органов малого таза, поэтому этот метод не рекомендуется нерожавшим женщинам. Депо-Провера (инъекционный контрацептив) может задержать восстановление фертильности на 6-9 или более месяцев и создать проблемы женщинам, планирующим беременность.

Доступность

Контрацептивы должны быть доступны в любое время в аптеках или в кабинетах планирования семьи.

Личные мотивы

Личные мотивы, определяющие выбор метода контрацепции, могут быть: взаимоотношения пары, уровень культуры, религиозные ценности, планы на будущее, связанные с рождением детей, опыт использования контрацептивов и т.д.

При первичном консультировании по вопросу выбора метода контрацепции следует обсудить все эти критерии, чтобы пациенту было легко сделать выбор подходящего метода.

Оценивая вышеизложенное можно предполагать, что повышение качества оказания профилактической помощи ЖФВ с соблюдением рекомендаций и этапности медицинских осмотров, их детализация позволят ВОП улучшить эффективность оказания медико-санитарной помощи населению на уровне ПЗЗ, гарантируя в будущем:

- своевременное выявление больных женщин и их оздоровление;
- предупреждение рождения больных, ослабленных детей и детей-инвалидов;
- предупреждение нежелательной беременности;
- снижение материнской, детской заболеваемости и смертности;
- повышение информированности населения о возможностях формирования здоровой семьи;
- сохранение и улучшение здоровья женщин и детей;
- создание здоровой семьи.

Что в свою очередь, позволит сохранить здоровье семьи, обеспечит возможность воспроизводства здорового поколения и сохранение генофонда нации.

Данная методическая рекомендация позволит врачам общей практики и студентам выпускных курсов медицинских ВУЗов, для совершенствования и повышения качества ежегодных профилактических осмотров, добавить более углубленный, грамотный и поэтапный подход к медицинскому осмотру ЖФВ с применением навыков консультирования по вопросам репродуктивного здоровья.

Использованная литература:

1. Г. Бивол, Т. Буздуган, Б. Гылка и др. / Репродуктивное здоровье / практическое пособие для семейных врачей и медицинских сестер, Молдова, 2005 г.
2. Т.Ч. Чубаков, Б.С. Джузенова /Сборник избранных лекций по актуальным вопросам семейной медицины/ Бишкек, 2003 г.
3. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н. /Акушерство / Москва, «Медицина»,1979 г.
4. Приказ № 770 от 30.05.1986 г. /О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения/, Москва, 1986 г.
5. Ш.И. Каримов, А.Г. Гадаев /Экстрагенитальные заболевания и беременность/ пособие для врачей, Ташкент, 1998 г.
6. Приказ № 423 Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 15.09.1994 г.
7. Приказ № 565 Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 14.12.1994 г. /В целях улучшения организационно-медицинских мероприятий и усиления активности всех терапевтов в оздоровлении женщин фертильного возраста и беременных женщин в Республике/.
8. Приказ № 485 Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 11.09.2000 г. /О комплексе мер по формированию оптимального состава семьи, её оздоровления и профилактики заболеваний в каждой патронируемой семье/.
9. Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП – 1096 от 13.04.2009 г. /О дополнительных мерах по охране здоровья матери и ребенка, формирование здорового поколения, а также в целях проведения разъяснительной работы среди населения для повышения осведомленности по вопросам формирования здоровой семьи и воспитания здоровых детей, оказания практической и методической помощи специалистам первичного звена здравоохранения для обеспечения рождения здорового поколения, укрепления здоровья женщин фертильного возраста, подростков и детей/.
10. Приказ № 115 Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 16.04.2009 г.
11. Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП - 1144 от 01.07.2009 г. /О программе мер по дальнейшему усилению и повышению эффективности проводимой работы по укреплению репродуктивного здоровья населения, рождению здорового ребенка, формированию физически и духовно развитого поколения на 2009-2013 гг./.

Предлагаем, для повышения качества диспансеризации взрослого населения, в том числе и ежегодных профилактических осмотров женщин фертильного возраста врачам общей практики при сборе анамнеза применять и заполнять анамнестическую анкету, которая позволит выявить ряд заболеваний и патологических состояний у пациентов, имеющих проблемы со здоровьем.

АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ АНКЕТА

(применяется и заполняется врачом общей практики или обученной медсестрой общей практики при проведении ежегодных профилактических осмотров женщин фертильного возраста)

дата обследования: год _____ месяц _____ число _____

Ф.И.О. пациента _____

Номер медицинского документа в СП или СВП _____

Домашний адрес: _____

Ф.И.О. врача общей практики _____

Органы и системы	Перенесенные заболевания	Да	Нет
Болезни органов кровообращения	Острый инфаркт миокарда		
	Гипертоническая болезнь		
	Хроническая ишемическая болезнь сердца		
	Тромбофлебит		
	Варикозное расширение вен		
	Ревматизм		
	Другие		
Хронические заболевания легких	Бронхит		
	Пневмония		
	Эмфизема легких		
	Бронхиальная астма		
	Туберкулёз		
	Другие		
Заболевания желудочно-кишечного тракта	Язвенная болезнь желудка и 12-перстной Кишки		

	Хронический холецистит		
	Другие		
Эндокринные заболевания	Сахарный диабет		
	Диффузно-токсический зоб		
	Гипотиреоз		
	Другие		
Заболевания нервной системы	(указать какие)		
Болезни почек	(указать какие)		
Нарушение слуха	(указать какое)		
Нарушение зрения	Глаукома		
	Другие		
Операции	На щитовидной железе		
	На придаточных пазухах носа		
	Удаление миндалин		
	На глазах		
	На органах грудной клетки		
	На органах брюшной полости		
	Другие операции		
Травмы и ушибы	Головы		
	Позвоночника		
	Конечностей		
	Другие травмы и ушибы		
	Жалобы пациентов		
Основные	<ul style="list-style-type: none"> • Головная боль 		
	Головокружение		
	Шум в голове		
	Нарушение памяти		
	Слабость или паралич мышц рук, ног, лица		
	Временное нарушение речи		
	Непродолжительное нарушение зрения на один или оба глаза		
	Кратковременная потеря сознания		
	Дрожание рук, ног, головы, неустойчивость, пошатывание		
	<ul style="list-style-type: none"> • Снижение зрения 		
	Боль в глазах		
	Выделения из глаз		
	Быстрая утомляемость глаз		
	Радужные круги перед глазами		
	<ul style="list-style-type: none"> • Частые насморки 		
	Ангины		
	Бронхиты		
	Воспаление легких		
	Длительная и периодическая охриплость		
	Нарушение обоняния		
	Наличие отделяемого из ушей		
	Снижение и длительное понижение слуха		

	Наличие шума в ушах или чувство заложенности		
	• Кашель постоянный		
	Выделение при кашле мокроты		
	Одышка при подъеме		
	Приступы удушья или ощущение нехватки воздуха		
	Кровохарканье		
	Повышение температуры по вечерам		
	• Неприятные ощущения в грудной клетке		
	Чувство сдавления или тяжести		
	Боль в области сердца		
	Боль в области грудины		
	Боль в области левой руки		
	Боль под левой лопаткой при ходьбе		
	Боль под левой лопаткой в покое		
	Сердцебиение		
	Перебои		
	Одышка		
	• Общая слабость		
	Ухудшение аппетита		
	Тошнота		
	Рвота		
	Отрыжка		
	Изжога		
	Горечь во рту		
	Похудание		
	Запоры		
	Поносы		
	Желтуха		
	Зуд кожи		
	• Боль в животе		
	• Боль в пояснице		
	• Боль в области заднепроходного отверстия		
	Наличие кровянистых выделений		
	• Выделения из половых органов: слизистые		
	Гнойные		
	Пенистые		
	Кровянистые		
	Зуд наружных половых органов		
	• Нарушение мочеиспускания: частое		
	Обильное болезненное		
	Отеки ног		
	Отеки лица		
	Изменение цвета мочи		
	• Боль в позвоночнике		
	Боль в руках		
	Боль в ногах		

	Боль в суставах		
	• Беспричинная жажда		
	Изменение веса (потеря или прибавка)		
	Нарушение половой функции у мужчин		
	• Сыпь на коже или слизистых оболочках		
	Сухость кожи		
	Имелись или имеются у ваших кровных родственников (родителей, братьев, сестер, дедушки, бабушки) нижеуказанные заболевания?		
<i>1.</i>	Кровоизлияние в мозг (инсульт)		
<i>2.</i>	Бронхиальная астма		
<i>3.</i>	Алкоголизм, злоупотребление алкоголем		
<i>4.</i>	Сахарный диабет		
<i>5.</i>	Повышенное кровяное давление		
<i>6.</i>	Инфаркт миокарда		
<i>7.</i>	Стенокардия (сердечный приступ)		
<i>8.</i>	Повышение веса тела (ожирение)		
<i>9.</i>	Глаукома		
<i>10.</i>	Камни желчного пузыря		
<i>11.</i>	Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки		
<i>12.</i>	Болезни щитовидной железы		
<i>13.</i>	Аллергические реакции		
<i>14.</i>	Родители умершего до 60 лет от кровоизлияния в мозг или инфаркта		
	Образ жизни		
	Стрессы и нервные перегрузки		
	Курение (сигарет или «насвая»)		
	Злоупотребление алкоголем		
	Малоподвижный образ жизни		
	Занятия физической культурой		

Ф.И.О. и подпись врача заполнившего анкету _____

**Первичная медицинская документация в
СП И СВП для проведения ежегодных профилактических осмотров
женщин фертильного возраста**

№	№ формы	Название формы и значение	Кем заполняется и ведется
1.	Ф. № 0.25/у	<p align="center">«Амбулаторная карта»</p> <p>Основным документом, дающим сведения для постановки диагноза ЭГЗ у ЖФВ, является амбулаторная карта ф. № 0.25/у; в этой карте вместе с общим состоянием, объективными данными, при необходимости осмотрами узких специалистов и дополнительными лабораторно-инструментальными исследованиями, пациентке должны быть установлены относительные и абсолютные противопоказания к беременности;</p>	медсестра регистратуры, врач общей практики и другие
2.		<p align="center">«Сигнальный лист»</p> <p>После заполнения амбулаторной карты на каждую женщину фертильного возраста ежегодно заводится сигнальный лист, где указываются Ф.И.О., возраст и дата, диагноз, рекомендации терапевтов и других специалистов при наличии относительных противопоказаний (при этом определяя срок предохранения от беременности) или абсолютных противопоказаний к беременности; дата и срок контрацепции; затем сигнальный лист с амбулаторной картой передается акушер-гинекологу и исходя из рекомендаций врача общей практики проводит подбор и</p>	врач общей практики, акушер-гинеколог, медсестра, акушерка

		выполнение того или иного метода контрацепции. Только после возвращения сигнального листа к ВОП и занесения его в амбулаторную карту, первичная работа считается выполненной, но оздоровительные мероприятия продолжаются;	
3.	Ф. № 111/у.	Индивидуальная карта беременной Основным документом, дающим сведения о беременной женщине с ЭГЗ, является индивидуальная карта беременной ф. № 111/у. В ней должны быть все сведения об осмотрах пациентки, при необходимости, других специалистов, данные о течении беременности и проведенных манипуляциях;	врач общей практики, акушер-гинеколог
4.	ф. 030/у.	Контрольная карта диспансерного наблюдения Данные о проведенном профилактическом осмотре и оздоровлении ЖФВ необходимо регистрировать в контрольную карту диспансерного наблюдения ф. 030/у;	врач общей практики, медсестра