МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

ФОНД ООН В ОБЛАСТИ НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ (ЮНФПА)

НАО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ КАРАГАНДЫ»

**РЕАГИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА СЛУЧАИ ГЕНДЕРНОГО НАСИЛИЯ**

*(**Методические рекомендации к внедрению образовательного модуля по специальности «Акушерство и гинекология» (резидентура))*

**Астана**

**2023**

**УДК: 614.2**

**ББК: 514**

**Т29**

**Рецензенты:**

Исатаева Н.М., к.м.н., независимый эксперт, главный менеджер Департамент менеджмента качества Корпоративного фонда «University Medical Center»

Шиканова С.Ю, к.м.н., проф., руководитель кафедры акушерства и гинекологии №1 НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»,

Кауржабаева Ш.Е., д.м.н., заведующая Центром здоровья молодежи и семьи

**Т29 Реагирование системы здравоохранения на случаи гендерного насилия:** **методические рекомендации для преподавателей по специальности «Акушерство и гинекология» (резидентура)**/ Ибышева А., Турдыбекова Я., Граф М., Уйсенбаева Ш.// Астана: Фонд народонаселения ООН, 2023. – 142 с.

Настоящие методические рекомендации разработаны на основе руководящих принципов и рекомендаций Всемирной организации здравоохранения по вопросам реагирования системы здравоохранения на случаи гендерного (сексуального) насилия. Рекомендации включают вопросы выявления случаев гендерного (сексуального) насилия в медицинской практике; принципы оказания гинекологической помощи лицам, перенесшим гендерное насилие, в том числе лицам с инвалидностью по слуху и зрению; консультирования лиц, переживших насилие; реагирования и перенаправления при выявлении или подозрении на случай гендерного насилия. Рекомендации предназначены для профессорско-преподавательского состава организаций медицинского образования.

Данный материал подготовлен ЮНФПА при финансовой поддержке правительства Великобритании для международного развития. Мнения, выраженные в данном материале, не обязательно отражают официальную точку зрения правительства Великобритании и ЮНФПА.

УДК: 614,2

ББК: 514

@ Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА)

Содержание

[**Введение** 4](#_Toc152715780)

[**Рабочая учебная программа к модулю «Реагирование системы здравоохранения на случаи гендерного насилия»** 6](#_Toc152715781)

[**Учебный материал к модулю «Реагирование системы здравоохранения на случат гендерного насилия»** 14](#_Toc152715782)

[Занятие 1. «Гендерное насилие». Алгоритм межведомственного взаимодействия по перенаправлению для оказания комплексной помощи пережившим гендерное насилие» 14](#_Toc152715783)

[Занятие 2. «Постконтаная профилактика ИППП в случае сексуального насилия. Постконтактная профилактика ВИЧ в случае гендерного насилия» 25](#_Toc152715784)

[Занятие 3. «Ограничение прав при планировании семьи. Виды насилия в семье. Профилактика нежелательной беременности. Контрацепция» 20](#_Toc152715785)

[Занятие 4. «Консультирование по вопросам прерывания беременности (до-абортное консультирование; получения информированного согласия; пост-абортное консультирование) пострадавших от гендерного насилия, в том числе лиц с инвалидностью» 31](#_Toc152715786)

[Занятие 5. «Признаки гендерного насилия у несовершеннолетнего пациента, поступившего/обратившего за помощью в медицинскую организацию. Виды гендерного насилия, принципы работы с пострадавшими от гендерного насилия (психологический аспект), особенности работы с лицами с инвалидностью (особые потребности)» 48](#_Toc152715787)

[**Оценка учебных достижений** 62](#_Toc152715788)

[**Тестовые задания к модулю «Реагирование системы здравоохранения на случаи гендерного насилия»** 63](#_Toc152715789)

[ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ к занятию 2 «Постконтаная профилактика ИППП в случае гендерного насилия. Постконтактная профилактика ВИЧ в случае гендерного насилия» 63](#_Toc152715790)

[ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ к занятию 4 «Консультирование по вопросам прерывания беременности (до-абортное консультирование; получения информированного согласия; пост-абортное консультирование) пострадавших от гендерного насилия, в том числе лиц с инвалидностью» 69](#_Toc152715791)

[ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ к занятию 5 «Признаки гендерного насилия у несовершеннолетнего пациента, поступившего/обратившего за помощью в медицинскую организацию. Виды гендерного насилия, принципы работы с пострадавшими от гендерного насилия (психологический аспект), особенности работы с лицами с инвалидностью (особые потребности)» 74](#_Toc152715792)

[**Задания к практическим занятиям модуля «Реагирование системы здравоохранения на случаи гендерного насилия»** 80](#_Toc152715793)

[ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 1 «Гендерное насилие». Алгоритм межведомственного взаимодействия по перенаправлению для оказания комплексной помощи пережившим гендерное насилие» 80](#_Toc152715794)

[ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 2 «Постконтаная профилактика ИППП в случае гендерного насилия. Постконтактная профилактика ВИЧ в случае гендерного насилия» 1](#_Toc152715795)

[ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 3 «Ограничение прав при планировании семьи. Виды насилия в семье. Профилактика нежелательной беременности. Контрацепция» 6](#_Toc152715796)

[**ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 4** «**Консультирование по вопросам прерывания беременности (до-абортное консультирование; получения информированного согласия; пост-абортное консультирование) пострадавших от гендерного насилия, в том числе лиц с инвалидностью**» 1](#_Toc152715797)

[ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 5 «Признаки гендерного насилия у несовершеннолетнего пациента, поступившего/обратившего за помощью в медицинскую организацию. Виды гендерного насилия, принципы работы с пострадавшими от гендерного насилия (психологический аспект), особенности работы с лицами с инвалидностью (особые потребности)» 4](#_Toc152715798)

[**Сокращения** 1](#_Toc152715799)

# **Введение**

Врачи акушер гинекологи на протяжении всей своей жизни соприкасаются с судьбами своих пациенток, которыми могут быть как маленькие девочки, так и женщины репродуктивного возраста, беременные женщины, женщины в период пременопаузы и женщины достаточно зрелого менопаузального возраста. К гинекологу приходят с проблемами интимного характера, о которых не расскажешь подруге за чашкой кофе, часто делятся своими внутренними страхами и переживаниями.

Гендерное насилие по определению ВОЗ - это насилие, связанное с полом. И по разным социо-культурным, политическим, религиозным или раду других причин, женщины и девочки подвергаются риску гендерного насилия намного чаще мужчин. Наиболее часто встречающиеся формы гендерного насилия, это домашнее насилие, которое включает в себя все формы насилия (сексуальное, физическое, психологическое и экономическое) и сексуальное насилие. Они приводят к серьезным проблемам со здоровьем, в том числе и репродуктивным. Женщины, девочки, перенесшие сексуальное насилие, имеют высокий риск заражения инфекциями, передающимися половым путем, осложнения во время беременности, наступление нежеланной беременности. Если пациентка сразу не обращается за медицинской помощью, а иногда и несмотря на то, что обращалась за помощью, но учитывая, что подвергалась гендерному насилию в течении длительного времени, она может испытывать долгосрочные репродуктивные и гинекологические проблемы. Согласно проведенному недавно исследованию, пациенты, перенесшие в анамнезе гендерное насилие, могут чаще испытывать боли во время полового контакта, эпизоды необъяснимых тазовых болей, аномальные маточные кровотечения, чем пациентки без насилия в анамнезе. Такие женщины на протяжении долгого времени могут испытывать проблемы сексуального характера, такие как отсутствие возбуждения, способность испытать оргазм и др.

Ограничение прав выбора женщиной метода контрацепции или продолжительности контрацепции, количества детей, сохранении или прерывании беременности, это все является видом сексуального насилия. Однако, как показывает мировая практика, врачи акушер гинекологи, не всегда могут выявить признаки гендерного насилия со стороны сексуального партнера, считая, что во многих случаях это происходит со стороны неизвестного лица или по вине потерпевшей.

Пациентка, придя на прием к гинекологу, может испытывать страх за себя, своих детей, а также стыд и стеснение, что подвергается насилию в своем собственном доме, может не рассказать врачу всей причины своего обращения, может сама не осознавать, что принуждение к ее к очередному аборту является фактом насилия. Женщина может обратиться для решения врачом сугубо гинекологической проблемы (лечение вагинальных выделений, прерывание беременности и др.). Часто не говоря ни слова о насилии, лица, перенесшие его, смотрят на медицинского работника как на шанс, что их услышат и им помогут. И только внимательный врач, обученный тонкостям общения с лицами, пережившего гендерное насилие, может диагностировать сексуальное насилие или по крайней мере заподозрить его и помочь пациентке.

Таким образом, именно у врача акушера-гинеколога, есть возможность оказывать постоянную поддержку и заботу о здоровье и благополучии женщины. Гинекологи могут открыто разговаривать с женщинами на тему сексуального и репродуктивного здоровья, что несомненно, помогает в профилактике гендерного насилия. Поэтому очень важно, чтобы врачи всех специальностей, особенно акушер-гинекологи, на всех этапах получения образования обучались методам консультирования лиц, перенесших гендерное насилие, правилам осмотра данных пациентов и алгоритмам реагирования на случаи гендерного насилия

## **Рабочая учебная программа к модулю «Реагирование системы здравоохранения на случаи гендерного насилия»**

**Цель программы:** Ознакомление с принципами оказания гинекологической помощи лицам, перенесшим гендерное насилие; системой перенаправления и межсекторального взаимодействия в решении проблем насилия.

**Краткое описание программы:**

Программа, разработанная на основе руководящих принципов и рекомендаций Всемирной организации здравоохранения, включает следующую информацию:

* Определения «гендерного насилия»
* Принципы оказания первой помощи. Алгоритм реагирования при выявлении случаев гендерного насилия.
* Алгоритм межведомственного взаимодействия по перенаправлению для оказания комплексной помощи пережившим гендерное насилие
* Принципы оказания медицинской помощи лицам, перенесшим гендерное насилие (сексуальное насилие), в том числе лицам с инвалидностью
* Постконтактная профилактика ИППП, ВИЧ
* Лечение ИППП
* Прерывание беременности, наступившей у лиц, перенесших сексуальное насилие.

**Согласование ключевых элементов программы:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №/п | Результат обучения (навыки) | метод оценки (КИС согласно приложению к ОП) | метод обучения |
| 1 | Демонстрирует навык реагирования при выявлении случаев гендерного насилия | Ситуационная задача: оценка, решение | Семинар |
| 2 | Демонстрирует навык межведомственного взаимодействия по перенаправлению для оказания комплексной помощи пережившим гендерное насилие. | Ситуационная задача: оценка, решение | Семинар |
| 3 | Демонстрирует навыки выявления признаков гендерного насилия | Ситуационная задача: оценка, решение | 1. Индивидуальные и групповые упражнения 2. Практические занятия с использование руководства |
| 4 | Демонстрирует навыки консультирования лиц, пострадавших от насилия | Обсуждение клинического случая | Индивидуальные и групповые упражнения**.** Практические занятия с использование руководства |
| 5 | Демонстрировать навык проведения сбора анамнеза | Обсуждение клинического случая | Индивидуальные и групповые упражнения**.** |
| 6 | Демонстрировать навык проведения осмотра лиц, подвергшихся насилию, в том числе с инвалидностью | Обсуждение клинического случая | Практические занятия с использование руководства |
| 7 | Демонстрирует навык ведения постконтактной профилактики ИППП | Обсуждение клинического случая | Практические занятия с использование руководства |
| 8 | Демонстрировать навык обследования и лечения женщин с ВЗОМТ, пострадавших от насилия, в том числе лиц с инвалидностью | Обсуждение клинического случая | Ролевая игра  Индивидуальные и групповые упражнения**.** |
| 9 | Демонстрирует навык ведения постконтактной профилактики ВИЧ | Обсуждение клинического случая | Практические занятия с использование руководства |
| 10 | Демонстрирует навык ведения профилактики нежелательной беременности | Обсуждение клинического случая | Индивидуальные и групповые упражнения**.** |
| 11 | Демонстрирует навык проведения медикаментозного аборта | Обсуждение клинического случая | Практические занятия с использование руководства |
| 12 | Демонстрирует навык проведения хирургического аборта | Обсуждение клинического случая | Практические занятия с использование руководства |

**План реализации программы**

| № | Наименование темы/раздела/дисциплин | Объем в часах | | | | | Задание |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **лекция** | **семинар** | **тренинг** | **другие виды обучения\*** | **СРС** |
| 1 | **«Гендерное насилие». Принципы оказания первой помощи. Алгоритм межведомственного взаимодействия по перенаправлению для оказания комплексной помощи пережившим гендерное насилие.** Виды гендерного насилия (сексуальное насилие). Насилие со стороны интимного партнера (домашнее насилие). Признаки гендерного (сексуального) насилия. Рекомендации по оказанию услуг лицам, пережившим гендерное (сексуальное) насилие. Правила проведения беседы и осмотра пострадавшего от гендерного (сексуального) насилия. Функции мультисекторального взаимодействия. Цель и задачи и основные принципы мультисекторального реагирования на гендерное насилие. Сотрудничество между ключевыми секторами. Алгоритм мультисекторального взаимодействия | 2 |  |  | 4 |  | Продемонстрировать навык оказания первой помощи лицам, пережившим насилие (ситуационные задачи) |
| 2 | **Семиотика гинекологических заболеваний. Признаки гендерного насилия у пациента, поступившего/обратившего за помощью в медицинскую организацию. ВЗОМТ. Методы профилактики ВИЧ у лиц, пострадавших от гендерного насилия.** Методы профилактики и лечения ИППП у лиц, пострадавших от гендерного насилия. ВЗОМТ специфической и неспецифической этиологии. Клиника диагностика и лечение. Постконтактная профилактика ВИЧ в случае гендерного насилия. Алгоритм действий при использовании постконтактной профилактики ВИЧ. До-тестовое и после-тестовое консультирование при проведении постконтактной профилактики ВИЧ у лиц, переживших гендерное насилие, в том числе лиц с инвалидностью. |  | 2 |  | 3 | 3 |  |
| 3 | **Планирование семьи. Виды насилия в семье. Профилактика нежелательной беременности. Контрацепция.** Признаки гендерного насилия в семье. Профилактика нежелательной беременности. Консультирование по вопросам экстренной и долгосрочной контрацепции лиц, переживших гендерное насилие, в том числе лиц с инвалидностью. Консультирование по вопросам прерывания беременности, в том числе навыкам до-абортного консультирования; получения информированного согласия; навыки пост-абортного консультирования и пост-абортного наблюдения; Особенности консультирования пострадавших от гендерного насилия, в том числе лиц с инвалидностью. |  |  |  | 2 |  |  |
| 4 | **Прерывание беременности. Методы прерывания беременности. До и пост-абортное консультирование пострадавших от гендерного насилия, в том числе лиц с инвалидностью.** Методы прерывания беременности. Правила информирования женщины о прерывании беременности в случае гендерного насилия следующие. Особенности до-абортного консультирования лиц с инвалидностью по зрению и слуху. Медикаментозный аборт. Показания. Условия проведения. Алгоритм проведения. Пост-абортная реабилитация.  Хирургический метод прерывания беременности: мануальная или электрическая вакуум-аспирация, дилатация шейки матки и эвакуация продукта зачатия после 12 недель с помощью вакуум-аспирации и щипцов. Показания. Противопоказания. Техника выполнения. Пост-абортная реабилитация. Пост-абортное консультирование пострадавших от гендерного насилия, в том числе лиц с инвалидностью. |  | 6 |  |  | 3 | Продемонстрировать навык проведения постконтактной профилактики нежелательной беременности, ИППП и ВИЧ (ситуационный анализ) |
| 5 | **Признаки гендерного насилия у несовершеннолетнего пациента, поступившего/обратившего за помощью в медицинскую организацию.** Особенности анатомо-физиологического развития половых органов у девочек в возрастном аспекте. Признаки гендерного насилия у несовершеннолетних. Воспалительные заболевания половых органов неспецифической и специфической этиологии: клиника, диагностика и лечение в возрастном аспекте. Коммуникации с лицами, перенесшими гендерное насилие, не достигшим 18 лет. Алгоритм реагирования. |  | 2 | - | 4 | 4 | Продемонстрировать навык консультирования по вопросам прерывания беременности (клинический случай) |
|  |  | **2** | **11** |  | **12** | **12** |  |
|  | **Всего:** | **30 часов** | | | | |  |

**Оценка учебных достижений слушателей**

|  |  |
| --- | --- |
| Вид контроля | Методы оценки |
| Текущий | тестирование знаний по разделам, ситуационные задачи |
| Рубежный (при необходимости) | не требуется |
| Итоговый | тестирование знаний |

**Балльно-рейтинговая буквенная система оценки учебных достижений слушателей**\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Оценка по буквенной системе | Цифровой эквивалент баллов | %-ное содержание | Оценка по традиционной системе |
| А | 4,0 | 95-100 | Отлично |
| А- | 3,67 | 90-94 |
| В+ | 3,33 | 85-89 | Хорошо |
| В | 3,0 | 80-84 |
| В- | 2,67 | 75-79 |
| С+ | 2,33 | 70-74 | Удовлетворительно |
| С | 2,0 | 65-69 |
| С- | 1,67 | 60-64 |
| D+ | 1,33 | 55-59 |
| D | 1,0 | 50-54 |
| F | 0 | 0-49 | Неудовлетворительно |

## **Учебный материал к модулю «Реагирование системы здравоохранения на случат гендерного насилия»**

### Занятие 1. «Гендерное насилие». Алгоритм межведомственного взаимодействия по перенаправлению для оказания комплексной помощи пережившим гендерное насилие»

**ПЛАН ЗАНЯТИЯ**

**к занятию 1 ««Гендерное насилие». Алгоритм межведомственного взаимодействия по перенаправлению для оказания комплексной помощи пережившим гендерное насилие»**

**Цель занятия:** ознакомить с понятиями, видами и формами гендерного насилия, его последствиями, принципами оказания первой помощи, алгоритмом реагировании при выявлении случаев гендерного насилия, алгоритмом межведомственного взаимодействия по перенаправлению для оказания комплексной помощи пережившим гендерное насилие

**По завершении данного модуля обучающийся должен:**

**знать**

понятия и определение гендерного насилия;

виды и формы гендерного насилия;

принципы оказания первой помощи;

алгоритм реагирования при выявлении случаев гендерного насилия;

алгоритм межведомственного взаимодействия по перенаправлению для оказания комплексной помощи пережившим гендерное насилие.

**уметь**

дать определение насилию, гендерному насилию, определенному виду и форме насилия;

определять вид или форму гендерного насилия (физического, сексуального, психологического насилия; и насилие со стороны партнера, насилие от лица, не являющегося партнером);

оказывать первую помощь лицам, перенесшим насилие, в том числе с инвалидностью;

применять на практике алгоритм межведомственного взаимодействия по перенаправлению для оказания комплексной помощи пережившим гендерное насилие.

**Основные вопросы, которые будут рассматриваться**:

1. Понятие «Гендерное насилие». Виды гендерного насилия (сексуальное насилие). Признаки гендерного насилия.
2. Рекомендации по оказанию услуг лицам, пережившим гендерное насилие.
3. Правила проведения беседы и осмотра пострадавшего от гендерного насилия.
4. Принципы оказания первой помощи лицам, пережившим гендерное насилие
5. Алгоритм межведомственного взаимодействия по перенаправлению для оказания комплексной помощи пережившим гендерное насилие.

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ**

**к занятию 1 ««Гендерное насилие». Алгоритм межведомственного взаимодействия по перенаправлению для оказания комплексной помощи пережившим гендерное насилие».**

**Понятие «Гендерное насилие». Виды гендерного насилия (сексуальное насилие).**

На международном уровне насилие в отношении женщин уже на протяжении почти трех десятилетий признается серьезным и повсеместно распространенным фактором, негативно влияющим на жизнь и здоровье женщин, а также нарушением их прав, которые закреплены рядом законодательных актов:

Международная хартия прав человека (Всеобщая декларация прав человека, Международный пакт об экономических социальных и культурных правах и Международный пакт о гражданских и политических правах);

Всеобщая декларация прав человека (1948);

Конвенция о правах ребенка (1989);

Рекомендация ЮНЕСКО о воспитании в духе международного взаимопонимания, сотрудничества и мира, и воспитания в духе уважения прав человека и основных свобод(1974).

Казахстан подписал Пекинскую платформу действий (1995), ратифицировал Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (CEDAW) (1998), и Факультативный протокол CEDAW (2001) [1].

Репродуктивные права или «сексуальные и репродуктивные права» – это права человека, признающие и обеспечивающие свободу человека в отношении деторождения и доступа к репродуктивному здоровью. Сексуальные и репродуктивные права включают в себя свободный доступ к целому ряду медицинских услуг, товаров и средств, которые обеспечивают полное осуществление прав на сексуальное и репродуктивное здоровье. Нарушение этих прав, как, например, при принятии решений о сексуальном и репродуктивном здоровье человека без его/ее информированного согласия, является сексуальным и гендерным насилием.

По различным причинам, в том числе биологическим, социальным, культурным и религиозным, нарушение сексуальных и репродуктивных прав в основном и несоразмерно сильнее затрагивает женщин и девочек. Вредные гендерные стереотипы, а также многочисленные и взаимопересекающиеся формы дискриминации и насилия по гендерному признаку приводят к нарушению прав женщин на сексуальное и репродуктивное здоровье. Более того, воспрепятствование полному осуществлению женщинами и девочками своих сексуальных и репродуктивных прав представляет собой гендерное насилие, поскольку это равносильно ограничению доступа к услугам, в которых нуждаются только женщины и девочки. С другой стороны, некоторые нарушения сексуальных и репродуктивных прав и здоровья представляют собой сексуальное насилие.

Кодексом «О здоровье народа и системе здравоохранения» Республики Казахстан**,** статьей 79 «Права граждан РК и семьи в сфере охраны репродуктивного права регламентируется право на:

свободный репродуктивный выбор;

получение услуг по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи;

получение достоверной и полной информации о состоянии своего репродуктивного здоровья;

лечение бесплодия, в том числе с применением современных вспомогательных репродуктивных методов и технологий, разрешенных в Республике Казахстан;

предотвращение нежелательной беременности;

безопасное материнство;

донорство половых клеток, ткани репродуктивных органов;

использование и свободный выбор методов контрацепции; хирургическую стерилизацию;

искусственное прерывание беременности;

защиту своих репродуктивных прав; свободное принятие решения относительно количества детей и времени их рождения в браке или вне брака, интервалов между рождениями, необходимых для сохранения здоровья матери и ребенка;

хранение половых клеток, ткани репродуктивных органов, эмбрионов в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан [2].

**Гендерное насилие** – это насилие, направленное против человека из-за его пола. Термин «гендерный» указывает на зависимость возникновения насилия от социально-приписываемых (гендерных) различий между мужчинами и женщинами[3]. Гендер относится к социальным нормам и ожиданиям, социально сконструированным ролям, поведению, деятельности и атрибутам, которые данное общество считает подходящими для женщин и мужчин, в то время, как пол относится к биологическим различиям, таким как физиология, гормоны и т.д.[4].

Термин «насилие» включает в себя более широкий перечень вариантов нанесения вреда другому человеку, помимо физического насилия.

Комитет о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин определяет гендерное насилие как «**насилие, направленное против женщин из-за их половой принадлежности, или которое оказывает несоразмерное негативное влияние на женщин»**. Сюда входят действия, причиняющие физический, психический или сексуальный вред или страдания, угрозы таких действий, принуждение и иные виды лишения свободы [5]. Термин «гендерное насилие» включает в себя различные виды насилия, такие как **«психологическое», «физическое», «сексуальное» и «экономическое»** насилие.

Насилие в отношении женщин - «любой акт насилия, совершенный на основании полового признака, который причиняет или может причинить физический, половой или психологический ущерб или страдания женщинам, а также угрозы совершения таких актов, принуждение или произвольное лишение свободы, будь то в общественной или личной жизни»[6].

Почему насилие в отношении женщин отличается от других видов насилия? У женщины, ставшей объектом насилия, могут быть свои потребности, отличающиеся от потребностей большинства остальных пациентов. В частности, у такой женщины могут существовать различные эмоциональные потребности, требующие внимания. Особую озабоченность может вызывать опасность, которой продолжает подвергаться женщина. Женщине нужна помощь, чтобы она чувствовала, что хоть как-то контролирует свою жизнь и способна принимать собственные решения [6].

Также можно отметить, что именно у женщин могут возникать особые последствия гендерного насилия, такие как нежелательная беременность, ввиду чего необходимы специальные услуги.

Столкнуться с гендерным насилием может любая женщина, не зависимо от ее социального и финансового благосостояния.

Закон РК «О профилактике бытового насилия»дает нам определения трех видов насилия [7]:

**физическое насилие** - умышленное причинение вреда здоровью путем применения физической силы и причинения физической боли;

**психологическое насилие** - умышленное воздействие на психику человека, унижение чести и достоинства посредством угроз, оскорблений, шантажа или принуждение (понуждение) к совершению правонарушений или деяний, представляющих опасность для жизни или здоровья, а также ведущих к нарушению психического, физического и личностного развития;

**сексуальное насилие** - умышленное противоправное действие, посягающее на половую неприкосновенность или половую свободу человека, а также действия сексуального характера по отношению к несовершеннолетним.

Согласно Декларации ООН об искоренении насилия в отношении женщин от 1993 года, «Гендерное насилие» включает в себя [6]:

• Физическое, сексуальное и психологическое насилие, происходящее в семье, включая избиение, сексуальное насилие над детьми женского пола в семье, насилие, связанное с приданым, изнасилование в браке, калечащие операции на женских половых органах и другие традиционные практики, вредные для женщин, несупружеское насилие и насилие, связанное с эксплуатацией.

• Физическое, сексуальное и психологическое насилие, происходящее в обществе в целом, включая изнасилования, сексуальные надругательства, сексуальные домогательства и запугивания на работе, в учебных заведениях и в других местах, торговлю женщинами и принуждение к проституции.

• Физическое, сексуальное и психологическое насилие, которое совершается государством или которому попустительствует государство, где бы оно ни происходило, также известное, как структурное насилие.

В последние десятилетия выделяется четвертый вид гендерного насилия - «**экономические или финансовое насилие**» со стороны партнера. Экономическое насилие - это форма насильственного контроля, когда у одного человека есть полная финансовая власть над другим, и он использует ее в своих интересах. Главная проблема экономического насилия заключается в том, что его трудно диагностировать. Женщины страдают от финансового насилия в три раза чаще, чем мужчины.

Наиболее важные и распространенные в мире формы гендерного насилия – это **насилие со стороны интимного партнера (домашнее насилие) и сексуальное насилие**.

**Сексуальное насилие**

Сексуальное насилие - это «любой сексуальный акт, попытка его совершения или другие действия, направленные в отношении сексуальности человека с использованием принуждения, совершаемые любым человеком, независимо от его взаимоотношений с лицом, перенесшим насилие, в любом месте. Оно включает изнасилование, определяемое как насильственное или иное принудительное проникновение внутрь вульвы или ануса с использованием пениса, других частей тела или предмета, попытку изнасилования, совершаемое против воли прикосновение сексуального характера или другие, бесконтактные формы» [8]. По данным обширного исследования, доля женщин, которые как минимум один раз на протяжении жизни подвергались сексуальному насилию со стороны лица, не являющегося партнером, оценивается на уровне 6%[1].

Всемирная организация здравоохранения определяет «Сексуальное насилие» как любой сексуальный акт, попытка его совершения, нежелательные сексуальные комментарии или приставания или действия, направленные на торговлю людьми, или иным образом обращенные против сексуальности человека, совершаемые любым человеком, независимо от его взаимоотношений с лицом, перенесшим насилие, в любом месте, включая дом и работу, но не ограничиваясь ими[9]. Также можно отметить, что сексуальное насилие - это травмирующее жизненное событие, которое может иметь целый ряд негативных последствий для психического, физического, сексуального и репродуктивного здоровья женщины. Перенесшим эту форму насилия женщинам может требоваться интенсивный и иногда продолжительный курс лечения, в частности, в области психического здоровья[10].

Согласно определению ВОЗ (2002), сексуализированным насилием считаются любые действия сексуального характера, которые происходят без активного согласия человека и с помощью принуждения или применения к нему силы [10]. При этом не имеет значения, какие взаимоотношения были у агрессора и лицо, пережившее гендерное насилие, и где это произошло.

К таким действиям относятся [11]:

*принуждение к аборту*. Принудительный аборт – это преступление, заключающееся в преднамеренном прерывании или организации прерывания беременности посредством любой процедуры без предварительного, полного, добровольного и информированного согласия беременной.

*сексуальное рабство*. Рабство представляет собой ситуацию, когда одно лицо владеет другим лицом. Сексуальное рабство – особая форма рабства, связанная с актами сексуального насилия и лишением сексуальной независимости лица, перенесшего насилие. Сексуальное рабство также является международным преступлением и при наличии необходимых контекстуальных элементов может преследоваться как преступление против человечности, и как военное преступление, как в рамках международного, так и немеждународного вооруженного конфликта. Сексуальное рабство является также серьезным нарушением прав человека, и оно было признано таковым ООН, которая учредила мандат специальных процедур и механизмы для решения проблемы широко распространенного характера рабства, включая сексуальное рабство.

*сексуальные домогательства* (включая требования секса в обмен на работу);

*торговля людьми в целях принудительной проституции*. Торговля людьми, или «незаконная перевозка людей», означает «осуществляемые в целях эксплуатации вербовку, перевозку, передачу, укрывательство или получение людей». Секс-торговля является одной из подкатегорий торговли людьми, когда люди продаются в целях сексуальной эксплуатации, в том числе для принуждения к проституции или сексуального рабства. Торговля людьми определяется как «осуществляемые в целях эксплуатации вербовка, перевозка, передача, укрывательство или получение людей путем угрозы применения силы или ее применения, или других форм принуждения, похищения, мошенничества, обмана, злоупотребления властью или уязвимостью положения, либо путем подкупа, в виде платежей или выгод для получения согласия лица, контролирующего другое лицо». В случаях торговли людьми вопрос о согласии лица, перенесшего насилия, не уместен. Женщины и девочки вместе составляют около 70% от общего числа жертв торговли людьми; среди этих жертв более четырех женщин из пяти и почти три девочки из четырех становятся жертвами торговли людьми в целях сексуальной эксплуатации. Торговля людьми и секс-торговля особенно распространены во время вооруженных конфликтов в связи с более высокой уязвимостью некоторых лиц, раздробленностью институтов правосудия и правоохранительных органов, а также перемещением населения.

*принудительная беременность*. Принудительная беременность – это акт принуждения женщины или девушки к беременности или, когда женщине, или девушке отказывают в возможности прервать беременность; принудительная стерилизация; принудительные браки; калечащие операции на женских половых органах тесты на девственность;

*принудительная контрацепция*. Контрацепцией называются меры, принимаемые для предотвращения беременности – либо необратимые (например, стерилизация), либо временные (с помощью обратимых методов, таких как: противозачаточные таблетки, имплантаты, инъекции, диафрагмы, внутриматочные средства и т.д.). Возможность самостоятельно решать, использовать или не использовать средства контрацепции, является сексуальным, репродуктивным и семейным правом, признанным в международном праве. Поэтому, принудительная контрацепция является нарушением прав человека, в связи с чем государство несет ответственность за предупреждение, наказание и реабилитацию в тех случаях, когда происходит данное нарушение.

*принудительное обнажение*. Под принудительным обнажением понимается акт принуждения другого человека к частичному или полному раздеванию, в том числе к выполнению различного рода движений в обнаженном виде. Это форма сексуального насилия, которая не требует физического контакта и обусловлена главным образом стремлением унизить жертв, заставить их чувствовать себя уязвимыми и оскорбить их достоинство. Принудительная нагота была признана несколькими судами и трибуналами, а также органами по правам человека как бесчеловечное и унижающее достоинство обращение, оскорбление личного достоинства, нарушение неприкосновенности личности, или форма «сексуальной пытки». В особенности это относится к тем случаям, когда принудительная нагота включала в себя элемент публичности, как, например, в случае, когда акт обнажения был совершен перед другими лицами, такими как сообщники преступника, члены семьи или незнакомые лица.

*принудительная или насильственная проституция*. Принудительная или насильственная проституция является одной из форм сексуального насилия и торговли людьми, которая может быть приравнена к «современному рабству». Это акт принуждения лица к совершению одного или нескольких действий сексуального характера с другим лицом с целью получения материальной или иной выгоды (например, в обмен на пищу, жилье, наркотики или иное) или под угрозой раскрытия личной информации или материалов, которые могли бы угрожать или очернить лицо, принуждаемое к занятию проституцией. Выгода, полученная в результате принуждения к занятию проституцией, не обязательно должна быть получена преступником; она может быть получена или предназначена для получения третьим лицом.

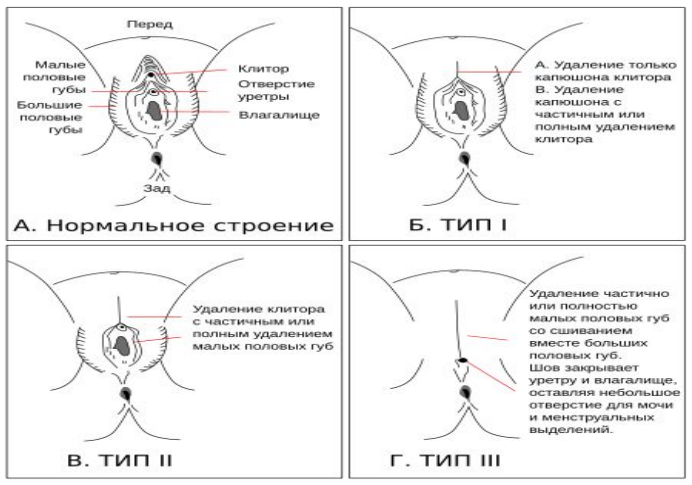
*принудительная стерилизация*. Насильственная стерилизация представляет собой акт необратимого лишения лица его репродуктивной способности без получения предварительного информированного и подлинного согласия, или, когда это не требуется или не оправдано медицинской необходимостью. Примеры включают принудительную стерилизацию лиц с психическими или физическими недостатками, ВИЧ-инфицированных, коренных и этнических меньшинств, транссексуалов и интерсексуалов, женщин-заключенных, правозащитников и неимущих женщин. Насильственная стерилизация несоразмерно сильнее и в основном затрагивает женщин и девочек.

*принудительные браки*. Принудительный брак заключается в том случае, когда, по крайней мере, одна из сторон не дала полного, свободного и подлинного согласия на этот юридический союз или не имеет возможности его расторгнуть, «в том числе в результате вынуждения или интенсивного социального, или семейного давления». Существует множество различных форм принудительного брака, включая брак, заключенный по принуждению партнера, родителей, семьи или общины. Принудительные браки также имеют место в тех случаях, когда внутреннее законодательство или практика позволяют или поощряют насильника вступать в брак с лицом, перенесшим насилие, чтобы избежать уголовного наказания, обычно с согласия их семей. Факторы, способствующие возникновению или увеличению риска принудительных браков включают в себя: бедность, неадекватные и вредные законы и/или обычные, традиционные, религиозные или племенные обычаи и правила, потребность в защите и безопасности, во многих случаях с идеей о том, что это «в наилучших интересах» девочки, в частности в районах, где девочки подвержены высокому риску домогательств и физических или сексуальных посягательств, а также в условиях конфликтов и чрезвычайных гуманитарных ситуаций; миграция; и так называемые достоинство и честь семьи, например, в случае изнасилования или внебрачной беременности; и отсутствие образования.

*калечащие операции на женских половых органах*. Калечащие операции на половых органах – это одна из форм ампутации или физического повреждения половых органов. Несмотря на то, что это в несоразмерно большей степени затрагивает женщин (калечащие операции на женских половых органах), от этого страдают также мужчины и мальчики (принудительное мужское обрезание). Эта процедура зачастую осуществляется на основе унаследованных от предков, дискриминационных, сексистских и патриархальных культурных норм, которые связывают подобную пагубную практику с такими понятиями женственности, как добродетель и чистота, или убежденностью в том, что такое увечье будет усиливать желание и способность к вступлению в брак. Эта практика не имеет медицинской необходимости и не приносит никакой пользы. Напротив, часто наносится непоправимый ущерб здоровью женщин и девочек, подвергающихся такой практике. В связи с его инвазивным характером и тяжелыми физическими и психическими долгосрочными последствиями, и представляет собой нарушение прав женщин и девочек равносильное жестокому обращению или пыткам. По мнению Генеральной Ассамблеи ООН, «калечащие операции на женских половых органах являются непоправимым, необратимым надругательством, которое отрицательно сказывается на правах человека женщин и девочек» и «вредной практикой, представляющей серьезную угрозу для здоровья женщин и девочек, в том числе их психологическому, сексуальному и репродуктивному здоровью».

К таким операциям относится:

* клитородектомия: частичное или полное удаление клитора (небольшой, чувствительной и эректильной части женских гениталий) или, в очень редких случаях, только крайней плоти (кожных складок вокруг клитора).
* эксцизия: частичное или полное удаление клитора и малых половых губ с эксцизией или без эксцизии больших половых губ (половые губы окружают влагалище).
* инфибуляция: сужение входа во влагалище путем создания плотного кольца в результате обрезания и репозиции внутренних, а иногда и внешних половых губ с удалением или без удаления клитора.
* другие: все другие наносящие вред операции на женских гениталиях в немедицинских целях, такие как, например, прокалывание, пирсинг, надрезание, выскабливание и клеймение области гениталий



**Рисунок 1. Калечащие операции**

*тесты на девственность*. Проверка на девственность направлена на определение того, является ли девушка или женщина девственницей. Она практикуется во многих странах, зачастую принудительно, в ряде контекстов, в том числе в местах содержания под стражей; в отношении женщин, заявляющих об изнасиловании; в отношении женщин, собирающихся вступить в брак; в отношении женщин, обвиняемых властями в проституции; и в рамках государственной или социальной политики, направленной на контроль за сексуальным поведением. Проверка на девственность равнозначна сексуальному и гендерному насилию и является нарушением прав женщин и девочек. Это унизительная и травмирующая практика, которая может оказать серьезное пагубное воздействие на физическое и психологическое здоровье женщин и девочек. Наиболее распространенной проверкой на девственность является так называемый «двухпальцевый тест». Этот тест до сих пор используется в различных странах для определения того, является ли женщина девственницей, в зависимости от наличия у нее девственной плевы, и ведет ли она активную половую жизнь, исходя из размера и эластичности ее влагалища. В соответствии с международным правом в области прав человека такое «вагинальное обследование пальцами» может быть приравнено к изнасилованию. В некоторых странах лица, перенесшие насилие проходят проверку на девственность, якобы для того, чтобы удостовериться в том, что изнасилование имело место. Затем результаты используются в суде, главным образом против лица, перенесшего насилие и с целью подорвать доверие к ней на основании ее предполагаемого сексуального поведения. Действительно, согласно этой вредной и сексистской интерпретации, может считаться, что лица, перенесшие насилие были согласны, если проверка на девственность якобы доказывает, что она была сексуально активной и «нечистой».

*принуждение к просмотру порно или других сексуальных действий*;

*бесконтактные формы*. Такие, как распространение интимных фотографий без согласия пострадавшей; скрытая съёмка, которую потом могут использовать как порнографию; непрошенный интимный контент, который присылают в соцсетях или дейтинговых приложениях.

**Признаки гендерного насилия**

Протоколом Министерства здравоохранения РК «Гендерное насилие» в качестве признаков насилия выделено [12]:

* наличие телесных повреждений: ссадин, кровоподтеков, ран и т.д.;
* наличие повреждений в области наружных половых органов: кровоизлияний, разрывов, трещин, ссадин;
* наличие повреждений заднепроходного отверстия и прямой кишки: кровоизлияния, ссадины, трещины, раны;
* наличие повреждений ротовой полости: кровоизлияния, ссадины, трещины, раны.
* симптомы депрессии, тревожности, посттравматического стресса, нарушения сна; суицид или членовредительство;
* необъяснимые симптомы со стороны репродуктивной системы, в том числе, боли в области таза, сексуальные расстройства;
* нежелательные результаты со стороны репродуктивной системы, в том числе, множественные незапланированные беременности и (или) прерывание беременности, слишком позднее обращение по беременности;
* осложнения течения беременности и родов;
* необъяснимые симптомы со стороны гинекологической или урологической системы, в том числе частые инфекции мочевого пузыря или почек или другие симптомы;
* неоднократные кровотечения из влагалища, прямой кишки и инфекции, передаваемые половым путем;
* травматические повреждения, в частности, неоднократные или сопровождаемые неясными или невнятными объяснениями;
* расстройства центральной нервной системы: головные боли, сложности восприятия, утрата слуха, нарушение зрения;
* частые консультации врача без четкого диагноза.

**Признаки для выявления насилия у лиц с инвалидностью с отсутствием зрения, слуха:**

* утаивание еды, воды и лекарств и т.д.лишение лица с инвалидностью необходимых ему вещей (очков, слуховых аппаратов или ходунков);
* изоляция от семьи и друзей;
* ограничение свободы перемещения человека (отказ отвезти в больницу или в церковь);
* контроль расходов;
* присвоение денежных средств;
* угрозы выгнать из дома или отправить в интернат для инвалидов;
* снижение или полное отсутствие активности в тех случаях, когда предполагается ответственность за благополучие и здоровье лица с инвалидностью;
* психологическое насилие, наиболее распространенными формами которого являются отсутствие внимания, изоляция, забвение, оторванность от жизни общества.

**Рекомендации по оказанию услуг лицам, пострадавшим от гендерного насилия**

По рекомендациям ВОЗ - не следует использовать всеобщий скрининг для выявления насилия, имеет больший смысл опрашивать пациентов при наличии у них определенных признаков и клинических показаний - **использовать клинический скрининг** [13]**.**

Женщинам, рассказавшим о любой форме насилия со стороны интимного партнера (или другого члена семьи) или сексуального нападения со стороны любого лица, необходимо предложить немедленную помощь. Как минимум, если женщина сообщила о насилии, медицинские работники должны предложить первичную помощь [13].

**Первичная помощь подразумевает следующее:**

* не осуждать, проявлять участие и признавать значимость сказанного женщиной;
* оказать практическую помощь и поддержку в разрешении проблем, которыми озабочена женщина, но при этом не вести себя назойливо;
* спросить женщину о насилии, внимательно выслушать, но не принуждать женщину говорить (следует соблюдать осторожность при обсуждении деликатных тем через переводчиков);
* помочь женщине получить доступ к информации о ресурсах, включая юридические и другие службы, которые могут быть ей полезны;
* помочь женщине при необходимости обезопасить себя и детей;

предоставить или обеспечить помощь социальных служб.

**Медицинские работники должны обеспечить:**

* проведение консультации без посторонних,
* конфиденциальность, причем необходимо рассказать женщинам о пределах конфиденциальности (например, если существует обязательное требование информировать соответствующие органы).

**Если медицинские работники не в состоянии оказать первичную помощь, они должны немедленно найти кого-то, кто сможет это сделать (в своем медицинском учреждении или другом месте, куда легко добраться).**

Условия для оказания помощи:

a) Любое вмешательство должно осуществляться по принципу «не навреди», с соблюдением баланса между пользой и вредом, а также безопасности женщин и их детей, как важнейшего приоритета[13].

b) Приоритетной задачей также является соблюдение принципа неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности консультаций, включая обсуждение с женщинами соответствующих записей в медицинских картах и пределов конфиденциальности предоставляемой информации. В связи с этим большое значение имеют хорошие коммуникативные навыки[13]. Законы РК, также требуют от медицинских работников, соблюдения полной конфиденциальности, в том числе и на электронных и бумажных носителях, и за ее нарушение лица понесут ответственность в соответствии с законодательством РК [12].

c) Медицинские работники должны обсуждать с пациентками возможные варианты и помогать им в принятии решений. Отношения должны быть направлены на оказание поддержки и сотрудничество; при этом должно быть соблюдено право женщин на независимость. Медицинские работники должны работать с женщинами, предлагая им варианты и возможности оказания помощи, а также соответствующую информацию, чтобы разработать эффективный план и поставить перед собой реальные цели; при этом лицом, принимающим решения, всегда должна оставаться женщина.

d) В некоторых ситуациях, таких как прием пациентки в отделении скорой медицинской помощи, максимально много должно быть сделано во время первого контакта с женщиной на тот случай, если она больше не обратится за медицинской помощью. Женщине должна быть предложена дальнейшая поддержка, медицинская помощь и обсуждение безопасных и доступных способов продолжить консультации.

e) Медицинские работники должны иметь представление о гендерной основе насилия в отношении женщин, а также об аспектах этой проблемы, касающихся прав человека.

f) Женщины, имеющие инвалидность вследствие физических или психических нарушений, подвержены повышенному риску насилия со стороны интимного партнера и сексуального насилия. Медицинские работники должны обращать особое внимание на их многочисленные потребности. Беременные женщины также могут иметь особые потребности.

**Правила проведения беседы и осмотра пострадавшего от гендерного насилия**[12]

1. Представьтесь и кратко расскажите об услугах медицинской организации.

2. Попросите представиться пациента и его сопровождающих лиц.

3. При проведении опроса установите с лицом, перенесшие насилие и его семьей доверительные отношения.

4. Относитесь к лицу, перенесшему насилие и его семье с доверием, внимательно, доброжелательно, демонстрируя готовность поддержки и оказания необходимой помощи.

5. Проявляйте дружелюбное отношение, эмпатическое (сочувствие) понимание, говорите спокойным тоном, неторопливо, смотрите в глаза пострадавшему (насколько это допустимо в обществе).

6. Активно слушайте пациента и сопровождающее его лицо.

7. Во время беседы помните:

* для установления контакта важно, как врач слушает;
* необходимо эмоционально поддерживать пострадавшего во время беседы;
* о свободной, расслабленной позе тела (это помогает пострадавшему начать говорить);
* не прерывайте без необходимости речь пострадавшего;
* уточняющие вопросы следует задавать лишь после того, как пострадавший закончит рассказ;
* врач сочувствием показывает, что признает тяжесть происшедшего.

8. Не расспрашивайте пострадавшего о подробностях происшедшего.

9. Ни в коем случае не обвиняйте его в случившемся, не осуждайте.

10. Наблюдайте за поведением пациента и сопровождающего его лица, анализируйте увиденное.

11. Сопоставляйте ответы, полученные при опросе с данными объективного осмотра и результатов наблюдения за поведением пациента и сопровождающего его лица.

12. Информируйте об обеспечении конфиденциальности информации.

13. Остерегайтесь задавать вопросы о насилии за шторами (особенно в медицинских организациях), где третье лицо может услышать разговор. Опрос должен проводиться в уединенном помещении при закрытых дверях.

14. Дайте пациенту и сопровождающему его лицу возможность задать вопросы обо всем, что они посчитают важным и что им не понятно.

15. Решите уместно ли спрашивать пациента о подверженности насилию прямым текстом в присутствии сопровождающего его лица. Помните, что сопровождающее лицо само может быть лицом, совершающим насилие, вопросы о насилие могут поставить лицо, перенесшее насилие в опасную ситуацию.

16. Не решайте за пострадавшего, что ему сейчас необходимо (он должен ощущать, что не потерял контроля над реальностью).

**Сбор анамнеза**

ВОЗ рекомендует составить полный общий анамнез с записью всех событий, которые помогут определить, какие типы вмешательства будут уместны, Анамнез должен содержать следующую информацию:

* период времени после нападения и тип нападения;
* риск беременности;
* риск заражения ВИЧ и другими ИППП – Здесь нужно собрать информацию о том, если шанс заразиться ИППП, информацию о
* состояние психического здоровья**.** Задайте общие вопросы во время сбора анамнеза о том, как женщина себя чувствует и какие эмоции испытывает:
* «Как вы себя чувствуете?»
* «Как изменилась ваша жизнь?»
* «Есть ли у вас какие-либо проблемы?»
* «Трудно ли вам справляться с трудностями в повседневной жизни?»

Если в ходе общей оценки вы выявили проблемы с настроением, мыслями или поведением женщины, женщина не может функционировать в повседневной жизни, и вы заметили признаки серьезного эмоционального потрясения, у нее могут быть более тяжелые психические расстройства. Тогда задайте специальные вопросы на предмет депрессии и постравматического стрессового расстройства.

**Указание на факты насилия с уточнением таких данных, как**[12]**:**

* когда впервые произошло насилие;
* кем совершено насилие;
* было ли оно повторным;
* уточнение данных насильника, отношение его к лицу, перенесшему насилию;
* длительность совершения насилия;
* характер и вид сексуального контакта: вагинальный, анальный, оральный);
* последствия насилия, если оно совершалось длительно (беременность, роды, заражение ИППП, ВИЧ).

**Осмотр лица, пострадавшего от насилия**

Рекомендуется провести полное физикальное обследование (с головы до ног, включая гениталии), соблюдая следующие общие принципы [13]:

* Чтобы осмотр сам по себе не стал для пациентки очередной травмой, необходимо объяснить, в чем заключается медицинский осмотр, почему он проводится и каким образом. Также необходимо дать пациентке возможность задать вопросы.
* Спросите пациентку, хочет ли она, чтобы осмотр проводила женщина-врач (в особенности это касается случаев сексуального насилия).
* Нельзя оставлять пациентку одну (например, когда она ожидает осмотра).
* Попросите ее полностью раздеться и надеть больничный халат. Так можно увидеть скрытые повреждения.
* Особенно тщательно осмотрите области, скрытые под одеждой и волосами.
* Если женщина подверглась сексуальному насилию, осматривать необходимо все тело, а не только гениталии и область живота.
* Осматривайте как серьезные, так и незначительные повреждения.
* Одновременно необходимо обращать внимание и на эмоциональные и психологические симптомы.
* В течение всего осмотра информируйте пациентку о ваших действиях и спрашивайте ее разрешения. Всегда говорите ей, что вы будете делать дальше, и до каких частей тела будете дотрагиваться. Покажите ваши инструменты, объясните их предназначение.
* Пациентки могут отказаться от всей процедуры осмотра или от некоторых ее составляющих, и следует уважать их решение. Возможность пациентки контролировать в определенной степени процедуру осмотра является важным элементом исцеления.

Действия при осмотре женщин – лиц, перенесшее сексуальное насилие должны включать:

• полное описание случая, с приведением всех собранных свидетельств;

• запись истории гинекологических заболеваний лиц, перенесших насилие, и применяемых ею контрацептивов;

• стандартную запись результатов полного физического обследования;

• оценку риска беременности;

• проверку на наличие болезней, передаваемых половым путем, включая проверку на ВИЧ, и лечение этих болезней;

• предоставление неотложной контрацепции;

• консультирование по поводу аборта;

• обеспечение психологической поддержки и направление к врачу- специалисту.

В соответствии с Клиническим протоколом «Гендерное насилие» МЗРК важно [12]:

• описание объективного статуса должно включать в себя тип и количество повреждений, а также их расположение на теле человека. Медицинским работником в обязательном порядке проводится интерпретация соответствия имеющихся травм полученным объяснениям с записью в медицинской документации, которая может послужить доказательством в случае, если пострадавшая/ий решит подать судебный иск.

• медицинским работником проводится полный медицинский осмотр («с головы до ног») с соблюдением общих принципов по Рекомендациям ВОЗ (2013) [13].

• для сбора образцов доказательств для судмедэкспертизы и проведения фотосъемки (в случае разрешения лиц, перенесших насилие) приглашается специалист, имеющий квалификацию в области судебной медицины.

**Общие принципы медицинского осмотра (с головы до ног) согласно рекомендациям ВОЗ:**

* Чтобы осмотр сам по себе не стал для пациентки очередной травмой, необходимо объяснить, в чем заключается медицинский осмотр, почему он проводится и каким образом. Также необходимо дать пациенту возможность задать вопросы.
* Спросите пациента, хочет ли он/она, чтобы осмотр проводила женщина – врач (в особенности это касается случаев сексуального насилия).
* Нельзя оставлять пациента одного (например, когда она ожидает осмотра, особенно, если существует подозрения о членовредительстве или присутствует подобный риск.
* Попросите пациента полностью раздеться и надеть больничный халат. Так можно увидеть скрытые повреждения.
* Особенно тщательно осмотрите области, скрытые под одеждой и волосами.
* Осматривать необходимо все тело, а не только гениталии и область живота.
* Осматривайте как серьезные, так и незначительные повреждения.
* Одновременно необходимо обращать внимание и на эмоциональные и психологические симптомы.
* В течение всего осмотра информируйте пациента о ваших действиях и спрашивайте ее разрешения.
* Всегда говорите пациенту, что вы будете делать дальше, и до каких частей тела будете дотрагиваться. Покажите ваши инструменты, объясните их предназначение.
* Пациенты могут отказаться от всей процедуры осмотра или от некоторых ее составляющих, и следует уважать их решение. Возможность пациента контролировать в определенной степени процедуру осмотра является важным элементом исцеления.

**Осмотр лица с инвалидностью**

Для осмотра лица, перенесшего насилие, имеющих инвалидность **по слуху**, необходимо установить полноценные коммуникации, для чего медицинским работникам для работы с такими пациентами необходимо привлекать **сурдопереводчика** [12]**.**

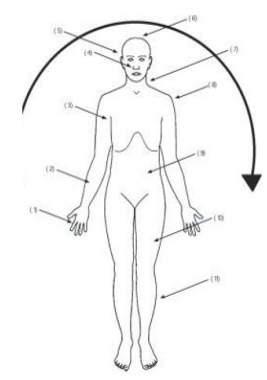
Для осмотра лица, перенесшего насилие, имеющихинвалидность **по зрению**, необходимо установить полноценные коммуникации: в течение всего осмотра информируйте пациентку о всех ваших действиях шаг за шагом и спрашивайте ее разрешения. Всегда говорите ей, что вы будете делать дальше, и до каких частей тела будете дотрагиваться. Если вам требуется использовать какой-либо инструмент, скажите об этом пациентке, объясните предназначение этого инструмента, при необходимости можно дать потрогать этот инструмент сначала пациентке, и затем только его использовать, если пациентка даст на это согласие. Уважайте выбор пациента. Среди инвалидов с детства по зрению, особенно тех, кто живет в сельской местности, многие не имеют школьного образования. Поэтому ваша речь должна быть достаточно простой и понятной, не перегружайте ее медицинскими терминами. У людей с инвалидностью по зрению, приобретенной в результате травм, болезней, отмечается резкое снижение самооценки, наблюдаются сложности в адаптации к ситуации незрячести, поэтому не оставляйте пациентку одну в комнате; если вам нужно провести пациентку в другое помещение, то объясните, как вы будите идти, какие препятствия могут быть на пути, предложите свою помощь в сопровождении. На протяжении всего осмотра обеспечьте для пациента «безопасное» пространство, чтобы избежать дополнительной травматизации пациента при движении.

Для осмотра лица, перенесшего насилие, имеющих инвалидность также для установления полноценных коммуникаций, медицинским работникам необходимо привлекать **и психолога,** который поможет найти подходы для получения более полной информации при опросе этих пациентов [12].

При этом во избежание недоверия, необходимо объяснить пациенту, что будет сохранена полная конфиденциальность, которая оформляется документально. И за ее нарушение эти лица понесут ответственность в соответствии с законодательством РК.

**Медицинский осмотр «сверху донизу», 12 шагов** [12]

Физическое обследование лиц, перенесших насилие должно проводиться следующим поэтапным образом (каждый шаг – это пронумерованный список действий относится к пронумерованным частям тела).



**Рисунок 2. Медицинский осмотр «сверху донизу», 12 шагов**

Шаг 1 - Обратите внимание на общий внешний вид и поведение лиц, перенесших насилие. Начните осмотр с рук пациента; это успокоит пациента. Определите уровень жизненно важных показателей: пульс, артериальное давление, частота дыхания и температура. Проверьте обе стороны обеих рук на наличие травм. Понаблюдайте за запястьями в поисках следов лигатуры.

Шаг 2 - Осмотрите предплечья на предмет защитных повреждений; эти повреждения возникают, когда пациентка поднимает конечность, чтобы отбить силу, направленную на уязвимые участки тела. К защитным травмам относятся ушибы, ссадины, рваные раны или надрезы. Следует отметить любые места внутривенной пункции.

Шаг 3 - Внутренние поверхности предплечий и/или подмышечной впадины должны быть тщательно обследованы на наличие признаков ушиба. Лица, перенесшие насилие, удерживаемые руками, часто демонстрируют кровоподтеки кончиков пальцев на предплечьях. Аналогично, когда одежда была снята, иногда можно увидеть красные линейные петехиальные синяки

Шаг 4 - Осмотрите лицо. Поищите в носу признаки кровотечения. Пальпация краев челюсти и орбиты может выявить болезненность, указывающую на кровоподтек. Ротовую полость следует тщательно осмотреть, проверяя на наличие синяков, ссадин и разрывов слизистой оболочки щеки. Петехии на твердом / мягком небе могут указывать на проникновение. Проверьте, нет ли порванной уздечки и сломанных зубов.

Шаг 5 -Осмотрите уши, не забывая об области за ушами, для доказательства теневых ушибов.

Шаг 6 – Пальпация волосистой части головы может выявить болезненность и припухлость, наводящие на мысль о гематомах. Возможно обнаружение выпадения волос из-за выдергивания волос во время насильственных действий

Шаг 7 - Осмотр шеи: возможны синяки на шее, кровоподтеки, следы от укусов

Шаг 8 – Грудь и туловище: осмотр начинать со спины, плечи следует осматривать отдельно, затем каждую грудь осмотреть по очереди

Шаг 9 - В положении лиц, переживших гендерное насилие лежа провести осмотр брюшной стенки на наличие синяков, ссадин, рваных ран. Брюшная пальпация проводится для диагностики внутренней травм органов брюшной полости, беременности

Шаг 10 - В положении лежа проводится осмотр ног: каждая нога осматривается отдельно, по очереди, начиная с передней части, затем внутренние поверхности бедер, колени, лодыжки, подошвы. Возможно обнаружение кровоподтеков на внутренней поверхности бедер, часто симметричных, ушибов кончика пальцев, ссадины или рваных ран, наличие признаков ограничения движения с помощью лигатур

Шаг 11 - Осмотр задней части ног, ягодиц проводится в положении стоя или лежа.

Шаг 12 - Наличие каких-либо татуировок должно быть задокументировано в протоколе осмотра вместе с кратким описанием их размера и формы. Кроме того, следует отметить очевидные физические деформации.

**Принципы оказания первой помощи**

Первая помощь подразумевает пять простых действий. Она одновременно направлена на удовлетворение эмоциональных и практических потребностей. Буквы в слове «LIVES» (с англ. «жизни») помогут вам запомнить эти пять действий, чтобы защитить жизнь женщины:

Таблица 1. Методика LIVES

|  |  |
| --- | --- |
| **L** ВЫСЛУШАЙТЕ | Внимательно выслушайте женщину, сопереживайте ей, не осуждайте. |
| **I** СПРОСИТЕ  О ПОТРЕБНОСТЯХ  И ПРОБЛЕМАХ | Оцените и отреагируйте на различные потребности женщины – эмоциональные, физические, социальные и практические (например, уход за ребенком) |
| **V** ПОДТВЕРДИТЕ | Покажите женщине, что вы ее понимаете и верите ей. Заверьте женщину, что она ни в чем не виновата. |
| **E** ОБЕСПЕЧЬТЕ ЗАЩИТУ | Обсудите, как женщина сможет защитить себя, если насилие повторится. |
| **S** ОКАЖИТЕ ПОДДЕРЖКУ | Окажите женщине поддержку: помогите ей найти нужную информацию, обратиться за необходимыми услугами и социальной помощью. |

Если женщина пришла к вам **в течение пяти дней** после изнасилования, медицинская помощь будет включать шесть шагов в дополнение к шагам по методике LIVES в рамках первой помощи[5]:

Во-первых, *слушайте, задавайте вопросы, подтверждайте важность услышанного*. Затем:

* Запишите историю болезни и проведите осмотр
* Обеспечьте лечение любых физических повреждений
* Обеспечьте экстренную контрацепцию
* Проведите профилактику инфекций, передаваемых половым путем (ИППП)
* Проведите профилактику ВИЧ
* План оказания помощи себе

Затем обеспечьте безопасность и организуйте поддержку.

**Алгоритм реагирования при выявлении случаев гендерного насилия**

При выявлении у пациента признаков насилия медицинские организации обязаны в течение 1 часа:

1) передать сведения органам внутренних дел (Телефон 102);

2) передать информацию территориальным органам опеки и попечительства и другим компетентным органам (в случаях, когда лица, перенесшие насилие, является несовершеннолетнее или/и недееспособное лицо);

3) оказать медицинскую помощь в соответствии с клиническими протоколами.

При выявлении у пациента признаков насилия медицинские организации, оказывающие стационарную помощь, скорую и неотложную медицинскую помощь, и медицинскую помощь в детских дошкольных организациях, школах, домах ребенка обязаны дополнительно передать информацию в территориальную поликлинику (ПМСП) (в течение 24 часов).

Действия персонала медицинской организации при выявлении/подозрении насилия в отношении пациента:

1) немедленно с момента выявления признаков насилия в отношении пациента работник медицинской организации, выявивший случай, сообщает руководителю медицинской организации и социальному работнику медицинской организации о выявленном случае;

2) в течение 1 часа с момента выявления факта насилия в отношении пациента руководитель медицинской организации сообщает по телефону (подает сигнал) в:

органы внутренних дел (телефон 102); органы опеки и попечительства;

Комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав; органы социальной защиты;

руководителю организации образования;

организации ПМСП, если случай выявлен в стационаре или бригадой скорой и неотложной помощи на вызове.

Затем в течение дня направляет письменную информацию о выявленном случае насилия в указанные органы;

3) в течение 1 часа с момента получения информации о выявлении признаков насилия в отношении пациента руководитель медицинской организации организует проведение медицинской оценки состояния лица, перенесшие насилие, с фиксацией данных оценки в первичной медицинской документации.

Работником медицинской организации, выявившим /заподозрившим случай насилия в отношении пациента:

1) заполняется «Сигнальный лист для предполагаемых/ подозреваемых случаев насилия по отношению к пациенту»;

2) проводится регистрация случая в «Журнале регистрации и учета сигналов о случаях насилия к пациенту»;

3) в течение 24 часов передается «Сигнальный лист для предполагаемых/подозреваемых случаев насилия по отношению к пациенту» социальному работнику территориальной медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь.

При отказе законных представителей несовершеннолетнего/ недееспособного лица от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, руководитель медицинской организации обращается в орган опеки и попечительства и (или) в суд для защиты их интересов.

Оценка наличия насилия в отношении проводится по критериям согласно методике с заполнением «Акта об угрозе здоровью, жизни и безопасности граждан и мерах его защиты».

Оценка наличия насилия в отношении лиц, перенесших насилие, проводится совместно со специалистами компетентных органов:

1) социального работника, врача, психолога медицинской организации, работников органов внутренних дел и органов опеки и попечительства – в медицинских организациях, имеющих в своих штатах социальных работников, психологов;

2) врача, работников органов внутренних дел, органов опеки и попечительства и органов социальной занятости и защиты населения – в медицинских организациях, не имеющих в своих штатах социальных работников, психологов;

3) психолога, медицинской сестры, врача школы/детского сада, социального работника медицинской организации, работников органов внутренних дел и органов опеки и попечительства – в организациях образования.

В случаях выявления случая насилия в отношении граждан в выходные, праздничные дни первичную оценку наличия насилия осуществляет специалист, который выявил данный случай.

В случае подтверждения факта насилия в отношение пациента формируется Команда по сопровождению случая в составе социального работника, психолога, врача (далее – Команда). Роль менеджера (руководителя) случая возлагается на социального работника.

В случаях подтверждения факта насилия проводится оценка степени опасности для пациента нахождения совместно с насильником согласно Алгоритму.

При определении опасности для пациента нахождения совместно с насильником разрабатывается план обеспечения безопасности.

В случаях не подтверждения факта насилия в отношение лица:

1) когда проблемы пациента/семьи, которые носят другой характер, данный случай сопровождается как социальный случай;

2) когда проблемы ребенка/семьи отсутствуют, то сигнал закрывается;

3) принятые решения документируются в «Журнале регистрации и учета сигналов о случаях насилия или пренебрежения по отношению к гражданам».

Командой проводится оценка потребностей пациента, пострадавшего от насилия и составляется «Индивидуальный план мероприятий по реагированию на случай насилия в отношении пациента».

**Приложение 1. Документация**

**Сигнальный лист для предполагаемых/подозреваемых случаев насилия**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ОТПРАВИТЕЛЬ:** | | | | | |
| Медицинская организация: | Местность: | | | Дата и время отправления: | Nr. Отправления / сигнального листа: |
| **ПОЛУЧАТЕЛЬ:** Социальный работник организации первичной медико-санитарной помощи | | | | | |
| Имя, фамилия | | | | | |
| **ДАННЫЕ О ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ ЖЕРТВЕ НАСИЛИЯ** | | | | | |
| Имя, фамилия | | | | Возраст | Пол:  □Ж  □M |
| Aдрес: | | Контактный телефон: | | Место нахождения ребенка в момент подачи сигнала: | |
| **ДАННЫЕ О РОДИТЕЛЕ (ЛЯХ) / ОПЕКУНЕ (АХ)** | | | | | |
| □ Родитель; □ Опекун | Имя, фамилия | | | | |
| Aдрес: | | | | Контактный телефон: | |
| **ДАННЫЕ О ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ / ПОДОЗРЕВАЕМОЙ СИТУАЦИИ НАСИЛИЯ** | | | | | |
| Дата, время | Место происшествия: | | | | |
| Краткое описание наблюдаемой ситуации: | | | | | |
| **ДАННЫЕ О ПОДОЗРЕВАЕМОМ / ПРЕДПОЛАГАЕМОМ НАСИЛЬНИКЕ (АХ)** | | | | | |
| Отношение к предполагаемой жертве:  □родитель  □родственник  □работник / специалист  □житель сообщества  □другой ребенок  □неизвестный | | | Доступ насильника к жертве:   □постоянный  □частичный / ситуативный  □не имеет доступа | | |
| **ТИП СЛУЧАЯ** | | | | | |
| **НАСИЛИЕ** | | | **ПРЕНЕБРЕЖЕНИЕ** | | |
| □ физическое | | | □ воспитательное | | |
| □ сексуальное | | | □ в обеспечении безопасности | | |
| □ психологическое | | | □ в кормлении | | |
| □ экономическое | | | □ в обеспечении гигиены | | |
|  | | | □ в одевании | | |
|  | | |  | | |
| **ИНДИКАТОРЫ / КРИТЕРИИ** | | | | | |
| **ФИЗИЧЕСКИЕ** | | | **ПСИХО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ** | | |
| □ переломы | □ синяки | | □ страх взрослых | | □ побеги из дома |
| □ ожоги | □ порезы | | □ тревожность | | □ сексуализированное поведение |
| □ энурез | □ заболевания передаваемые половым путем | | □ агрессия | | □ попытки суицида |
| □ головная боль | □ травмы половых органов / ануса | | □ депрессия | | □ отклоняющееся / девиантное поведение |
| □ физическое недоразвитие | □ беременность | | □ неуспеваемость в школе | | □ другие критерии |
| □ грязная одежда, несоотвествующая времени года | □ другие критерии | |  | |  |
| □ | □ | | □ | | □ |
| □ | □ | | □ | | □ |
|  | | | | | |
| Имя специалиста / работника, который заполнил сигнальный лист  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О. | | | Имя социального работника, который получил и зарегистрировал сигнальный лист  №записи в журнале регистрации и учета сигналов о случаях насилия или пренебрежения по отношению к ребенку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                    /Ф.И.О./ | | |

**Журнал регистрации и учета сигналов о случаях насилия**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Ф.И.О. | Дата рождения | Домашний адрес | Краткая информация о сигнале | Кем передан сигнал | | Кем принят сигнал | | Кому передан сигнал | | Причина Завершения | | Примечание |
| Ф.И.О | Дата и время | Ф.И.О | Дата и время | Ф.И.О | Дата и время | Дата и время | Причина завершения (случай подтвердился/  не подтвердился |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* .

**Литература:**

1. Насилие в отношении женщин, оценка за 2018 г.: оценки глобальной, региональной и национальной распространенности насилия в отношении женщин со стороны интимного партнера и оценки глобальной и региональной распространенности сексуального насилия в отношении женщин со стороны лиц, не являющихся партнерами. Женева: ВОЗ, 2021 г;
2. Кодексом «О здоровье народа и системе здравоохранения» Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК;

3. Межведомственное ведение дел по гендерному насилию, 2017г., опубликовано Руководящим Комитетом GBVIMS, Ссылка: https://gbvresponders.org/wp-content/uploads/2017/04/Interagency-GBV-Case-Management-Guidelines\_Final\_2017.pdf. ;

4. Конвенция Совета Европы о предупреждении и пресечении насилия в отношении женщин и насилия в семье, Ссылка: https://rm.coe.int/168008482e;

5. ВОЗ, ООН Женщины, ЮНФПА. Медицинская помощь женщинам, подвергшимся насилию со стороны интимного партнера или сексуальному насилию. Клиническое руководство. Женева: ВОЗ, 2014(WHO/RHR/14.26) ;

6. Декларация по искоренению насилия в отношении женщин; принята резолюцией 48/104 Генеральной Ассамблеи от 20 декабря 1993 года. Ссылка: <https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/violence.shtml>;

7. Закон РК «О профилактике бытового насилия» от 4 декабря 2009 года №214-IV;

8. Доклад о положении дел в мире в сфере профилактики насилия, 2014 г., ВОЗ. Ссылка: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/145087/WHO\_NMH\_NVI\_14.2\_rus.pdf;

9. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002;

10. Responding to Children and Adolescents Who have been sexually abused, WHO Recommendations, 2017. Ссылка:https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241550147;

11. Сексуальное и гендерное насилие. Глоссарий А-Я. Международная федерация за права человека. FIDH.org. Ссылка: https://www.fidh.org/IMG/pdf/atoz\_a\_rus.pdf;

12. Клинический протокол Министерства здравоохранения РК «Гендерное насилие», одобрено Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг, от 23 декабря 2021 года, протокол №154;

13. Меры реагирования в случаях насилия со стороны интимного партнера и сексуального насилия в отношении женщин: Клинические и стратегические рекомендации ВОЗ, 2013.

### Занятие 2. «Постконтаная профилактика ИППП в случае сексуального насилия. Постконтактная профилактика ВИЧ в случае гендерного насилия»

**ПЛАН ЗАНЯТИЯ**

**к занятию 2 «Постконтаная профилактика ИППП в случае сексуального насилия. Постконтактная профилактика ВИЧ в случае гендерного насилия»**

**Цель занятия:** ознакомить с семиотикой воспалительных заболеваний органов малого таза специфической и неспецифической этиологии, возникших в результате гендерного насилия; с методами ИППП и ВИЧ лиц, переживших гендерное насилие

**По завершении данного модуля обучающийся должен:**

**знать**

методы профилактики и лечения ИППП у лиц, пострадавших от гендерного насилия;

клинические симптомы, дифференциальную диагностику ИППП, которыми может заболеть лицо в результате гендерного насилия;

подходы к консультированию по вопросам до- тестовой и после-тестовой консультации по ВИЧ;

знать правила постконтактной профилактики ВИЧ инфекции.

**уметь**

проводить консультирование женщин о возможных рисках ИППП и ВИЧ, в том числе лиц с инвалидностью по зрению и слуху;

назначать постконтактную профилактику ИППП;

диагностировать и назначать лечение заболеваний органов малого таза специфической этиологии, которые наступили в результате гендерного насилия;

проводить профилактику постконтактную профилактику ВИЧ;

уметь проводить до-тестовое и после-тестовое консультирование при проведении постконтактной профилактики ВИЧ у лиц, переживших гендерное насилие, в том числе лиц с инвалидностью.

**Основные вопросы, которые будут рассматриваться**:

1. Постконтаная профилактика ИППП в случае гендерного насилия.
2. Гонорея. Хламидиоз. Трихомониаз. Сифилис. Гепатит В Симптомы. Клиника. Диагностика. Инкубационный период. Лечение. Критерии излеченности.
3. Постконтактная профилактика ВИЧ в случае гендерного насилия. Алгоритм действий при использовании постконтактной профилактики ВИЧ. Подходы к консультированию при проведении постконтактной профилактики ВИЧ.

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ**

**к занятию 2 «Постконтаная профилактика ИППП в случае сексуального насилия. Постконтактная профилактика ВИЧ в случае гендерного насилия».**

**Постконтаная профилактика ИППП в случае гендерного насилия.**

ВОЗ рекомендует лицам, перенесшим сексуальное насилие, следует предоставлять профилактическое/пробное лечение на случай заражения ИППП, включая хламидиоз, гонорею, трихомониаз и сифилис, в зависимости от распространенности этих заболеваний. При выборе препаратов и режимов рекомендуется полагаться на национальные руководства [1].

**Инфекции, передаваемые половым путем**

* Каждый день в мире происходит более 1 миллиона случаев заражения инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), большинство из которых протекают бессимптомно (ВОЗ, 2023).
* Согласно оценкам, каждый год происходит 374 миллиона новых случаев заражения одной из четырех излечимых ИППП – хламидиозом, гонореей, сифилисом или трихомониазом (ВОЗ, 2023).
* ИППП напрямую сказываются на сексуальном и репродуктивном здоровье, приводят к стигматизации, бесплодию, онкологическим заболеваниям и осложнениям в период беременности, а также повышают риск ВИЧ-инфекции (ВОЗ, 2023).

Таблица 2. Факты и цифры по ИППП

|  |  |
| --- | --- |
| Факты и цифры [2] | |
| 30 | видов и бактерий, вирусов и паразитов передаются при половом контакте |
| 8 | из них вызывают наиболее часто встречающиеся инфекции, передаваемые половым путем |
| 4 | из этих 8 инфекций: сифилис, гонорея, хламидиоз и трихомониаз – сегодня поддаются лечению |
| 4 | Инфекции гепатит В, вирус простого герпеса. ВИЧ, вирус паппиломы человека являются вирусными и неизлечимы |

ИППП в основном передаются при половой контакте, в том числе вагинальном, анальном, орально. Часть инфекций передается с компонентами крови, некоторые из инфекций (сифилис, гепатит В, ВИЧ) передаются вертикальным путем, то есть от матери плоду во время беременности.

**Гонококковая инфекция**

Гонококковая инфекция (гонорея) Gonorrhoea, Gonococcal Infection - инфекционное заболевание, вызываемое Neisseria gonorrhoeaе, передаваемое половым путем с преимущественным поражением мочеполовой системы человека.

Основной путь заражения - вагинальный, оральный или анальный половой контакт. Дети могут инфицироваться при прохождении плода через родовые пути матери, больной гонореей, нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми, а также путем прямого полового контакта.

Наиболее часто инфекция локализуется в очаге первичного заражения, но также может наблюдаться восходящий процесс, приводящий к развитию воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ), орхоэпидидимита или бактериемии [3].

Гонококк перемещается по слизистой оболочке мочеполовых органов или по лимфатическим сосудам в более отдаленные отделы мочеполового тракта: в фаллопиевы трубы, яичники и т.д. Возможен также ретроградный занос гонококков в полость матки. Иногда наблюдается гематогенная диссеминация гонококков, приводящая к гонококковому сепсису, сопровождающаяся септицемией и септикопиемией[4].

При остром гонорейном процессе наблюдаются диффузные экссудативные изменения. При хроническом гонорейном процессе наряду с экссудативными изменениями возникают воспалительные инфильтраты, цилиндрический эпителий на отдельных участках трансформируется в многослойный плоский и нередко в ороговевающий, исходом чего могут стать рубцовая атрофия ткани и формирование стриктуры [4].

Клиническая картина гонореи обусловлена развитием воспалительного процесса слизистой оболочки того места куда попала инфекция. Бессимптомное течение заболевание встречается как у женщин (до 50% случаев), так и у мужчин (до 10%). Инфекции прямой кишки и глотки протекают бессимптомно в большинстве случаев [3].Поэтому лица, пережившие гендерное насилие, и не получившие в течении первых суток профилактическое лечение, могут не знать о наличии у них инфекции вплоть до тех пор пока не будут обследоваться на ИППП по другому поводу (например, бесплодие, инфекционный артрит и др.).

Но если **симптомы** проявляются, то они могут быть **следующими**:

**Гонококковый уретрит, цервицит, вульвовагинит**, проявляющийся гнойными или слизисто-гнойными выделениями из половых путей, с зудом/жжением в области наружных половых органов, диспареунией (болезненностью во время полового акта), дизурией (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании), дискомфортом или болью в области нижней части живота.

**Гонококковый проктит:** зуд, жжение в аноректальной области, незначительные выделения желтоватого или красноватого цвета из прямой кишки.

**Гонококковый фарингит**: чувство сухости в глотке и боль, усиливающаяся при глотании, осиплость голоса.

**Гонококковый конъюнктивит**: резкая болезненность, слезотечение, отечность век, светобоязнь.

Клинические симптомы ВЗОМТ у женщин при гонококковой инфекции при развернутой картине: симптомы общей интоксикации (повышение температуры тела, общая слабость, утомляемость, повышение СОЭ при клиническом исследовании крови).

**Гонококковый сальпингоофорит:** боль в области нижней части живота схваткообразного характера, гнойные или слизисто-гнойные выделения из половых путей; при хроническом течении субъективные проявления менее выражены, отмечается нарушение менструального цикла.

**Гонококковый эндометрит**: боль в нижней части живота, как правило, тянущего характера, гнойные или слизисто-гнойные выделения из половых путей; при хроническом течении эндометрита субъективные проявления менее выражены, нередко отмечаются межменструальные скудные кровотечения.

**Гонококковый пельвиоперитонит:** резкая боль в животе, тошнота, рвота, нарушение дефекации, слабость, тахикардия.

Время, прошедшее с момента сексуального контакта с предполагаемым источником заражения до появления субъективных симптомов от 1 суток до 1 месяца. Следовательно, пациенты, которые по каким-то причинам не обратились за медицинской помощью сразу после факта сексуального насилия, могут прийти на прием к гинекологу с соответствующими жалобами на боли, выделения, температуру и др., но при этом умалчивать о произошедшем случае насилия, в течение первого месяца. Тогда при внимательном осмотре, врач может обратить внимание на другие симптомы и заподозрить гендерное насилие.

**Таблица 3. Классификация гонококковой инфекции**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| По течению | По остроте процесса | По тяжести течения: |
| * свежая; * хроническая; * латентная | * острая; * подострая; * торпидная. | * неосложненная; * осложненная. |

**Лабораторные исследования:**

Верификация диагноза гонококковой инфекции базируется на результатах лабораторных исследований – обнаружении *N. Gonorrheae и*ли генетического материала возбудителя с помощью одного из методов:

**Таблица 4. Лабораторные исследования**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***Микроскопическое исследование*** | ***Культуральное исследование*** | ***Молекулярно-биологические методы исследования*** |
|  | исследование препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму | посев отделяемого из зоны воспаления на специальные среды и выделении чистой культуры, с последующим определением чувствительности микроорганизма к антибиотикам, его типированием. | -обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *N. Gonorrhoeae*  -Методы амплификации нуклеиновых кислот (МАНК) |
| Чувствительность | 90-100%-с манифестными проявлениями и 45-64% при бессимптомном течении | Зависит от среды и реагентов | ≥90% |
| Специфичность | 90-100% |  | ≥90% |

**Лечение:**

Цефалоспорины: -Цефтриаксон 500 мг в/м однократно

-Цефиксим 400 мг перорально однократно Аминогликозиды: Спектиномицин\* 2,0 г в/м однократно *(если есть аллергия на цефалоспорины)*

**Таблица 5. Лечение ВЗОМТ гонококковой этиологии**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Терапия и продолжительность** |
| Гонококковый пельвиоперитонит | цефтриаксон (500 мг в/м однократно) + доксициклин (200 мг перорально в сутки на курс 10-14 дней) + метронидазол (400 – 500 мг перорально 2 раза в сутки на курс 10-14 дней) |
| Диссеминированная гонококковая инфекция | * цефтриаксон 1,0 г внутримышечно или внутривенно каждые 24 часа * цефотаксим 1,0 г внутривенно каждые 8 часов в течение 10-14 дней * спектиномицин 2,0 г внутримышечно каждые 12 часов   Через 24-48 часов после начала парентеральной антибактериальной терапии, при условии исчезновения клинических симптомов заболевания, возможно продолжение терапии по схеме:   * цефиксим 400 мг перорально 2 раза в сутки с общей продолжительностью терапии - 14 дней |

**Особые ситуации.** Если сексуальное насилие было в отношении беременной женщины и выявлена гонококковая инфекция, или беременность и гонококковая инфекция наступили в результате сексуального насилия, и пациентка по каким-то соображениям отказывается прерывать беременность, то лечение беременных, больных гонококковой инфекцией, осуществляется на любом сроке беременности антибактериальными препаратами с учетом их влияния на плод.

**Лечение беременных:**

цефтриаксон 500 мг внутримышечно однократно

*или*  
цефиксим 400 мг перорально однократно

*или*  
спектиномицин 2,0 г внутримышечно однократно.

**Установление излеченности гонококковой инфекции проводится:**

на основании культурального метода исследования или метода амплификации РНК (NASBA) через 14 дней после окончания лечения;

на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) не ранее, чем через месяц после окончания лечения.

**Урогенитальный хламидиоз**

Урогенитальный хламидиоз – инфекционное заболевание, передаваемое половым путем, возбудителем которого является *Chlamydia trachomatis*.

Пути передачи: половой при генитогенитальных, аногенитальных, орогенитальных, оро-анальных контактах; вертикальный - интранатальный. Реже встречается контактно-бытовой (в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми).

Клиническая классификация:

* различают: неосложненную (в случае развития уретрита и/или цервицита у женщин);
* осложненную (когда диагностируют воспалительные заболевания органов малого таза у женщин)

**Проявления урогенитального хламидиоза достаточно широки: от отсутствия специфических симптомов до развития манифестных форм заболевания**

Хламидийная инфекция не имеет специфических признаков, по которым можно отличить ее от воспалительных заболеваний другой этиологии.

Наиболее частой клинической формой урогенитальной хламидийной инфекции у женщин считают **цервицит.** Клиническая картина его чаще бывает мало-симптомной - лишь незначительные выделения слизистого характера из канала шейки матки. Иногда отмечают слизисто-гнойные выделения из влагалища, зуд и контактную кровоточивость шейки матки (слизисто-гнойный цервицит). При остром цервиците (наблюдается редко) происходит закупорка шеечного канала, появляется патологический экссудат; шейка матки при этом гиперемирована, отечна; развивается эктопия шейки матки.

Часто цервицит сочетается с **уретритом**, сопровождается нарушениями мочеиспускания и может стать причиной восходящего воспалительного процесса, приводящего к поражению эндометрия и маточных труб. **Эндометрит** может проявляться незначительными межменструальными кровянистыми выделениями из половых путей, умеренной болью внизу живота.

Хронический хламидийный эндометрит очень часто сопровождается сальпингитом или сальпингоофоритом. Хроническое течение хламидийной инфекции может переходить в острую форму, сопровождающуюся ознобом, повышением температуры тела до 38–39 °C, усилением боли внизу живота, особенно при физической нагрузке и запорах. Из канала шейки матки появляются обильные выделения слизисто-гнойного характера.

**Пельвиоперитонит** - субфебрильная температура и наличием серозного или серозно-гнойного выпота, который впоследствии приводит к развитию спаечного процесса.

**Бартолинит** - воспаление больших желез преддверия влагалища. Клиническими проявлениями будет боль отечность в области наружных половых органов.

***Физикальное обследование*** урогенитального хламидиоза среди женщин:

* гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из уретры;
* отечность и гиперемия слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала, эрозии слизистой оболочки шейки матки;
* гиперемия наружных отверстий протоков вестибулярных желез, болезненность и отечность протоков при пальпации;
* наличие плотных болезненных образований величиной с просяное зерно в области выводных протоков парауретральных желез;
* увеличенные, болезненные при пальпации маточные трубы и яичники, укорочение сводов влагалища (при остром сальпингоофарите), незначительная болезненность, уплотнение маточных труб (при хроническом сальпингоофарите);
* болезненная, увеличенная матка мягковатой консистенции (при остром эндометрите);
* плотная консистенция и ограниченная подвижность матки (при хроническом эндометрите);
* гектическая температура тела, гипотензия, олигурия, резкая болезненность живота при поверхностной пальпации, в нижних отделах определяется напряжение мышц брюшной стенки и положительный симптом раздражения брюшины (при пельвиоперитоните).

Однако, стоит учитывать, что при хламидиозе, как и при гонококковой инфекции, не всегда клиническая симптоматика очевидна и пациентка, не обратившаяся сразу после случая сексуального насилия за профилактической терапией, может впоследствии посттравматического и/или психологического стресса не обратить внимание на усилившиеся выделения из половых путей, или периодически боли внизу живота. И обнаружить наличие хламидийной инфекции спустя месяцы или годы при обследовании по поводу, например, бесплодия.

**Антибактериальная терапия** при урогенитальном хламидиозе заключается в применении группы препаратов Тетрациклины, Макролиды, Фторхинолоны, с длительность курса от 7 до 21 дней

Тетрациклины: Доксициклин 100 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней

*или*

Макролиды: - Азитромицин 1000 мг перорально однократно

- Джозамицин 500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней или 1000 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней

Фторхинолоны: Левофлоксацин 500 мг перорально 1 раз в сутки в течение 7 дней

Длительность курса терапии зависит от степени клинических проявлений воспалительных процессов мочеполовых органов, результатов лабораторных и инструментальных исследований. В зависимости от вышеперечисленных факторов длительность терапии может варьировать от 7 до 21 дней [5].

**Особые ситуации:** Если сексуальное насилие было в отношении беременной женщины и выявлена хламидийная инфекция, или беременность и хламидийная инфекция наступили в результате сексуального насилия, и пациентка по каким-то соображениям отказывается прерывать беременность, то лечение беременных, больных хламидийная инфекцией, осуществляется на любом сроке беременности антибактериальными препаратами с учетом их влияния на плод.

**Лечение беременных:**

джозамицин 500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней

*или*

азитромицин 1,0 г перорально однократно

Нужно помнить, что сама по себе хламидийная инфекция не является показанием для прерывания беременности.

**Урогенитальный трихомоноз**

**Урогенитальный трихомоноз**– инфекция, передаваемая половым путем, возбудителем которой является простейший одноклеточный паразит *Trichomonas vaginalis* [5].

**Таблица 6. Клиническая классификация урогенитального трихомониаза**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| По течению | По остроте процесса | По тяжести течения: |
| * свежий * Хронический * латентный | * острый * подострый * торпидный | * неосложненный * осложненный |

**Симптоматика у женщины урогенитального трихомониаза**

* ·вагинальные выделения серо-желтого цвета с неприятным запахом;
* ·зуд/жжение в области наружных половых органов;
* дискомфорт во время полового акта (диспареуния);
* болезненность при мочеиспускании (дизурия);
* эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки наружных половых органов и/или кожи внутренней поверхности бедер;
* дискомфорт или боль в нижней части живота.

**Симптоматика у девочек*:***

* обильные свободные выделения из влагалища;
* болезненность при мочеиспускании (дизурия);
* эрозии и язвы в области вульвы, гименального кольца, влагалища и наружного отверстия мочеиспускательного канала.

**Физикальное обследование урогенитального трихомониаза у женщин:**

**Локализация кожных поражений:**

У женщин при этом поражаются наружные половые органы (половые губы, клитор), слизистая влагалища и шейки матки, полость матки, яичники, маточные трубы. У девочек при этом поражаются наружные половые органы (половые губы, клитор), слизистая влагалища. У лиц обоего пола при гонорее инфицируются миндалины, слизистые полости рта, область ануса, прямая кишка.

**Патоморфологическая картина изменений:**

**У женщин**

* гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойное или гнойное уретральное отделяемое;
* гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища, слизисто-гнойные или гнойные выделения в заднем и боковых сводах влагалища;
* эндоцервикальные язвы, рыхлость и отек шейки матки, слизисто-гнойные или гнойные выделения из цервикального канала;
* гиперемия, отечность и болезненность в области протоков вестибулярных желез.

**У девочек:**

* гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойное или гнойное уретральное отделяемое;
* гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища, слизисто-гнойные или гнойные выделения в заднем и боковых сводах влагалища

**Антибактериальная терапия** при урогенитальном трихомонозе заключается в применении группы препаратов Метронидазол, Тинидазол, в течение 5-7 дней, однократно

**Индикаторы эффективности лечения:**

Установление излеченности гонококковой инфекции проводится на основании культурального метода исследования или метода амплификации РНК (NASBA) через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) - не ранее, чем через месяц после окончания лечения.

При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

К концу терапии должна быть проведена оценка ликвидации соответствующих клинических симптомов, предотвращение осложнений и предупреждение инфицирования других лиц.

**Рекомендуемый эмпирический антимикробный режим для хламидиоза, гонореи и трихомониаза:** цефтриаксон 250 мг в/м в разовой дозе + Азитромицин 1 г перорально в разовой дозе + Метронидазол 2 г перорально в разовой дозе/или Тинидазол 2 г перорально в разовой дозе

**Последствия ИППП для репродуктивного здоровья в будущем**

Несмотря на большое разнообразие очаговости и специфики, у 40–70% женщин инфекции, передающиеся половым путем, протекает бессимптомно. И нередко первый признак заболевания - уже наступившее бесплодие. Причиной обтурационного бесплодия становятся склеротические изменения фаллопиевых труб, деструкция их эпителия и нарушение внутриорганного кровообращения.



**Рисунок 3. Обтурационное бесплодие**

Каждая четвертая женщина с трубным фактором бесплодия будет иметь положительные антитела к хламидиям, которые обратно пропорциональны частоте наступления беременности. Количество эпизодов ВЗОМТ и их тяжесть играют роль в вероятности бесплодия. Одно исследование показало, что частота наступления беременности после ВЗОМТ составила 89% после 1 эпизода, 77% после двух эпизодов и 46% после трех эпизодов. Гидросальпингиты, вызванные острым и хроническим воспалением, которые повреждают структурную целостность маточных труб, приводят к непроходимости маточных труб [6].

**Таблица 7. Дифференциальная диагностика ИППП**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Оцениваемые параметры | Гонококковая Инфекция | Микоплазменная инфекция | Хламидийная инфекция | Урогенитальный трихомониаз | Урогенитальный кандидоз |
| Выделения из половых путей | Слизисто- гнойные или гнойные без запаха | Слизистые или слизисто- гнойные без запаха | Слизистые мутные или слизисто- гнойные без запаха | Серо-желтого цвета, пенистые с неприятным запахом | Белые, творожистые, сливкообразные, с кисловатым запахом |
| Гиперемия слизистых оболочек мочеполового тракта | Часто | Часто | Преимущественно слизистой оболочки шейки матки | Часто | Часто |
| Зуд/жжение в области наружных половых органов | Часто | Редко | Редко | Часто | Часто |
| Дизурия | Часто | Часто | Часто | Часто | Редко |
| Диспареуния | Часто | Часто | Часто | Часто | Часто |
| Рн вагинального экссудата | 3,8 — 4,5 | 3,8 — 4,5 | 3,8 — 4,5 | Может быть > 4,5 | 3,0 — 3,8 |
| Микроскопия | Грамотрицательные диплококки с типичными морфологическими и тинкториальными свойствами | Оценка признаков воспаления (лейкоцитарная реакция, количество эпителиальных клеток) | Для верификации диагноза не проводится | Присутствие *T. Vaginalis* | Грибы *Candida* с преобладанием мицелия и почкующихся дрожжевых клеток |
| Культуральное исследование | *N. Gonorrhoeae* | - | *C. Trachomatis* | *T. Vaginalis* | Рост колоний *Candida*в титре более 103 КОЕ/мл |
| Молекулярно-биологические методы исследования | *N. Gonorrhoeae* | *Mycoplasma genitalium* | *C. Trachomatis* | *T. Vaginalis* | *Candida* *albicans* |

**Таблица 8. Антибактериальная терапия:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Гонококковая Инфекция | Хламидийная инфекция | Урогенитальный трихомониаз | Сифилис |
| Группа препаратов | Цефалоспорины, Аминогликозиды | Тетрациклины , Макролиды, Фторхинолоны | Метронидазол, Тинидазол | Бензатин бензилпенициллин, |
| Длительность курса | 10-14 дней | 7-21 день | 5-7 дней, однократно | До 14 дней в зависимости от формы |

**Профилактика инфекции, передающихся половым путем при гендерном насилии (женщины) в первые 24 часа.**

* Лица, перенесшие сексуальное насилия, выпускают мочу, тщательно моют руки, а затем обмывает тепловой водой с мылом половые органы, бедра, промежность;
* После высушивания салфеткой те же места тщательно протирают ватным тампоном, пропитанным раствором 0,05% хлоргексидина;
* сприцевания влагалища производят раствором 0,05% хлоргексидина с последующим введением в уретру с помощью глазной пипетки раствора 0,05% хлоргексидина.

**Сифилис**

Сифилис ИППП, вызывается *T. Pallidum* – спирохетой, которая не может существовать в течение долгого времени вне человеческого организма. *T. Pallidum* проникает через слизистые мембраны или кожу, достигает местных лимфоузлов в течение нескольких часов и быстро распространяется по всему организму. Заражение сифилисом происходит при оральном, вагинальном и анальном сексе, во время беременности и при переливании крови. При беременности сифилис может привести к мертворождению, смерти новорожденного и рождению ребенка с сифилисом (врожденный сифилис).

**Таблица 8. Клиническая классификация сифилиса:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Стадия | Описание | Клинические проявления |
| Первичный | Контагиозный | Твердый шанкр (маленькая, обычно безболезненная ранка на коже), местное увеличение лимфатических узлов |
| Вторичный | Контагиозный  Появляется недели или месяцы после первой стадии | Сыпь (которую можно перепутать с несколькими другими заболеваниями), раны на слизистых мембранах, потеря волос, лихорадка, много других признаков |
| Латентный | Бессимптомный; обычно неконтагиозный  Может быть невыраженным или сменяться заболеванием поздней стадии | **Ранний латентный сифилис** (< 1 года с момента заражения), иногда с рецидивами инфекционных поражений  **Поздний скрытый сифилис** (≥ 1 года с момента заражения), в редких случаях с рецидивами; положительный результат серологических тестов |
| Поздний или третичный | Симптоматичный; неконтагиозный | Клинически классифицируется как доброкачественный третичный сифилис, сердечно-сосудистый сифилис или нейросифилис (например, бессимптомный, менинговаскулярный или паренхиматозный нейросифилис; спинная сухотка) |

**Первичный сифилис** - это начальная стадия течения сифилиса, проявляющаяся твердым шанкром, чаще генитальным, с сопутствующим лимфаденитом [7]. Могут встречаться экстрагенитальные и атипичные первичные поражения

**Жалобы у женщин:** язва на половых органах, в ротовой полости и других локализаций, увеличение лимфатических узлов, высыпания на коже и слизистых оболочках, выпадение волос.

**Физикальное обследование:** наличие твердого шанкра на половых органах и других локализациях, увеличение регионарных лимфатических узлов, высыпания на коже и слизистых оболочках.

**Превентивное лечение сифилиса** – это схема антимикробной терапии, которая проводится лицам, имевшим половой или тесный бытовой контакт с больными ранними стадиями сифилиса, если с момента контакта прошло не более 2 месяцев [8]. В случае гендерного насилия риск заражения сифилисом не высок и зависит от распространенности данного заболевания на территории произошедшего.

**Превентивное лечение сифилиса у взрослых:** бициллин-5 1,5 млн ЕД 2 раза в неделю внутримышечно, на курс 2 инъекции или бензилпенициллина новокаиновая соль 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки внутримышечно в течение 7 суток. Предпочтительным является однократное введение дюрантного пенициллина (бензатин бензилпенициллина\*)

Цефтриаксон по 250 мг в/м 1 раз в день в течение 5 дней как альтернативные препараты, в случае аллергии к препаратам пенициллинового ряда.

Доксициклин по 100 мг 2 раза в день в течение 10 дней как альтернативные препараты, в случае аллергии к препаратам пенициллинового ряда

Лечение установленного диагноза «Сифилис»:

Бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая Взрослые (в т.ч. беременные):

1 млн ЕД в сутки в/м в 6 введений. При первичном и вторичном свежем сифилисе - 10 дней; при вторичном рецидивном и скрытом сифилисе - 20 дней

**Индикаторы эффективности лечения:**

1. Отсутствие жалоб.

2. Регресс высыпаний.

3. Негативация нетрепонемных тестов – (РМП/РПР/VDRL) – или снижение титра антител в 4 и более раза (на 2 разведения сыворотки) в течение 12 месяцев после окончания специфической терапии по поводу ранних форм сифилиса.

**Гепатит В**

**Экстренная профилактика вирусного гепатита В**

* определяется иммунный статус лиц, переживших сексуальное насилие в отношении гепатита В по результатам лабораторного исследования на маркеры гепатита В методом ИФА.
* вакцинация лиц старше 15 лет проводится после предварительной маркерной диагностики на ВГВ.
* лица с положительным результатом исследования на ВГВ к вакцинации не допускаются.
* если лицо, пережившее сексуальное насилие не иммунизировано, немедленно (**не позднее 24 часов от момента контакта**) проводится специфическая иммунопрофилактика против гепатита В.

Лица, не привитые против ВГВ в сроки в соответствии с национальным календарем, прививаются по следующей схеме:

-дети до шести лет, не вакцинированные при рождении – 0-2-4 с интервалами между прививками – два месяца;

-ранее не вакцинированные дети старше шести лет и взрослые – 0-1-6 с интервалами между первой и второй прививками – один месяц, между второй и третьей – пять месяцев.

**Постконтактная профилактика ВИЧ**

Постконтактная профилактика ВИЧ инфекции – короткий курс приема антиретровирусных препаратов с целью снижения риска заражения ВИЧ после возможного инфицирования.

**Постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции**

* назначение АРТ при аварийной ситуации проводится врачом –инфекционистом центра по профилактике и борьбе со СПИД, при аварийных ситуациях прием трех антиретровирусных препаратов в течение 28 дней.
* предпочтительные схемы АРТ:

Тенофовир (TDF) 300 мг 1 раз в сутки + Ламивудин (3TC) 150 мг 2 раза в сутки (или Эмтрицитабин (FTC) 1 таблетка 1 раз в сутки) + лопинавир/ритонавир (LPV/r) 200/50 мг таблетка; 2 таблетки 2 раза в сутки.

*Альтернативные схемы АРТ:*

Тенофовир (TDF) 300мг 1 раз в сутки + Ламивудин (3TC) 150 мг 2 раза в сутки (или Эмтрицитабин (FTC) 1 таблетка 1 раз в сутки) + ралтегравир (RAL) 400 мг 2 раза в сутки или дарунавир (DRV) 600 мг 2 раза в сутки в комбинации с ритонавиром или эфавиренз (EFV) 400-600 мг 1 раз в сутки.

В момент назначения препаратов ПКП ВИЧ необходимо помнить, что данные препараты имеют ряд побочных эффектов и часто переносятся пациентами достаточно тяжело. Это одновременно усугубляется тем, что пациенты, перенесшие сексуальное насилие, испытывают стресс после произошедшего, стыд, неуверенность в себе и сильное чувство «что от них ничего не зависит». Очень часто в таких случаях в определенный момент пациенты могут отказаться от продолжения приема препаратов должное количество времени. Задача врача, консультанта убедить пациентку в длительном (28-дневном) приеме предложенных лекарственных средств постконтактной профилактики, настаивая на необходимости указывая пациентке, что благодаря данным препаратам риск заражения будет минимальным. Не стоит быть сильно оптимистичным во время описания препаратов. Лучше предупредить пациентку заранее о побочных эффектах, чтобы она знала, чего ожидать, что это временно.

Перед назначением ПКП ВИЧ обязательно проводится тестирование на ВИЧ, которому предшествует до-тестовое консультирование

**До-тестовое консультирование**

* Подчеркните конфиденциальность разговора
* Изложите причины, почему рекомендуется тестирование на ВИЧ
* Выясните степень информированности пациента о ВИЧ, что такое ВИЧ и СПИД, в чем отличие, пути передачи, жидкости организма опасные в плане передачи инфекции, «период окна», факторы риска заражения
* Перечислите услуги, в случае положительного теста
* Предоставьте информацию о тестировании (процедуру тестирования, возможные результаты, получение информированного согласия пациента)
* Совместно с пациентом оценить степень риска заражения ВИЧ
* Окажите пациенту психологическую поддержку, дайте информацию куда пациент может обратиться за поддержкой и помощью
* Дайте пациенту возможность задать вопросы

**После-тестовое консультирование:**

**Отрицательный результат**

* Подчеркните конфиденциальность разговора
* Сообщите результаты теста, убедитесь, что пациент правильно вас понял
* Проинформируйте о «периоде окна»
* Обсудите с пациентом способы индивидуальной защиты от ВИЧ
* Дайте информацию об организациях, работающих в области профилактики ВИЧ
* Дайте пациенту возможность задать вопросы

**Положительный результат**

* Подчеркните конфиденциальность разговора
* Сообщите результаты теста, убедитесь, что пациент правильно вас понял
* Окажите пациенту психологическую поддержку, дайте возможность выразить чувства
* Убедите пациента, что есть возможность противостоять развитию инфекции
* Обсудите семейные обстоятельства
* Расскажите о правах и обязанностях пациента, живущего с ВИЧ
* Дайте информацию об организациях, работающих в области лечения и профилактики ВИЧ в вашем регионе

Дотестовое и после-тестовое консультирование лиц с инвалидностью по слуху и зрению необходимо проводить используя дополнительные средства коммуникации. Если пациентка имеет проблемы со слухом, то необходимо пригласить сурдопереводчика, если нет такой возможности, то можно переписываться с пациентом, задавая удобные короткие, четко сформулированные вопросы. Выделите для этого специальный лист бумаги, что пациентка могла задавать вопросы письменно. Когда разговариваете с пациенткой, держите лицо открытым, смотрите в глаза пациентке. Очень часто лица с инвалидностью по слуху хорошо читают по губам. Говорите четко, медленно, доступным языком.

Если пациентка инвалид по зрению, очень важно чтобы информированное согласие было написано крупным шрифтом, и/или шрифтом Брайля. Все, что вы хотите сделать, написать, нужно проговаривать вслух. Объясняя необходимость ПКП ИППП и ВИЧ таким пациентам, делайте паузу, дайте пациентке принять и понять информацию и возможно задать вам вопросы.

Как правило сами психологические последствия перенесенного насилия для жертв очень тяжелы, и требуется помощь психологов для того, чтобы восстановиться от полученного стресса, от физической боли, страха за свою жизнь. И если после данного эпизода, пациенты получают положительный результат на ВИЧ это усугубляет и без того тяжелую ситуацию. Поэтому в каждом учреждении должен быть штатный психолог, чтобы не дать пациенту остаться один на один с полученной информации после консультирования. Необходимо во время консультирования иметь раздаточный материал с телефонами горячей линии, куда можно позвонить в случае возникновения вопросов.

Если пациент, который обратился к вам за помощью, имеет инвалидность по слуху, то на этапе консультирования по профилактике

**Рекомендации при проведении ПКП:**

* находиться под постоянным наблюдением специалиста по ВИЧ-инфекции и посещать врача еженедельно;
* избегать половых контактов или использовать презерватив для предупреждения заражения партнера;
* использовать методы контрацепции
* исключить донорство крови и органов;
* прекратить кормление грудью.

**Последующее наблюдение после случая сексуального насилия**

Повторные визиты планируют спустя 2 недели, 1 месяц, 3 месяца и 6 месяцев после эпизода насилия.

**Таблица 9. Последующее наблюдение после случая сексуального насилия**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата последующего приема**/ **Профилактика** | **2 недели** | **1 месяц** | **3 месяца** | **6 месяцев** |
| **Нежелательной беременности** | После приема ТЭК сделать тест на беременность. Предложить методы прерывания беременности, если есть необходимость |  |  |  |
| **ИППП** | Убедиться, что пациентка приняла все назначенные препараты | При необходимости проведите вторую вакцинацию от гепатита В. |  |  |
| **ВИЧ** |  | Убедиться, что пациентка приняла все назначенные препараты, если это имело место быть | Предложить пациентке тестирование на ВИЧ, провести консультирование пациентки до и после тестирования | Предложить пациентке тестирование на ВИЧ, провести консультирование пациентки до и после тестирования |

**Литература:**

1. Ответственные меры на насилие со стороны интимного партнера и сексуальное насилие в отношении женщин: клинические и политические рекомендации. ВОЗ. 2013. Ссылка: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/88184/WHO\_RHR\_13.10\_rus.pdf?sequence=5;

2. Инфекции, передаваемые половым путем. Информационный бюллетень ВОЗ, 2023 г.;

3. Клинический протокол «Гонококковая инфекция» МЗ РК от 3 октября 2019 года, Протокол №74;

4. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание. - Под редакцией Ю.С. Бутова,Ю.К. Скрипкина,О.Л.Иванова.- Москва. Гэотар-Медиа. 2020г-896 с;

5. Клинический протокол «Гендерное насилие», одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения РК от «23» декабря 2021 года Протокол №154;

6. Matthew H. Walker, Kyle J. Tobler Female infertility//StatPearls publishing -2022г;

7. Клинический протокол «Ранний сифилис», одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения РК от 29 марта 2019 года, протокол №60;

8. Клинический протокол «Превентивное лечение сифилиса», одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения РК, протокол № 10 от «04» июля 2014 года

### Занятие 3. «Ограничение прав при планировании семьи. Виды насилия в семье. Профилактика нежелательной беременности. Контрацепция»

**ПЛАН ЗАНЯТИЯ**

**к занятию 3 «Ограничение прав при планировании семьи. Виды насилия в семье. Профилактика нежелательной беременности. Контрацепция»**

**Цель занятия:** ознакомить с видами гендерного насилия, признаками гендерного насилия, принципами профилактики нежелательной беременности у лиц, переживших гендерное насилие, особенностями консультирования пострадавших от гендерного насилия, в том числе лиц с инвалидностью

**По завершении данного модуля обучающийся должен:**

**знать**

ограничение прав при планировании семьи;

принципы консультирования лиц, переживших гендерное насилие по вопросам экстренной контрацепции;

принципы консультирования лиц, переживших гендерное насилие, в том числе лиц с инвалидностью, по вопросам долгосрочной контрацепции.

**Уметь**

консультировать лиц, переживших гендерное насилие по вопросам планирования семьи;

подбирать метод экстренной контрацепции, назначать лекарственные средства;

применять средства долгосрочной контрацепции.

**Основные вопросы, которые будут рассматриваться**:

1. Понятие Планирование семьи, Основные права женщины согласно кодексу о здоровье РК
2. Понятие «домашнее насилие»
3. Экстренная контрацепция, препараты, правила назначения
4. Долгосрочная контрацепция лиц, переживших гендерное насилие
5. Особенности консультирования лиц с инвалидностью по зрению и слуху.

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ**

**к занятию 3 «Ограничение прав при планировании семьи. Виды насилия в семье. Профилактика нежелательной беременности. Контрацепция».**

**Репродуктивные права**

«Планирование семьи» - в соответствии с определением ВОЗ, включает комплекс мероприятий, способствующих решению одновременно нескольких задач: избежать наступления нежелательной беременности; иметь только желанных детей; регулировать интервал между беременностями; контролировать выбор времени рождения ребенка в зависимости от возраста родителей; устанавливать число детей в семье.

Право на планирование семьи реализуется на государственном уровне: предоставлением населению доступной и полной информации о всех аспектах службы планирования семьи, обеспечением соответствующей медицинской помощью, возможностью широкого использования контрацепции, формированием культуры сексуального и репродуктивного поведения населения с детского возраста.

**Репродуктивные права -** часть законных прав и свобод, которые связаны с деторождением, контрацепцией и сексуальным здоровьем, и которые утверждены в каждой стране мира согласно конституции данной страны.

Женщины имеют право решать вопрос о материнстве и свободного выбора современных методов предупреждения нежелательной беременности в целях охраны своего здоровья.

**Ограничение прав при планировании семьи может включать:**

* Принуждение или давление, чтобы наступила беременность.
* Принуждение или давление, чтобы родили ребенка или сделали аборт.
* Принуждение или давление с целью лишить вас возможности иметь ребенка (стерилизация).
* Принуждение к незащищенному сексу.
* Делать что-то, чтобы остановить действие противозачаточных средств (включая таблетки, презервативы, диафрагмы и т. д.).
* Сокрытие противозачаточного средства или запрети его покупать
* Отказ от использования экстренной контрацепции, когда она нужна (например, «на следующее утро после таблетки»).
* Сознательная передача вам инфекции, передающейся половым путем.
* Отказ от доступа к репродуктивному здравоохранению, включая скрининговые тесты на инфекции, передающиеся половым путем, рак молочной железы и рак шейки матки (мазки Папаниколау).
* Принуждение или давление с целью приема лекарств или проведения операции по прекращению менструации (принудительное подавление менструального цикла).
* Принуждение, чтобы сделать операцию по удалению частей ваших гениталий.
* Предотвращение или ограничение доступа к услугам и информации по сексуальному здоровью.

К видам насилия, ограничивающим репродуктивные права относятся:

*принуждение к аборту*. Принудительный аборт – это преступление, заключающееся в преднамеренном прерывании или организации прерывания беременности посредством любой процедуры без предварительного, полного, добровольного и информированного согласия беременной.

*принудительная беременность*. Принудительная беременность – это акт принуждения женщины или девушки к беременности или, когда женщине, или девушке отказывают в возможности прервать беременность; Отказ от использования методов контрацепции одним из партнеров, прокалывание презерватива, снятие презерватива во время полового контакта, подмена контрацептивов; угроза прервать отношения при отсутствии беременности; обман пациентки, путем ложного информирования о проведенной ранее мужской стерилизации.

*принудительная контрацепция*. Контрацепцией называются меры, принимаемые для предотвращения беременности – либо необратимые (например, стерилизация), либо временные (с помощью обратимых методов, таких как: противозачаточные таблетки, имплантаты, инъекции, диафрагмы, внутриматочные средства и т.д.). Возможность самостоятельно решать, использовать или не использовать средства контрацепции, является сексуальным, репродуктивным и семейным правом, признанным в международном праве. Поэтому, принудительная контрацепция является нарушением прав человека, в связи с чем государство несет ответственность за предупреждение, наказание и реабилитацию в тех случаях, когда происходит данное нарушение.

*принудительная стерилизация*. Насильственная стерилизация представляет собой акт необратимого лишения лица его репродуктивной способности без получения предварительного информированного и подлинного согласия, или, когда это не требуется или не оправдано медицинской необходимостью. Примеры включают принудительную стерилизацию лиц с психическими или физическими недостатками, ВИЧ-инфицированных, коренных и этнических меньшинств, транссексуалов и интерсексуалов, женщин-заключенных, правозащитников и неимущих женщин. Насильственная стерилизация несоразмерно сильнее и в основном затрагивает женщин и девочек.

**Понятие «Гендерное насилие». Виды гендерного насилия**

**Насилие** - это преднамеренное применение физической силы или власти, действительное или в виде угрозы, направленное против себя, против иного лица, группы лиц или общины, результатом которого являются (либо имеется высокая степень вероятности этого) телесные повреждения, смерть, психологическая травма, отклонения в развитии или различного рода ущерб.

**Гендерное насилие –** любой совершенный на основании полового признака акт насилия, который причиняет или может причинить вред физическому, половому или психологическому здоровью женщины или страдания, а также угрозы совершения таких актов, принуждение или произвольное лишение свободы, будь то в общественной или личной жизни.

**Физическое насилие** - умышленное причинение вреда здоровью путем применения физической силы и причинения физической боли. Оно характеризуется такими действиями как толчки, хватание, бросание, нанесение ударов ладонью и/или кулаком и/или посторонними предметами, удерживание, удушение, пинки; использование оружия, ожоги и т. п.

**Психологическое насилие** - умышленное воздействие на психику человека, унижение чести и достоинства посредством угроз, оскорблений, шантажа или принуждение (понуждение) к совершению правонарушений или деяний, представляющих опасность для жизни или здоровья, а также ведущих к нарушению психического, физического и личностного развития.

**Сексуальное насилие** - умышленное противоправное действие, посягающее на половую неприкосновенность или половую свободу человека, а также действия сексуального характера по отношению к несовершеннолетним. Сексуальное насилие - это принуждение к половым отношениям посредством силы, угроз или шантажа (изнасилование); принуждение к половым отношениям в неприемлемой для женщины форме.

**Экономическое насилие** - умышленное лишение человека жилья, пищи, одежды, имущества, средств, на которые он имеет предусмотренное законом право. Экономическое насилие может выражаться в следующих формах: отказ в содержании детей; утаивание доходов, трата обидчиком семейных денег только на собственные нужды, самостоятельное принятие большинства финансовых решений, строжайший контроль над расходами членов семьи; и т. п.

**Виды сексуального насилия:** домашнее насилие (насилие супругом или сексуальным партнером, сексуальное насилие над детьми); насилие в обществе (изнасилование или домогательство на рабочем месте, в учебных учреждениях, в общественных местах, торговля людьми); насилие, совершаемое государством (насилие в государственных учреждениях, насилие во время военных конфликтов и т.п.).

**Домашнее насилие** («насилие со стороны интимного партнера») означает «все проявления физического, сексуального, психологического или экономического насилия в семье или семейном союзе или между бывшими или нынешними супругами или партнерами вне зависимости от того, проживает ли или проживал ли ранее виновник насилия вместе с пострадавшими». Две основные формы домашнего насилия — это насилие, совершаемое интимным партнером в отношении нынешнего или бывшего супруга или партнера, и насилие с вовлечением разных поколений, которое характерно для отношений детей и родителей (Статья 3 Стамбульской конвенции и Объяснительного отчета) [1].

Домашнее насилие - это не отдельный случай насильственного поведения агрессивного мужа и не просто устарелый обычай. На самом деле домашнее насилие и угроза насилием - это механизмы власти и контроля, которые существуют для лишения женщин свободы и возможности самореализации, и в контексте общей дискриминации женщин в мире являются одним из проявлений общего насилия над женщинами.

Медицинский работник часто становится первым сотрудником, с которым вступает в контакт женщина, пострадавшая от насилия со стороны сексуального партнера или сексуального насилия. Медицинские работники, контактирующие с женщинами, которые сталкиваются с насилием, должны уметь распознавать признаки такой медицинские работники, контактирующие с женщинами, которые сталкиваются с насилием, должны уметь распознавать признаки такой. Очень важно медицинским работникам выяснять наличие признаков гендерного насилия у каждого пациента, так как этому может подвергаться любая женщина.



**Рисунок 4. Цикл насилия**

«Репродуктивное насилие» или ограничение права на планирование семьи можно заподозрить, если пациентка часто приходит на прием к гинекологу с просьбой прервать беременность, при этом не использует рекомендуемые врачом средства контрацепции; если беременная пациентка, несмотря на имеющиеся противопоказания к вынашиванию беременности, соглашается сохранять и пролонгировать наступившую беременность по настоянию мужа или партнера; если пациентка просит рекомендовать ей какой-нибудь метод контрацепции, который будет «незаметен» ее мужу и др.

Также, заподозрить ограничение права женщины на планирование семьи можно, когда пациентка идет на прерывание беременности по настоянию супруга и/или родственников. Это может быть сделано под угрозой прерывания отношений, физической расправы и др. Если пациентка подвергается хирургической стерилизации без добровольного информированного согласия, по настоянию партнера, мужа, родственников или медицинских работников - это так же является формой ограничения прав пациентки на планирование семьи.



**Рисунок 5. Колесо власти и контроля**

**Понятие «Экстренная контрацепция»;**

**Экстренная контрацепция** - метод предотвращения нежелательной [беременности](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C), который применяется для предотвращения наступления нежелательной беременности, которая может наступить в случае, если:

-был случайный незащищенный половой акт;

-произошло изнасилование;

-при наличии сомнений в целости использованного презерватива, при смещении диафрагмы или экспульсии внутриматочной контрацепции.

ВОЗ рекомендует женщинам, обратившимся за медицинской помощью не позднее чем через 5 дней после перенесенного сексуального насилия, следует предлагать средства экстренной контрацепции. По возможности такие средства следует применять в максимально короткий срок после акта сексуального насилия в целях достижения наибольшей эффективности [2].

**Виды экстренной контрацепции**

* Таблетки, содержащие прогестин (левоноргестрел).
* Комбинированные оральные контрацептивы, содержащие эстроген + прогестин (левоноргестрел, норгестрел или норэтиндрон) Метод Юзпе.
* Внутриматочный контрацептив.
* Средство, содержащее улипристал.
* Мифепристон.

Для экстренной контрацепции нежелательной беременности лица, подвергшегося сексуальному насилию, согласно рекомендациям ВОЗ используются следующие препараты: Таблетки, содержащие прогестин, метод Юзпе или средство, содержащее улипристал.

В зависимости от фазы менструального цикла, когда применяется данный метод контрацепции, экстренная контрацепция оказывает различное действие:

* замедляет или предотвращает выход яйцеклетки;
* предупреждает оплодотворение.

Экстренная контрацепция может предупреждать беременность в 95% и более случаев при ее использовании в течение пяти дней после полового акта.

Эффективность метода экстренной контрацепции Юзпе составляет от 56% до 86%, в зависимости от своевременности использования после незащищенного полового акта, в среднем составляет до 75%. Индекс Перля составляет 1-4, в зависимости от дня менструального цикла. Этот метод наиболее эффективен при использовании в течение 72 часов и менее эффективен при использовании через 72–120 часов после незащищенного полового акта.

Было обнаружено, что однократное и дробное дозирование одинаково эффективно предотвращает нежелательную беременность, даже при дополнительных актах незащищенного полового акта.

Однако именно, однократный прием 1,5 мг левоноргестрела рекомендуется как метод выбора.

Таблетки экстренной контрацепции (ТЭК):

* обеспечивают надежное предохранение от нежелательной беременности в случае, если принимаются в течении 5 дней после полового акта
* после приема данных таблеток можно плавно перейти на другой метод контрацепции
* данные препараты не прерывают уже имеющуюся беременность

**Таблетки для экстренной контрацепции** - это безопасный и эффективный метод контрацепции, который можно использовать даже тем женщинам, которым противопоказаны гормональные методы контрацепции (см. таблицу приемлемости методов контрацепции по ВОЗ). Это обусловлено непродолжительным противозачаточным эффектом.

Препараты, используемые для экстренной контрацепции, не наносят вреда будущей фертильности. После приема ТЭК не происходит задержки с восстановлением фертильности.

**Таблица 10. Правила приема таблеток экстренной контрацепции:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Состав** | **Торговое название** | **Режим приема** |
| Левоноргестрел  (1табл – 0,75 мг): | Постинор | в течение 72 часов принять 1 таблетку и через 12 часов принять еще 1 таблетку. |
| Левононоргестрел (1 табл – 1,5 мг) | Эскапель | принять 1 таблетку в первые 72 часа |
| Этинилэстрадиол(30мкг)+ Левоноргестрел (0,15мг)  или  Этинилэстрадиол(30мкг)+ норгестрел(0,3мг) | КОК | Принять 4 таблетки в первые 72 часа и затем через 12 часов еще 4 таблетки |
| Улипристал ацетат | Эсми | 30 мг внутрь однократно |

При применении таблеток экстренной контрацепции, возможно возникновение побочных эффектов таких как рвота и тошнота. Меньше риск возникновения данных побочных эффектов при приеме таблеток, содержащих левоноргестрел.

Если все же рвота началась в течении 2-3-х часов после приема одной из доз препаратов экстренной контрацепции, то ее нужно повторить.

Если женщина обращается за помощью по истечении допустимого для применения средств экстренной контрацепции срока (5 суток), если экстренная контрацепция не дала желаемого результата или если в результате сексуального насилия наступила беременность, женщине следует предложить безопасные средства прерывания беременности в соответствии с национальным законодательством (ВОЗ).

**Критерии приемлемости методов контрацепции в зависимости от состояния (ВОЗ) [3]**

Категория 1 - Состояние, при котором нет ограничений для использования метода. Использование метода без ограничений. Ограничения клинического наблюдения отсутствуют.

Категория 2 - Состояние, при котором польза от использования метода обычно превышает теоретический риск. В целом возможно использовать метод. Ограничения клинического наблюдения отсутствуют.

Категория 3 - Состояние, при котором теоретический или доказанный риск обычно превышает пользу от использования метода. Использование метода обычно не рекомендуется, за исключением случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. Ограничения клинического наблюдения – не использовать метод

Категория 4 - Состояние, при котором применение контрацепции создаст недопустимый риск для здоровья. Метод не может быть использован. Ограничения клинического наблюдения – не использовать метод

**Сексуальное насилие** - это состояние которое относится к 1 категории. То есть, в случае изнасилования **никаких** ограничений для использования таблеток экстренной контрацепции **нет.**

**Особенности консультирования лиц, переживших гендерное насилие.**

В момент обращения за медицинской помощью лица, пережившего гендерное насилие очень важно обсудить совместно с пациенткой риски наступления нежелательной беременности. Это можно сделать следующим образом:

-деликатно уточнить, имело ли место сексуальное насилие

-использовал ли преступник презерватив

-использует ли сама пациентка в настоящее время какие-либо виды контрацепции (возможно она использует ВМК как долгосрочный метод контрацепции, или перенесла в прошлом добровольную хирургическую стерилизацию, или принимает на регулярной основе гормональные контрацептивы)

-имело ли место нарушение в использовании ею выбранного метода контрацепции в последнее время

-как давно произошел инцидент сексуального насилия (помним, что наибольшая эффективность при обращении за помощью первые 72 часа).

После выяснения наличия риска наступления нежелательной беременности, при назначении препаратов экстренной контрацепции необходимо помнить, что данные препараты имеют ряд побочных эффектов. Об этом следует заранее предупредить пациентку, до того, как она примет данные лекарственные средства. Даже обратившись за помощью и осознавая свою невиновность в произошедшем, очень часто лица, перенесшие гендерное насилие испытывает стыд, страх, неуверенность. Задача врача, консультанта убедить пациентку в необходимости приема предложенных лекарственных средств экстренной профилактики нежелательной беременности.

Учитывая разные формы сексуального насилия, при подозрении на принудительный отказ от контрацепции, частые беременности с последующим прерыванием беременности и отказе пациентки от использования каких-либо методов контрацепции должны навести консультирующего врача на мысль о необходимости предложить долгосрочные виды контрацепции данной пациентки, о которых ее партнер не будет знать и не сможет вмешаться в процесс контрацепции.

К таким методам можно отнести:

* Внутриматочная контрацепция;
* Противозачаточные импланты;
* Инъекционные контрацептивы;
* Добровольная хирургическая стерилизация (не обратимая!).

Консультирование лиц с инвалидностью по слуху и зрению необходимо проводить используя дополнительные средства коммуникации. Если пациентка имеет проблемы со слухом, то необходимо пригласить сурдопереводчика, если нет такой возможности, то можно переписываться с пациентом, задавая удобные короткие, четко сформулированные вопросы. Выделите для этого специальный лист бумаги, чтобы пациентка могла задавать вопросы письменно. Когда разговариваете с пациенткой, держите лицо открытым, смотрите в глаза пациентке. Очень часто лица с инвалидностью по слуху хорошо читают по губам, обращая внимание на вашу артикуляцию. Говорите четко, медленно, доступным языком. Если пациентка инвалид по зрению, очень важно чтобы информированное согласие было написано крупным шрифтом, и/или шрифтом Брайля. Все, что вы хотите сделать, написать, нужно проговаривать вслух. Объясняя необходимость экстренной контрацепции таким пациентам, делайте паузу, дайте пациентке принять и понять информацию и возможно задать вам вопросы.

Очень частым за сомнением в приеме препаратов экстренной контрацепции стоит неуверенность пациентов в том, что это не аборт, а именно профилактика беременности. В силу своих внутренних и/или религиозных убеждений часть пациентов может отказаться от приема препаратов считая их действие абортивным, поэтому очень важно во время консультации сделать акцент на механизме действия постконтактной профилактике нежелательной беременности.

Как правило сами психологические последствия перенесенного насилия для жертв очень тяжелы, и требуется помощь психологов для того, чтобы восстановиться от полученного стресса, от физической боли, страха за свою жизнь. Поэтому в каждом учреждении должен быть штатный психолог, чтобы не дать пациенту остаться один на один с полученной информации после консультирования. Необходимо во время консультирования иметь раздаточный материал с телефонами горячей линии, куда можно позвонить в случае возникновения вопросов.

**Литература:**

1. Факультативный протокол к Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (принят резолюцией 54/4 Генеральной Ассамблеи от 6 октября 1999 года). Ссылка: https://www.un.org/ru/documents/decl\_conv/conventions/cedaw.shtml;

2. Ответные меры на насилие со стороны интимного партнера и сексуальное насилие в отношении женщин: клинические и политические рекомендации ВОЗ, 2013. Ссылка: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/88184/WHO\_RHR\_13.10\_rus.pdf?sequence=5;

3. Медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции. ВОЗ, 2004.

### Занятие 4. «Консультирование по вопросам прерывания беременности (до-абортное консультирование; получения информированного согласия; пост-абортное консультирование) пострадавших от гендерного насилия, в том числе лиц с инвалидностью»

**ПЛАН ЗАНЯТИЯ**

**к занятию 4 «Консультирование по вопросам прерывания беременности (до-абортное консультирование; получения информированного согласия; пост-абортное консультирование) пострадавших от гендерного насилия, в том числе лиц с инвалидностью»**

**Цель занятия:** ознакомить с подходами консультирования по вопросам прерывания беременности (до-абортное консультирование; получения информированного согласия; пост-абортное консультирование) пострадавших от гендерного насилия, в том числе лиц с инвалидностью

**По завершении данного модуля обучающийся должен:**

**знать**

понятие «Искусственное прерывание беременности или медицинский аборт»;

этапы консультирования по вопросам прерывания беременности (до-абортное консультирование; информированное согласие, прерывание нежелательной беременности; поста-абортное консультирование и пост-абортное отслеживание);

процедура прерывания нежелательной беременности (медикаментозный аборт до 12 недель, вакуум аспирация, хирургическое прерывание беременности).

**Уметь**

оказывать помощь пережившим насилие в соответствии с этапами консультирования по вопросам прерывания беременности;

проводить информирование женщин о прерывании беременности;

проводить медикаментозный аборт до 12 недель;

проводить хирургический аборт;

проводить пост-абортное консультирование и пост-абортное обслеживание.

**Основные вопросы, которые будут рассматриваться**:

1. Понятие «Искусственное прерывание беременности или медицинский аборт»;
2. Этапы консультирования по вопросам прерывания беременности (доабортное консультирование; информированное согласие, прерывание нежелательной беременности; поста-абортное консультирование и пост-абортное отслеживание);
3. Процедура прерывания нежелательной беременности (медикаментозный аборт до 12 недель).

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ**

**к занятию 4 «Консультирование по вопросам прерывания беременности (до-абортное консультирование; получения информированного согласия; пост-абортное консультирование) пострадавших от гендерного насилия, в том числе лиц с инвалидностью».**

**Понятие «Искусственное прерывание беременности или медицинский аборт»**

Искусственное прерывание беременности или медицинский аборт – прерывание беременности и изгнание продуктов зачатия из полости матки до сроков жизнеспособности плода с использованием медикаментозных или хирургических методов.

**Медикаментозный метод** – прерывание беременности и изгнание продуктов зачатия из полости матки до сроков жизнеспособности плода с использованием медикаментозных методов. Данный метод является безопасным и эффективным методом прерывания беременности в амбулаторных условиях. Эффективность метода на сроке беременности до 10 недель составляет 94-98%.

**Хирургический метод**

1. Мануальная или электрическая вакуум-аспирация – метод, рекомендуемый на сроке беременности до 12 недель.

2. Дилатация шейки матки и эвакуация продукта зачатия после 12 недель с помощью вакуум-аспирации и щипцов после предварительной подготовки шейки матки мизопростолом.

3. **Дилатация шейки матки и кюретаж** признаны устаревшими методами хирургического аборта и **не рекомендованы** для применения в клинической практике при прерывании беременности до 12 недель, так как данный метод прерывания беременности связан с повышенным риском осложнений\**.*

*Частота тяжелых осложнений после кюретажа в 2-3 раза превышает частоту осложнений, последовавших за вакуум-аспирацией\**

**Вакуум-аспирация** – вмешательство, при котором содержимое полости матки удаляется через специальную канюлю при использовании отрицательного давления, создаваемого электрическим аспиратором или мануальным источником вакуума. Канюля мягкая, гибкая, не касается стенок матки, благодаря чему вакуум-аспирация менее травматична.

**Этапы консультирования по вопросам прерывания беременности**

**Рисунок 6. Этапы консультирования по вопросам прерывания беременности**

***1 этап – доабортное консультирование***

До-абортное консультирование может проходить в два этапа: консультирование и диагностика беременности и непосредственно перед процедурой аборта.

Консультирование – это беседа с женщиной, обратившейся с просьбой о прерывании беременности, о ее чувствах и страхах, а также на другие темы, связанные с процедурой аборта, чтобы уменьшить ее беспокойство перед процедурой и предоставить ей необходимую информацию для принятия информированного и осознанного решения.

Цель консультирования и содержание:

* Снизить тревогу и стресс пациентки, посредством формирования у нее уверенности в безопасности процедур, формирование доверия к медицинскому специалисту и его компетентности.
* Определить отношение клиентки и значимого окружения к беременности и предоставить выбор исхода беременности. Необходимо очень деликатно спрашивать пациентку о причинах, побудивших женщину на прерывание беременности. Не пытаться навязать свое мнение, быть максимально нейтральным. Даже если беременность наступила впервые после нескольких лет лечения и попыток зачать ребенка, но она наступила в результате ГН, то сама беременность и ребенок, рожденный в результате этой беременности, могут постоянно напоминать и возвращать пациентку к моменту ее бессилия и беспомощности. Поэтому важно со стороны врача акушер гинеколога, проявить тактичность и не настаивать на сохранении данной беременности если вы убедились в самостоятельности принятия пациенткой данного решения.
* Сбор анамнеза.
* Провести гинекологический осмотр, измерение основных параметров.
* Проинформировать о всех безопасных методах прерывания беременности, включая те, что используются в вашем учреждении и, что будет происходить во время и после вмешательства.
* Рассказать о том, какие ощущения она будет испытывать во время и после аборта (боль, кровотечения).
* Проинформировать о продолжительности и особенностях каждой процедуры, о методах обезболивания, о специальных условиях, о рисках и осложнениях.
* Проинформировать о существующих методах контрацепции и предоставить выбор контрацептива, женщины в этот период наиболее восприимчивы к консультированию по планированию семьи.
* Убедиться, что выбор в отношении аборта состоялся и что женщина хорошо представляет, как она будет действовать в последующем (индивидуальный план).
* Направить при необходимости на обследование.
* В случае, если женщина выбрала метод прерывания, который не предоставляется в вашем учреждении, перенаправить в ближайшее ОЗ, где такая услуга предоставляется.

**Особенности консультирования лиц с инвалидностью по зрению и слуху**

Для осмотра жертв насилия, имеющих инвалидность по слуху, необходимо установить полноценные коммуникации, для чего медицинским работникам для работы с такими пациентами необходимо привлекать сурдопереводчика. Когда обращаетесь к пациенту старайтесь, чтобы сохранялся зрительный контакт, и пациентка могла видеть вашу мимику и артикуляцию, некоторые лица, имеющие инвалидность по слуху, хорошо читают по губам. Говорите медленно и четко. Также можно писать вопросы и необходимую для вас информацию на бумаге и затем дать ее прочитать пациентке.

Для осмотра жертв насилия, имеющих инвалидность по зрению, необходимо установить полноценные коммуникации: в течение всего осмотра информируйте пациентку о всех ваших действиях шаг за шагом и спрашивайте ее разрешения.

* Всегда говорите ей, что вы будете делать дальше, и до каких частей тела будете дотрагиваться.
* Если вам требуется использовать какой-либо инструмент, скажите об этом пациентке, объясните предназначение этого инструмента, при необходимости можно дать потрогать этот инструмент сначала пациентке, и затем только его использовать, если пациентка даст на это согласие. Уважайте выбор пациента.
* Ваша речь должна быть достаточно простой и понятной, не перегружайте ее медицинскими терминами.
* Не оставляйте пациентку одну в комнате; если вам нужно провести пациентку в другое помещение, то объясните, как вы будите идти, какие препятствия могут быть на пути, предложите свою помощь в сопровождении.
* На протяжении всего осмотра обеспечьте для пациента «безопасное» пространство, чтобы избежать дополнительной травматизации пациента при движении.
* Также, необходимо заранее подготовить, используя шрифта Брайля брошюры и листовки с информацией, которые вы можете использовать во время консультирования для повышения качества коммуникации

Для осмотра лица, пережившего гендерное насилие, имеющих инвалидность также для установления полноценных коммуникаций, медицинским работникам необходимо привлекать и психолога, который поможет найти подходы для получения более полной информации при опросе этих пациентов

***2 этап – информированное согласие***

Каждая женщина, прерывающая беременность, в обязательном порядке должна прочитать и подписать перед выполнением процедуры информированное добровольное согласие на процедуру аборта, подтверждая свое согласие с тем, что она понимает суть процедуры и существующие альтернативы, возможные риски, преимущества и осложнения, тот факт, что она свободно приняла решение и готова к прерыванию беременности.

Несовершеннолетние в возрасте шестнадцати лет и старше имеют право на информированное согласие или отказ на оказание профилактической, консультативно-диагностической помощи, за исключением хирургических вмешательств, искусственного прерывания беременности, которые производятся с согласия их родителей или законных представителей.

Обязательным условием проведения процедуры медикаментозного аборта у *несовершеннолетней*является получение добровольного информированного согласия ее родителей или других законных представителей.

**Правила информирования женщины о прерывании беременности следующие:**

* Информированное добровольное согласие, подписанное и пациенткой, и родителями, или законными представителями, прилагается медицинской документации.
* Конфиденциальность информации должна соблюдаться всеми поставщиками услуг, участвующими в проведении абортов, с соблюдением всех мер предосторожности.
* Принятие пациенткой информированного добровольного и осознанного решения является основополагающим для процесса прерывания беременности.
* Каждая женщина, прерывающая беременность, должна быть надлежащим образом проинформирована, чтобы принять информированное и осознанное решение.
* Предоставляемая информация должна быть достоверной, объективной, не содержащей персонализированной информации и должна быть основанной на научных данных.
* Беременная женщина вправе выбирать метод прерывания беременности и метод анестезии на основании информации, предоставленной во время консультации.
* В особых случаях, женщине, прерывающей беременность, особенно несовершеннолетней пациентке, следует рекомендовать консультацию психолога по поводу решения о прерывании беременности и связанных с этим чувствах. Убедитесь, что решение о прерывании беременности является добровольным.
* Консультирование должно проводиться в условиях уединения и соблюдения конфиденциальности.
* Предоставляемая информация должна включать:

- альтернативы прерыванию беременности;

- методы прерывания беременности, возможные риски и преимущества процедуры, в том числе связанные с применяемым видом анестезии;

- точную информацию о выбранном способе прерывания беременности (электрической или мануальной вакуум-аспирации, или медикаментозного аборта);

- риски проведения аборта методом дилатации и кюретажа и общей анестезии;

- возможные осложнения и последствия дилатации и кюретажа;

- варианты контрацепции после аборта.

* Если проблемы и потребности женщины/подростка выходят за рамки целей и возможностей консультирования или если медицинский работник подозревает принуждение к прерыванию беременности, им следует поговорить с женщиной наедине или направить ее на дополнительную консультацию, женщину следует направить к соответствующим службам в сообществе – к психологу, социальному работнику, в полицию и т. д.
* Информация предоставляется женщине в уважительной форме, понятным языком, с минимальным использованием специальной терминологии.
* Устная консультация должна сопровождаться предоставлением письменных материалов/брошюр/листовок с достоверной и беспристрастно представленной информацией, которую пациентка должна понять и которую она может взять с собой, чтобы прочесть позже.

***3 этап – процедура прерывания нежелательности беременности***

Помочь женщине снять страх перед процедурой. Еще раз напомнить о том, что: прерывание производится по выбору клиентки одним из безопасных методов (мануальной/электрической вакуумной аспирации, медикаментозный аборт) с выбранным методом обезболивания.

В ходе процедуры оказывать словесную поддержку женщине, разъяснять все этапы процедуры.

Для инвазивных методов прерывания беременности (МВА) используется бесконтактный метод со строгим соблюдением норм санитарно-гигиенической безопасности, включая безопасную утилизацию биологических отходов.

Обязательно провести экспертизу удаленных тканей для сопоставления сроков беременности и уверенности, что процедура проведена полностью (для МВА).

При выборе клиенткой долгосрочного контрацептива - ВМС – ввести сразу после процедуры прерывания.

**Если пациентка является инвалидом по зрению и слуху**, то в случае выбора ею медикаментозного прерывания беременности проследить за последовательностью принятия препаратов. Если пациентка выбирает метод вакуумной аспирации, то необходимо сопроводить пациентку в манипуляционную комнату, снижая риски падения, травматизации пациентки какими-либо предметами; помочь женщине сесть на гинекологическое кресло.

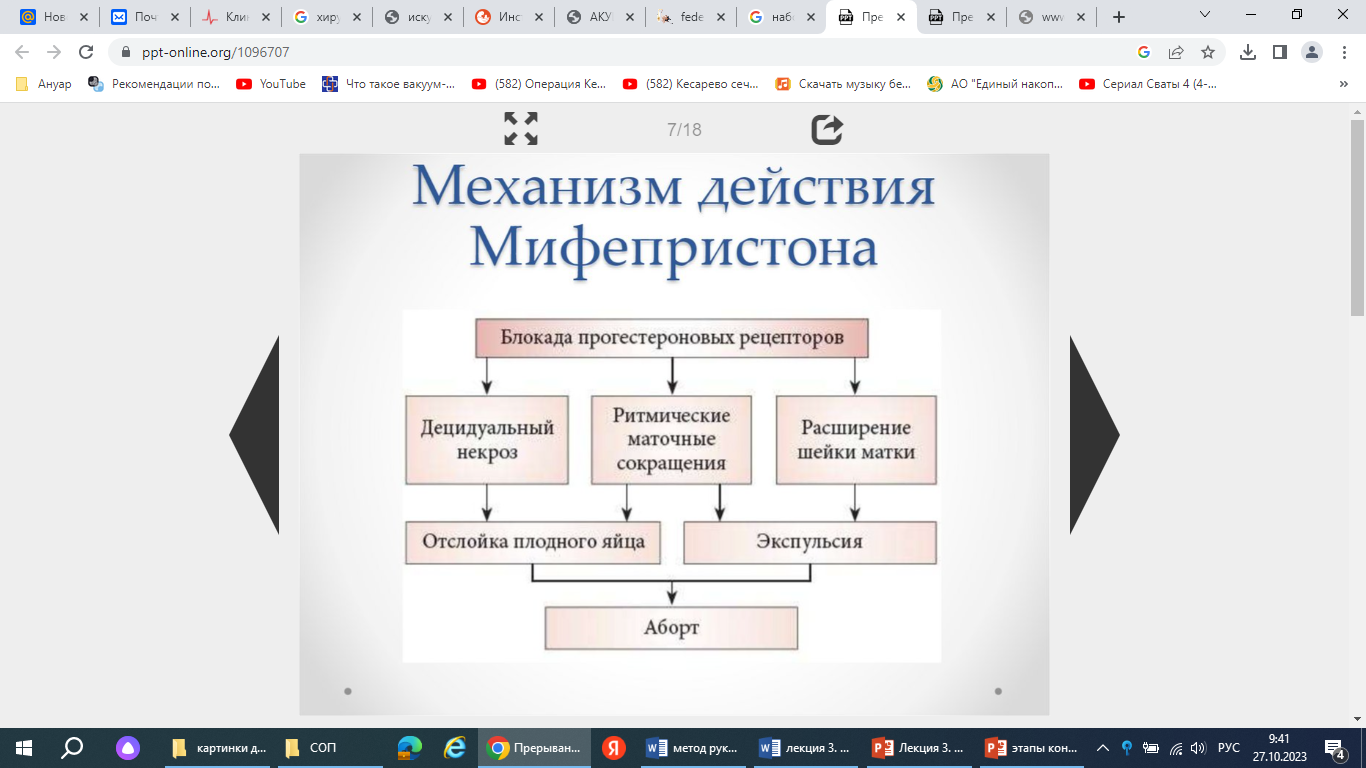
Все действия перед процедурой и во время самой процедуры объяснять, успокаивать женщину, предупреждать, если ожидается какой –либо необычный звук (например, звук работающего вакуум аспиратора может напугать пациентку, и она во время процедуры может резко двинуться или попытаться встать с гинекологического кресла). Если ситуация позволяет, и сама пациентка согласна, то можно попросить, чтобы кто-то из медицинского персонала подержал пациентку за руку

**Медикаментозный аборт:**

* Производится с помощью медицинских препаратов и позволяет избегнуть хирургического вмешательства;
* Имитирует выкидыш;
* Контролируется женщиной и может проходить в домашних условиях (при сроке менее 10 недель беременности);
* Для завершения аборта необходимо время (часы или дни), продолжительность непредсказуема;
* Женщины испытывают кровотечение и спастические боли, а также другие побочные эффекты (тошнота, рвота и т.д.);
* Может понадобиться большее количество визитов в клинику в отличии от хирургического аборта.

**Побочные эффекты от медикаментозного аборта:**

* тошнота, рвота, диарея, слабость, головокружение, лихорадка (у 2-10% женщин);
* боль (связана со спастическим сокращением матки), вагинальное кровотечение (симптомы ожидаемы и связаны с самим процессом прерывания беременности); Женщины, пережившие гендерное насилие, испытавшие страх за свою жизнь, боль физическую и психологическую, в процессе прерывания беременности требуют дополнительной психологической поддержки;
* повышение температуры (высокая температура обычно держится не более 2 часов; необходимо проинструктировать пациентку относительно того, что ей следует обратиться в медицинскую организацию, если высокая температура держится более 4 часов, или появляется позже чем через сутки после приёма мизопростола) ;
* тошнота (приблизительно у половины женщин может появиться или усугубиться после приёма мифепристона и, как правило, проходит через несколько часов после приёма мизопростола);
* рвота (возникает менее чем у трети пациенток; при возникновении рвоты ранее, чем через 1 час после приёма мифепристона, приём препарата следует повторить в той же дозе; если у пациентки выражен ранний токсикоз беременности, то перед приёмом препарата следует применять метоклопрамид 1 таблетку, через 30 мин принять пищу, а затем мифепристон);
* головокружения, обмороки (наблюдаются менее чем у четверти девушек; проходят без лечения, самопроизвольно и лучше всего лечатся симптоматически);
* быстропроходящая диарея после приёма мизопростола (- менее чем у четверти женщин) ;
* аллергическая реакция в виде кожной сыпи (необходимо применение антигистаминных средств в стандартных разовых или курсовых дозировках).

****

**Рисунок 7. Механизм действия мифепристона**

**Осложнения медикаментозного прерывания беременности**:

*неполный аборт*: 2-5% случаев, Небольшие количества оставшейся ткани могут удалиться спонтанно, не требуя медицинского вмешательства. Большое количество остаточных тканей может вызвать кровотечение и инфекцию. Лечение зависит от общего состояния пациентки, интенсивности кровотечения и варьируется от выжидательной тактики до электрической или мануальной вакуум-аспирации или применения 400 мкг мизопростола сублингвально или 600 мкг перорально и наблюдения за состоянием пациентки в течение 2-3 часов. При отсутствии признаков инфекции прием антибиотиков необязателен. Антибиотики необходимы при явных признаках инфекции.

*прогрессирующая беременность*: менее чем в 1% при рекомендованном режиме дозирования препаратов. Пациентке предлагается повторить процедуру медикаментозного аборта или добровольное прерывание беременности хирургическим методом мануальной или электрический вакуум-аспирации. Если женщина намерена донашивать беременность, ее направляют на дородовой уход с консультацией генетика.

*инфекционно-воспалительные осложнения*: менее 1%; медикаментозный аборт является неинвазивной процедурой; FDA и ВОЗ не рекомендуют назначать антибиотики в плановом порядке при проведении медикаментозного аборта; согласно рекомендациям ВОЗ при проведении медикаментозного аборта проводить антимикробную профилактику во всех случаях не рекомендуется.

**Требования к проведению медикаментозного аборта:**

При сроке гестации до 63 дней медикаментозное искусственное прерывание беременности проводится в медицинских организациях амбулаторно- поликлинического уровня в условиях дневного стационара или на дому, в зависимости от решения пациентки и/или врача и срока беременности, после оценки рисков возможных осложнений.

Прием мизопростола на дому безопасен в сроке до 10 недель. На сроке более 10 недель он требует медицинского наблюдения [1,2].

При сроке гестации свыше 63 дней и до 21 недель 6 дней медикаментозное прерывание производится в медицинских организациях акушерско-гинекологического профиля, в условиях круглосуточного стационара[1,2].

**Алгоритм проведения медикаментозного аборта до 12 недель**:

1. Собрать анамнез пациентки; консультация о возможных методах прерывания беременности; обследование - диагностика беременности, определение срока (по дате 1-го дня последней менструации) и подтверждение локализации плодного яйца в полости матки – УЗИ органов малого таза, лабораторные исследования перед прерыванием беременности (ОАК, группа крови и резус фактор, мазок на степень чистоты).

2. Определить, подходит ли пациентке этот метод прерывания беременности.

3. Принять решения о прерывании беременности; получение информированного согласия пациентки на прерывание беременности выбранным методом; консультации по планированию семьи и выбору средств контрацепции после прерывания беременности.

4. Прием мифепристона внутрь в дозе 200 мг в присутствии врача.

5. На сроке беременности до 12 недель женщинам рекомендуется перорально принимать одну таблетку, 200 мг мифепристона и не менее чем через 24 часа 4 таблетки, 800 мкг мизопростола одномоментно сублингвально, буккально или вагинально.

6. На сроках от 9 до 12 недель: если изгнание не произошло, то через 4 часа принимают дополнительную дозу 4 таблетки (800 мкг) мизопростола буккально (по 2 таблетки за каждую щеку). Если изгнание не произошло после второй дозы, через 4 часа можно принять и третью дозу 800 мкг мизопростола буккально.

7. Осуществляется наблюдение за состоянием здоровья женщины. В карточке наблюдения за прерыванием беременности указываются: дата и время приема мизопростола; время изгнания продукта зачатия (если оно произошло); наблюдаемые или упомянутые пациенткой побочные эффекты (если таковые отмечались); время ухода домой.

NB! Обильным кровотечение считается в том случае, если в течение часа полностью пропитываются кровью две гигиенические прокладки максимального размера, и это продолжается 2 часа подряд и более («тест с прокладками»). При констатации кровотечения предложить повторный прием мизопростола или вакуум-аспирацию для завершения аборта.

**Алгоритм проведения вакуум аспирации содержимого полости матки**

В основе проведения процедуры лежит использование отрицательного давления для извлечения содержимого матки. Равномерное разрежение создается с помощью электровакуумного насоса или мануального вакуумного аспиратора.

Цель: опустошить полость матки. Показания: желание женщины прервать беременность (срок до 5 недель); неудавшийся медикаментозный аборт, гиперплазия эндометрия. Противопоказания: наличие острого инфекционного заболевания, воспалительных процессов половых органов, гнойных очагов независимо от места их локализации, внематочная беременность, онкозаболевания органов малого таза; большая миома матки; аномальное строение матки;

Алгоритм действий:

1. Собирается анамнез пациентки; консультация о возможных методах прерывания беременности; обследование - диагностика беременности, определение срока (по дате 1-го дня последней менструации) и подтверждение локализации плодного яйца в полости матки – УЗИ органов малого таза, лабораторные исследования перед прерыванием беременности (ОАК, группа крови и резус фактор, мазок на степень чистоты).

2. Определить, подходит ли пациентке этот метод прерывания беременности.

3. Принятие решения о прерывании беременности; получение информированного согласия пациентки на прерывание беременности выбранным методом; консультации по планированию семьи и выбору средств контрацепции после прерывания беременности.

4. Постелить стерильную пеленку.

5. Уложить женщину на гинекологическое кресло.

6. Надеть перчатки.

7. Обработать наружные половые органы, влагалище антисептическим раствором.

8. Обнажить шейку матки в зеркалах.

9. Выполнить парацервикальную блокаду.

10. Ввести в матку канюлю, при помощи электроотсоса создать давление.

**Техника электрической или мануальной вакуум-аспирации:**

1. Определение размеров и положения матки с помощью бимануального исследования.
2. Выбор канюли подходящего диаметра:

можно применять канюлю диаметром меньше срока беременности (со дня последней менструации). Например, если у пациентки последняя менструация была 9 недель назад, то диаметр канюли может составлять от 5 до 10 мм;

можно использовать стандартные гибкие канюли диаметром 6, 7, 8 мм на всех сроках до 10-й недели беременности без использования жестких расширителей.

1. Установка зеркала для визуализации шейки матки.
2. Осмотр шейки, чтобы определить, не расширена ли она и нет ли признаков инфекции, травм, разрывов.
3. Обработка области шейки матки раствором антисептика.
4. После введения 1-2 мл лидокаина, проводится фиксация шейки матки зажимом и осторожное незначительное вытягивание, чтобы выпрямить угол между шейкой матки и телом матки.
5. Применение парацервикальной анестезии. Местную анестезию проводит врач акушер-гинеколог.
6. Дилатация шейки матки (при необходимости). Дилатация шейки матки необходима, когда степень раскрытия шейки матки не позволяет ввести канюлю, соответствующую размеру матки. Дилатацию осторожно проводят механическими расширителями или канюлями увеличивающегося размера, стараясь избежать травм.
7. Осторожное введение канюли через шейку матки в полость матки, пока она не пройдет непосредственно в полость матки. Осторожное вращение канюли с легким надавливанием часто облегчает ее установку.
8. Присоединение подготовленного шприца к канюле, при этом конец канюли придерживают одной рукой, а шприц другой. Следует убедиться, что канюля не продвинулась вперед в матке при прикреплении шприца.
9. Медленное проталкивание канюли в полость матки, пока она не коснется дна матки. Затем канюлю слегка оттягивают назад.
10. Освобождение клапанов шприца, чтобы создать вакуум через канюлю в матке. Ткани, кровь и пузырьки начнут поступать в шприц через канюлю.
11. Эвакуация содержимого полости матки медленными и осторожными движениями канюли вперед и назад в полости матки, одновременно вращая шприц. Важно не отводить открывающую часть канюли далеко от преддверия матки, так как это приведет к тому, что вакуум исчезнет. После возникновения вакуума и введения канюли в матку не берите шприц за рычаги поршня, чтобы убедиться, что рычаги поршня не сдвигаются со своего места. Если поршень случайно проскользнет в шприц, ткань и воздух могут оказаться вытолкнутыми обратно в матку.
12. Проверка признаков окончания процедуры. Процедура считается завершенной при выполнении следующих условий: в канюле видна красная или розовая пена без тканей; при движении по поверхности опорожненной матки присутствует ощущение наличия песка; матка сокращается вокруг канюли и сжимает ее.
13. Отсоединение шприца и удаление всех инструментов после исследования ткани.
14. Исследование аспирированных тканей.
15. Если женщина ранее была проконсультирована и выбрала ВМС в качестве метода контрацепции, устройство можно будет ввести после исследования тканей, когда врач убедится, что аспират содержит весь продукт зачатия.

Полученный материал маркируется и отправляется на гистологическое исследование. При необходимости материал отправляется на генетическое исследование для включения результатов в материалы уголовного дела по факту сексуального насилия.

Пациентке необходимо дать рекомендации и разъяснить ожидаемые явления. При необходимости, сделать дополнительные назначения. Обсудить дату следующего приема. Сделать запись в документацию

**Только для хирургических абортов возможны следующие осложнения:**

- травма шейки матки (риск повреждения не более 1 на 100);

- перфорация матки (риск составляет порядка 1-4 на 1000 и ниже для первого триместра).

**Преимущества электрической или мануальной вакуум-аспирации:**

Применение этого метода существенно снижает травмы шейки матки и эндометрия: на сроке беременности до 7 недель канюлю можно вводить в матку без дилатации (расширения) шейки матки; контрольный кюретаж полости матки не требуется.

Немедленное исследование полученного аспирата позволяет подтвердить полную эвакуацию содержимого полости матки.

Вмешательство длится намного меньше, чем кюретаж, и может выполняться под местной анестезией.

Многочисленные научные исследования доказывают, что количество тяжелых осложнений и случаев бесплодия при вакуум-аспирации значительно меньше, чем при кюретаже.

Вам следует знать, что при всех хирургических, медицинских и диагностических вмешательствах существует определенный риск инфицирования, нарушения свертываемости крови, кровотечения, шока, аллергических реакций и даже смерти.

**Риски электрической или мануальной вакуум-аспирации:**

Кровотечение, из-за которого может потребоваться дилатация и кюретаж для удаления сгустков крови или остатков тканей из полости матки.

Неполный аборт или продолжающаяся беременность, из-за которых может потребоваться дополнительное вмешательство.

Инфекция матки, маточных труб и яичников.

Бесплодие или невозможность рожать.

Стеноз шейки матки, требующий повторной дилатации.

Невозможность восстановить менструальный цикл.

Формирование внутриматочной рубцовой ткани.

Перфорация матки с повреждением матки, яичников, других соседних органов, при которой может потребоваться вмешательство в брюшной полости и операция по восстановлению кишечника, мочевого пузыря, матки или кровеносных сосудов или гистерэктомия (удаление матки).

Смерть в результате осложнений после анестезии или вмешательства по прерыванию беременности.

Если пациентка выбрала МВА как метод прерывания беременности, то необходима **предоперационная антибиотикопрофилактика**:

Доксициклин по 100 мг два раза в день в течение 7 дней, начиная сразу после аборта. (следует назначать пациенткам с повышенным риском хламидиоза, лицам, пережившим гендерное насилие и не получившим постконтактную профилактику ИППП) [3].

***4 этап – пост-абортное консультирование и пост-абортное отслеживание***

Пост-абортное консультирование и Пост-абортное отслеживание (проводится в несколько этапов: сразу после процедуры прерывания и отсрочено спустя 14 дней)

* Измерение и контроль основных показателей давления, пульса и температуры.
* Контроль кровопотери.
* Назначение антибактериальной терапии.
* Информация для клиентки, включая рекомендации по личной гигиене, восстановлению менструального цикла и половой активности.
* Информирование пациента об опасных признаках состояний после аборта.
* Детализация индивидуального плана действий клиентки для безопасности и предотвращения повторных абортов, включая контрацепцию.
* Профилактика пост-абортной депрессии (при наличии психолога – консультация).
* Выдача контрацептивов или рецепта на контрацептив, на основе информированного выбора клиентки.

Информация о личной гигиене и возобновлении половой жизни, восстановлении менструального цикла и планировании семьи:

• пациентка не должна ничего вводить во влагалище во время, и в течение нескольких дней после аборта (растворы для промывания, тампоны);

• через 4-8 недель снова начнется менструация;

• фертильность пациентки быстро восстановится после процедуры (через 10-14 дней), поэтому, если в настоящий момент беременность нежелательна, необходимо использовать противозачаточные средства; пациентке рекомендуется воздержаться от сексуальных отношений во время кровотечения.

**Особенности пост-абортногоконсультирования лиц с инвалидностью по зрению и слуху**

Лицам, пережившим сексуальное насилие, которые являются **инвалидами по зрению** информация, включая рекомендации по личной гигиене, восстановлению менструального цикла и половой активности, а также информация об опасных признаках состояний после аборта должна быть предоставлена на заранее заготовленных брошюрах, написанных крупным шрифтом и/или шрифтом Брайля. Так же возможно записать короткие аудио рекомендации с пояснением отдельных вопросов на электронный аудионоситель, чтобы при необходимости пациентка могла неоднократно прослушать ваши рекомендации и предпринять необходимые меры.

Лицам с **инвалидностью по слуху** необходимо вовремя пост-абортного консультирования предоставлять услуги сурдопереводчика, а также выдавать на руки информационные брошюры с описанием опасных признаках состояний после аборта, случаев, когда необходимо незамедлительно обратиться к врачу.

**Таблица 11. Алгоритм динамического наблюдения при медикаментозном аборте**

|  |  |
| --- | --- |
| Первый шаг:  Первый визит | * Установление диагноза маточной беременности сроком не более 63 дней от 1-го дня последней менструации (для организаций здравоохранения ПМСП и стационара) и свыше 63 дней (только для стационара). * До-абортное консультирование |
| Первый шаг:  Второй визит | * До-абортное консультирование * Обсуждение методов контрацепции и выбор метода ПС. * Получение информированного согласия. * Прием Мифепристона **(200 мг)** перорально |
| Второй шаг  Через 24-36 ч после приема Мифепристона, в медицинской организации или дома | * Прием Мизопростола **(800 мкг)** сублингвально\буккально или интравагинально. * Возможен повторный прием Мизопростола для достижения успеха процедуры * Оценка успешного проведения аборта в сроках более 10 недель в клинике |
| Третий шаг | * установления полного медикаментозного аборта * Обсуждение дальнейших шагов: пост-абортное консультирование. |

**Тактика в случае неудавшегося медикаментозного аборта:**

1. Если беременность продолжается и оказалась жизнеспособной (увеличение размера матки на две недели или определяется сердцебиение эмбриона на УЗИ), пациентке предлагается повторить процедуру медикаментозного аборта или добровольное прерывание беременности хирургическим методом мануальной или электрической вакуум-аспирацией.
2. Если женщина намерена донашивать беременность, ее направляют на дородовой уход с консультацией генетика.
3. Если беременность замершая или аборт неполный, пациентка гемодинамически стабильна и не проявляется признаков опасности, пациентке рекомендуются следующие варианты:

* принять дополнительно 400 мкг мизопростола сублингвально или 600 мг перорально;
* предлагается мануальная вакуум-аспирация;
* предлагается выбрать выжидательную тактику и подождать еще 7 дней, назначив дополнительный визит.

В случае наступления беременности в результате сексуального насилия, неудачный медикаментозный аборт может быть дополнительным триггером для развития посттравматического стресса или депрессии, так как пациентки в таком случае, как правило, хотят как можно быстрее избавиться от физических напоминаний о случившемся факте насилия. В связи с этим необходимо на всем протяжении процесса прерывания беременности, на всех этапах, поддерживать пациентку, оказывать профессиональную психологическую помощь.

**Индикаторы эффективности аборта:**

* отсутствие повышения температуры тела;
* отсутствие остатков плодного яйца;
* отсутствие признаков эндометрита.

После подтверждения эффективности аборта, пациентка пережившая сексуальное насилие, может ощутить освобождение и облегчение. Однако, часть пациенток может быть очень озабочена вопросом о возможности иметь детей в будущем. Поэтому рекомендовано дополнительно провести консультацию о методах контрацепции, ответить вопросы, которые могут возникнуть у пациентки о методах и сроках планирования беременности в ее конкретном случае.

**Литература:**

1. Medical management of abortion.World Health Organization, 2022;

2. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. Ссылка: https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.12181;

3. Клинический протокол «Медицинский аборт», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения РК от 8 июля 2022 года, протокол №165.

### Занятие 5. «Признаки гендерного насилия у несовершеннолетнего пациента, поступившего/обратившего за помощью в медицинскую организацию. Виды гендерного насилия, принципы работы с пострадавшими от гендерного насилия (психологический аспект), особенности работы с лицами с инвалидностью (особые потребности)»

**ПЛАН ЗАНЯТИЯ**

**к занятию 5 «Признаки гендерного насилия у несовершеннолетнего пациента, поступившего/обратившего за помощью в медицинскую организацию. Виды гендерного насилия, принципы работы с пострадавшими от гендерного насилия (психологический аспект), особенности работы с лицами с инвалидностью (особые потребности)»**

**Цель занятия:** ознакомить обучающихся с признаками гендерного насилия у несовершеннолетних, принципами коммуникации с лицами, перенесшими гендерное насилие, не достигшим 18 лет, алгоритмом реагирования

**По завершении данного модуля обучающийся должен:**

**знать**

особенности анатомофизиологического развития половых органов у девочек в возрастном аспекте;

признаки гендерного насилия у несовершеннолетних, в том числе лиц с инвалидностью;

принципы оказания первой помощи;

алгоритм реагирования при выявлении случаев гендерного насилия в отношении несовершеннолетнего лица.

**уметь**

описать формулу полового развития девочек, определение насилию, гендерному насилию, определенному виду и форме насилия;

определять признаки гендерного насилия, вид или форму гендерного насилия (физического, сексуального, психологического насилия);

оказывать первую помощь лицам, перенесшим насилие, в том числе с инвалидностью;

применять на практике алгоритм реагирования на случай гендерного насилия.

**Основные вопросы, которые будут рассматриваться**:

1. Признаки сексуального насилия, совершенного в отношении лица, не достигшего 18 лет.
2. Профилактика и лечение ИППП у несовершеннолетних, возникшие в результате гендерного насилия.
3. Рекомендации по оказанию услуг лицам, пережившим гендерное насилие.
4. Правила проведения беседы и осмотра пострадавшего от гендерного насилия, не достигшего 18 лет.
5. Алгоритм реагирования на случай гендерного насилия, совершенного в отношении лица, не достигшего 18 лет.

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ**

**к занятию 5 «Признаки гендерного насилия у несовершеннолетнего пациента, поступившего/обратившего за помощью в медицинскую организацию. Виды гендерного насилия, принципы работы с пострадавшими от гендерного насилия (психологический аспект), особенности работы с лицами с инвалидностью (особые потребности)».**

**Сексуальное насилие несовершеннолетних**

Любой медицинский работник может столкнуться в своей практике с фактом изнасилования ребенка. Это может быть при следующих обстоятельствах:

• когда вышестоящие инстанции поручают осмотреть пациентку, подвергшуюся изнасилованию;

• когда при обследовании пациентки, предпринимаемом по поводу каких-либо неспецифических симптомов, обнаруживают изменения, характерные для изнасилования;

• когда родители или близкие люди пациентки на основании необычного поведения, анамнестических данных или повреждений, обнаруженных на теле, требуют обследовать ее.

Поэтому врачи резиденты по специальности акушерство и гинекология, в том числе детская, должны обладать соответствующими знаниями, владеть методикой обследования таких пациенток и уметь правильно интерпретировать полученные данные. Необходимо знать учреждения или специалистов, которые занимаются вопросами, связанными с последствиями сексуального насилия, и могут проконсультировать пациентку и оказать необходимую помощь.

Важно понимать здоровое сексуальное развитие ребенка и то, какое поведение является нормальным и соответствующим его возрасту:

**Дошкольный возраст (0–5 лет).** Маленькие дети часто используют ограниченный сексуальный язык, который сосредотачивается вокруг частей тела и различий, которые дети видят в полах. Иногда они исследуют части тела других детей, обычно в форме игры, например, играя в доктора или в дом. Дети также могут прикасаться к частям своего тела и даже тереться о что-то, чтобы получить такое же ощущение. Детей в этом возрасте обычно легко перенаправить, и они не проявляют признаков дистресса, когда им говорят прекратить такое поведение.

**Школьный возраст (6–11 лет).** В эти годы использование сексуальных слов и сексуальных разговоров становится более распространенным и частым. Эксперименты с другими детьми также распространены и могут принимать форму «игр» со сверстниками того же возраста. Это может включать в себя поцелуи, ласки и поведение типа «ты покажи мне, я покажу тебе». Самостимуляция также распространена дома или в частных местах, но редко случается на публике. Обычно в этом возрасте от детей поступает большое количество вопросов о менструации, беременности и сексуальном поведении.

**Подростковый возраст (>11 лет и старше).** Вопросы в этот период сосредоточены на проблемах принятия решений, социальных отношениях и сексуальных обычаях. Эксперименты между сверстниками одного возраста также распространены и включают в себя поцелуи, ласки, взаимную мастурбацию, а иногда и половой акт. Самостимуляция или мастурбация обычно происходят только наедине и обычно не допускаются к разговорам со сверстниками.

Во время сбора анамнеза и осмотра нужно помнить «мифы» о гендерном насилии. Осмотр пострадавшей врачом может вызывать определенные трудности: особенности возрастных коммуникаций с пациенткой, ее психическое состояние после пережитого, осмотр приходится проводить в разное время суток и через разное время после инцидента. Это дает возможность наблюдать первичную картину повреждений, возникших в следствии сексуального насилия. Встречаются повреждения каждого анатомического органа и их сочетания.

При многократно повторяющемся преступлении дополнительно появляется гиперпигментации покровов и уплощение естественных складок ануса. Однако, необходимо помнить о неспецифических причинах появления некоторых признаков: зияние половой щели может быть при ожирении, хроническом вульвовагините или при мастурбации. Гиперпигментация НПО может быть при эндокринных синдромах и патологиях, при хроническом вульвите. Если пациентка не соблюдает гигиену, трудно верифицировать или заподозрить признаки сексуального насилия.

В мировой практике считается, что статистически зарегистрированные случаи сексуального насилия над детьми, это очень небольшой процент от реальных цифр. Девочки в 1,5-3 раза чаще подвергаются сексуальному насилию, чем мальчики [1]. В 80% случаев сексуальное насилие над ребенком совершается его родственником или знакомым.

**Признаки для выявления сексуального насилия детей:**

Сексуальному насилию часто подвергаются дети и девушки, в случаях, когда их физическому и психическому состоянию не уделяется достаточно внимания, с которыми жестоко обращаются.

• Насилие подразумевает применение силы. Преступником могут быть взрослый мужчина или женщина, подросток или ребенок старшего возраста.

• Человек, который совершает сексуальное насилие, в большинстве случаев бывает известен жертве или состоит с ним в родстве. В таком случае гендерное насилие имеет хронический характер и может длиться годами.

• Жертвами сексуального насилия могут быть девочки, мальчики, юноши и девушки различной расовой принадлежности и из разных социальных слоев.

• Маленькие дети, братья и сестры ребенка, подвергшегося сексуальному насилию, дети и девушки с врожденными недостатками, нарушениями развития и хроническими заболеваниями подвержены более высокому риску стать жертвой.

• Высокому риску подвержены также дети из неблагополучных семей, дети разведенных родителей, а также живущие в тяжелых социальных условиях, и дети, чьи родители подверглись гендерному насилию.

Сексуальное насилие над несовершеннолетним это активное или пассивное вовлечение ребенка или девушки (пользуясь ее зависимым положением) в сексуальные действия в период развития, когда они не в полной мере осознают значение этих действий и не могут сознательно согласиться на них, или в такие сексуальные действия, которые нарушают запрещенные обществом определение ролей в семье.

**Формы сексуального насилия несовершеннолетних можно разделить на 2 основные:**

1) Контактную, которая включает в себя касание гениталий и заднего прохода пальцем, половым членом или каким-либо предметом («пенетрация вульвы»); касание других частей тела, например, груди, внутренней поверхности бедер; оральный контакт с губами, гениталиями, задним проходом жертвы; оральная, вагинальная, анальная пенетрация пальцем, половым членом или каким-либо предметом; мастурбация (а также требование мастурбировать); проституция.

2) Неконтактную: эксгибиционизм; порнография.

**Признаки перенесенного сексуального насилие**

**Физические признаки:**

* наличие телесных повреждений: ссадин, кровоподтеков, ран и т.д. (необходимо указать характер, локализацию, размер, цвет);
* наличие повреждений в области наружных половых органов (промежности, девственной плевы, полового члена, мошонки): кровоизлияний, разрывов, трещин, ссадин;
* наличие повреждений заднепроходного отверстия и прямой кишки: кровоизлияния, ссадины, трещины, раны;
* наличие повреждений ротовой полости: кровоизлияния, ссадины, трещины, раны;
* следы спермы на одежде, коже, в области половых органов, бедер;
* заболевания, передающиеся половым путем;
* инфекции мочевыводящих путей;
* нервно-психические расстройства;
* психосоматические болезни (необъяснимые хронические боли внизу живота, дерматиты и др.).

**Изменения личности и мотивации ребенка, социальные признаки:**

* неспособность защитить себя, не сопротивление насилию и издевательству над собой, смирение;
* резкое изменение успеваемости (хуже или гораздо лучше);
* прогулы в школе, отказ и уклонение от обучения;
* отрицание традиций своей семьи вследствие несформированности социальных ролей и своей роли в ней, вплоть до ухода из дома (характерно для подростков).

**Изменения самосознания ребенка, появление невротических и психосоматических симптомов:**

* падение самооценки;
* мысли о самоубийстве, попытки самоубийства;
* боязнь оставаться в помещении наедине с определенным человеком;
* боязнь раздеваться (например, может категорически отказаться от участия в занятиях физкультурой или плаванием, или снимать нижнее белье во время медицинского осмотра).

**Особенности психического состояния и поведения ребенка**

**Дети дошкольного возраста:**

* ночные кошмары;
* страхи;
* регрессивное поведение (поступки, характерные для более младшего возраста);
* несвойственные возрасту знания о сексуальном поведении, а также сексуальные игры с самим собой, сверстниками или игрушками;
* открытая мастурбация.

**Дети младшего возраста:**

* резкое ухудшение успеваемости;
* невозможность сосредоточиться;
* несвойственные возрасту знания в половых вопросах, сексуально окрашенное поведение;
* гнев, агрессивное поведение;
* ухудшение взаимоотношений со сверстниками и родителями, не являющимися насильниками;
* деструктивное поведение;
* мастурбация.

**Подростки:**

* депрессия;
* низкая самооценка;
* агрессивное, антисоциальное поведение;
* затруднения с половой идентификацией;
* сексуализированное поведение;
* угрозы или попытки самоубийства;
* употребление алкоголя, наркотиков;
* проституция, беспорядочные половые связи;
* уходы из дома;
* насилие (в том числе сексуальное) по отношению к более слабым.

**Основные последствия сексуального насилия:**

* сексуализированное поведение (например, интерес у ребенка к фильмам эротического и порнографического характера, имитация полового акта с помощью кукол);
* нарушение эмоционально-волевой сферы;
* неуверенность в себе, заниженная самооценка;
* агрессивность (часто немотивированная);
* нарушение познавательной деятельности;
* опыт сексуального насилия, перенесенного в детстве или подростковом возрасте, повышает риск стать жертвой сексуального насилия в зрелом возрасте.

**Оказание медицинской помощи несовершеннолетним, подвергшиеся сексуальному насилию**

Главная задача врача оказать необходимую медицинскую помощь. Когда нет показаний для медицинской помощи (нет кровотечения и других угрожающих жизни повреждений), без постановления следственных органов ребенка не рекомендуется осматривать. Освидетельствование проводит только врач судебно-медицинский эксперт.

При обращении пострадавшей в медицинское учреждение врач должен поставить диагноз исходя из общепринятого понятия о нем как кратком медицинском заключении о состоянии здоровья, формулируя все строгим языком согласно классификации болезней. Например, диагноз гематома больших половых губ или разрыв задней спайки половых губ возможно указывать. Но, диагноз «Состояние после изнасилования» врач не может писать, так как это юридическое понятие и квалификация преступления, которое устанавливается органами внутренних дел [2].

Медицинская помощь оказывается в необходимом объеме согласно действующим протоколам Министерства здравоохранения РК. Сразу передается информация в органы внутренних дел (102) на территории которых находится медицинская организация, куда обратилась потерпевшая [3].

**Воспалительные заболевания половых органов неспецифической и специфической этиологии: клиника, диагностика и лечение в возрастном аспекте.**

В результате сексуального насилия всегда есть риск заражения ИППП. Этот риск тем выше, чем выше распространенность конкретного заболевания в обществе. При обращении несовершеннолетних пациенток к врачу гинекологу с остроконечными кондиломами, генитальным герпесом, а также с уже подтвержденным ИППП, нуждаются в тщательном сборе анамнеза с целью выявления случая насилия[3]. Инфекции, передающиеся половым путем, у детей могут передаваться при сексуальном насилии, случайном контакте или перинатально. Однако, девяносто пять процентов приобретенного сифилиса у детей передаются в результате сексуального насилия [4]. Постнатально приобретенная гонорея, сифилис, хламидийная инфекция, неперинатально приобретенный ВИЧ свидетельствуют о сексуальном насилии.

Хламидийная инфекция может свидетельствовать о сексуальном насилии у детей ≥3 лет и среди детей в возрасте до 3 лет, когда вероятность инфицирования перинатальным путем маловероятна [5].

**Таблица 12. Значение часто встречающихся инфекций, передаваемых половым путем для диагностики и сообщения о сексуальном насилии среди младенцев и детей препубертатного возраста [6,7]**

| **Инфекционное заболевание** | **Доказательства сексуального насилия** | **Риск заражения %** |
| --- | --- | --- |
| Гонорея\* | Диагностика | 6-12 |
| Сифилис\* | Диагностика | 0,3-3 |
| ВИЧ | Диагностика | 0,1-3 |
| *Хламидия трахоматис\** | Диагностика | 3-17 |
| *Трихомонада вагинальная\** | Диагностика. Очень подозрительно. | 6-20 |
| Аногенитальный герпес | Подозрительный | 2 |
| Остроконечные кондиломы (аногенитальные бородавки)\* | Подозрительный | 12 |
| Аногенитальный контагиозный моллюск | Неубедительный | 2 |
| Бактериальный вагиноз | Неубедительный | 5-42 |

\* Если маловероятно, что инфекция была приобретена перинатально, и исключается вертикальная передача, которая встречается редко.

† Сообщения следует подавать в местный или государственный орган, уполномоченный получать сообщения о предполагаемом жестоком обращении с детьми или пренебрежении ими.

§ Если маловероятно, что он был приобретен перинатально или в результате переливания крови.

¶ Если не существует четкой истории аутоинокуляции.

\*\*Сообщите, если существуют доказательства, позволяющие подозревать жестокое обращение, включая анамнез, медицинский осмотр или другие выявленные инфекции. Поражения, впервые появившиеся у ребенка в возрасте старше 5 лет, чаще всего были вызваны половым путем.

**Обследование детей на ИППП**

Оценка детей на предмет сексуального насилия или жестокого обращения должна проводиться таким образом, чтобы свести к минимуму боль и травму ребенка. Осмотр и сбор вагинальных образцов у девочек пре-пубертатного возраста могут быть крайне неудобными и должны проводиться опытным врачом, чтобы избежать психологической и физической травмы ребенка.

Решение о получении генитальных или других образцов у ребенка для обследования на ИППП должно приниматься в индивидуальном порядке. Однако дети, у которых диагностирована одна ИППП, должны пройти обследование на наличие других ИППП. Анамнез и сообщаемый тип сексуального контакта не могут быть надежным индикатором, поэтому следует рассмотреть возможность проведения урогенитального, глоточного и ректального тестирования для детей, не начавших говорить, и детей, которые не могут вербализировать детали нападения.

**Факторы, которые должны побудить врача рассмотреть возможность тестирования на ИППП, включают следующее**:

* У ребенка произошло проникновение или имеются признаки недавнего или зажившего проникающего повреждения гениталий, ануса или ротоглотки.
* Ребенок подвергся насилию со стороны незнакомца.
* Ребенок подвергся насилию со стороны нападавшего, о котором известно, что он инфицирован ИППП или имеет высокий риск ИППП (например, потребитель инъекционных наркотиков, МСМ, лицо, имеющее несколько половых партнеров или лицо, перенесшее ИППП в анамнезе).
* У ребенка есть брат, сестра, другой родственник или другой человек в семье, заразившийся ИППП.
* Ребенок живет в районе с высоким уровнем заболеваемости ИППП в обществе.
* У ребенка есть признаки или симптомы ИППП (например, выделения или боль из влагалища, зуд или запах гениталий, симптомы мочеиспускания, поражения или язвы на половых органах).
* Ребенок или родитель запрашивает тестирование на ИППП.
* Ребенок не может вербально описать детали нападения

Если у ребенка есть симптомы, признаки или признаки инфекции, которая может передаваться половым путем, ребенка следует проверить на распространенные ИППП перед началом любого лечения, которое может помешать диагностике других ИППП. Из-за юридических и психосоциальных последствий ложноположительного диагноза следует использовать только тесты с высокой специфичностью. Потенциальная польза для ребенка от достоверного диагноза ИППП оправдывает отсрочку предполагаемого лечения до тех пор, пока не будут получены образцы для высокоспецифичных тестов медицинскими работниками, имеющими опыт оценки детей, подвергшихся сексуальному насилию и нападению [8].

**Специфическое лечение ИППП** профилактическая помощь при ИППП проводится при первичном обращении (до 24 часов после случая насилия).

**Сифилис.** Превентивное лечение показано всем детям до 3 лет. Для детей более старшего возраста вопрос о лечении решается индивидуально с учетом формы сифилиса у контактного взрослого, локализации высыпаний, степени контакта ребенка с больным

Специфическое лечение **приобретенного сифилиса** вторичного кожи и слизистых у детей проводится по методике лечения взрослых в соответствии с диагнозом и исходя из возрастных доз антибиотиков с учетом того, что бициллины противопоказаны детям до 2 лет, а тетрациклины – детям до 8 лет.

**Расчет препаратов пенициллина для лечения детей проводится в соответствии с массой тела ребенка**[9]**:**

* в возрасте до 6 месяцев натриевую соль пенициллина применяют из расчета 100-150 тыс. ЕД/кг массы тела в сутки;
* в возрасте старше 6 месяцев – из расчета 75 тыс. ЕД/кг массы тела в сутки;
* в возрасте старше 1 года – из расчета 50 тыс. ЕД/кг массы тела в сутки;
* суточную дозу новокаиновой соли пенициллина и разовую дозу дюрантных препаратов применяют из расчета 50 тыс. ЕД/кг массы тела;
* суточная доза делится на 6 равных разовых доз для водорастворимого пенициллина и на две дозы для новокаиновой его соли.

**Гонококковая инфекция.** Инфекционное заболевание человека, вызываемое гонококками - грамотрицательными диплококками, представляющими собой бобовидной формы, неподвижные, не образующие спор гноеродные бактерии. Наиболее часто инфекция локализуется в очаге первичного заражения, но также может наблюдаться восходящий процесс, приводящий к развитию воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ).

При наличии клинических проявлений могут быть следующие *субъективные симптомы*: гнойные или слизисто-гнойные выделения из уретры и/или половых путей; зуд, жжение в области наружных половых органов, вульвы, наружного отверстия уретры; болезненность во время половых контактов (диспареуния); зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); дискомфорт или боль в области нижней части живота.

Для детей характерна выраженная клиническая картина и многоочаговость поражения. У младенцев, рожденных инфицированными матерями, возможно инфицирование и развитие конъюнктивита (более чем у 40% новорожденных).

Для терапии **гонореи** у детей с массой тела более 45 кг следует использовать основные и альтернативные схемы терапии, рекомендованные для лечения гонореи у взрослых.

Для терапии неосложненного гонококкового вульвовагинита, эндоцервицита, уретрита, фарингита и проктита у детей с массой тела менее 45 кг используют основную схему выбора: цефтриаксон 125 мг в/м однократно[10].

В то же время эта схема может оказаться недостаточно эффективной при лечении гонококкового фарингита. Цефтриаксон является антибиотиком выбора для терапии любых форм гонореи у детей. Другой антибиотик из группы цефалоспоринов третьего поколения цефотаксим может применяться только для лечения гонококкового конъюнктивита.

Контрольное культуральное исследование для подтверждения выздоровления после завершения лечения не проводится, если в терапии гонореи у детей использовался цефтриаксон.

Все дети должны быть обязательно обследованы на сифилис и хламидийную инфекцию.

**Хламидийная инфекция.** Хламидийная инфекция – это инфекционное заболевание, передаваемое половым путем, возбудителем которого является *Chlamydia trachomatis*.

Пути передачи: половой при генитогенитальных, аногенитальных, орогенитальных, оро-анальных контактах; вертикальный - интранатальный. Реже встречается контактно-бытовой (в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми).

Жалобы: слизисто-гнойные выделения из уретры и/или половых путей;межменструальные кровянистые выделения;зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);дискомфорт или боль в нижней части живота;незначительные слизисто-гнойные выделения из половых путей, болезненность и отечность в области вульвы;нарушение менструального цикла;пост- и межменструальные скудные кровянистые выделения;резкая боль в животе, тошнота, рвота, слабость, нарушение дефекации.

Особенностью клинического течения хламидийной инфекции в детском возрасте является более выраженная субъективная симптоматика и поражение слизистых оболочек вульвы и влагалища, чему способствуют анатомо-физиологические особенности репродуктивной системы девочек.

У младенцев, рожденных инфицированными матерями, возможно инфицирование и развитие конъюнктивита и/или атипичной пневмонии.

**Лечение детей с массой тела менее 45 кг:** джозамицин 50 мг на кг массы тела в сутки, разделённые на 3 приема, перорально в течение 7 дней[11]; или

дети с массой тела <45 кг: эритромицин основание из расчета 50 мг на кг массы тела в день перорально (суточная доза делится на 4 приема) в течение 10-14 дней; или

дети, которым исполнилось 8 лет, или дети моложе 8 лет, но масса тела которых >45 кг: используются такие же схемы лечения азитромицином, как и при лечении взрослых[12].

Лечение новорожденных, родившихся от матерей, больных хламидийной инфекцией, проводится при участии неонатологов.

Лечение хламидийной инфекции у детей с массой тела более 45 кг проводится в соответствии со схемами назначения у взрослых с учетом противопоказаний.

**Рекомендуемый эмпирический антимикробный режим для хламидиоза, гонореи и трихомониаза у детей с массой тела более 45 кг:** Цефтриаксон 250 мг в/м в разовой дозе + Азитромицин 1 г перорально в разовой дозе + Метронидазол 2 г перорально в разовой дозе/или Тинидазол 2 г перорально в разовой дозе

**ВИЧ инфекция.** Назначение профилактической постконтактной профилактики (далее ПКП) при аварийной ситуации проводится в первые 4 часа, не позже чем 72 часа врачом - инфекционистом организации здравоохранения, осуществляющей деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции. При аварийных ситуациях прием антиретровирусных препаратов курсом 4 недели [13].

**Таблица 13. Схемы лечения ВИЧ инфекции**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Дети младше 10 лет** | **Дети старше 10 лет** | **Дети старше 12 лет** |
| Предпочтительная схема | AZT+3TC+ DTG\* | TDF+3TC (или FTC) + DTG \* | TDF+3TC (или FTC) + DTG |
| Альтернативная схемы | АВС+3ТС или TDF+3TC (или FTC) + LPV/r или RAL или DRV или ATV/r. | DF+3TC (или FTC) + LPV/r или ATV/r или RAL или DRV/r или EFV. | TDF+3TC (или FTC) + RAL или DRV/r или EFV. |

\* Это относится к детям, для которых одобренная дозировка DTG доступна.

Повторные визиты после эпизодов сексуального насилия предусмотрены через 2 недели, 1 месяц, 3 месяца и 6 месяцев, так же, как и в случае насилия над взрослыми.

**Признаки для выявления насилия у лиц с инвалидностью с отсутствием зрения, слуха.**

Жертвой насилия может стать лицо с инвалидностью. Предпосылкой для формирования жестокого обращения является зависимость агрессора или лица с инвалидностью (материальная, жилищная и т.п.), а также в качестве факторов риска насилия со стороны совместно проживающих людей могут выступать когнитивные и физические отклонения у опекаемых. К наиболее уязвимой группе в отношении насилия относятся лица с инвалидностью, имеющие серьезные функциональные и психические расстройства, нарушения слуха, зрения, речи, интеллекта, имеющие ограничения или полное отсутствие способности к самостоятельному передвижению и другие характеристики, затрудняющие коммуникацию с ними и приводящие к накоплению у заботящегося о них человека напряжения и агрессии в отношении них.

В качестве агрессоров по отношению к лицам с инвалидностью чаще всего называются: родственники, осуществляющие уход;

• совместно проживающие люди, страдающие депрессией, алкогольной или наркотической зависимостью, а также ранее совершавшие насилие;

• лица, находящиеся в эмоциональной и / или финансовой зависимости от пожилого человека или лица с инвалидностью;

• лица, находящиеся или ранее имевшие конфликтные взаимоотношения с лицом с инвалидностью, пожилым человеком.

Сложность диагностирования фактов жестокого обращения с лицами с инвалидностью в семье связана с такими причинами, как:

Во-первых, люди с инвалидностью опасаются доставить своим родственникам дополнительные хлопоты, ухудшить свое положение в семье, остаться в одиночестве.

Во-вторых, в том случае, когда насилие совершается членом семьи (супругом(ой), взрослыми детьми и др.), жертва испытывает чувство стыда, беспомощности, унижения, неуверенности в собственных чувствах и ощущениях, опасение быть непонятым.

В-третьих, недостаток информации о деятельности специализированных служб, горячих линий, возможностях получения поддержки извне заставляет многих людей с инвалидностью, испытывающих жестокое обращение по отношению к себе, молчать о «чисто семейных» конфликтах. Кроме того, многие жертвы домашнего насилия боятся лишиться часто единственного родственника, осуществляющего уход и присмотр за ними, перевода в дом-интернат для инвалидов.

Профилактика нежелательной беременности: проводится всем девушкам, пережившим гендерное насилие, которые достигли половой зрелости. Профилактика нежелательной беременности проводится аналогичными препаратами и дозами, как у взрослых женщин.

Алгоритм реагирования при выявлении случаев гендерного насилия

• При выявлении у пациента признаков насилия медицинские организации обязаны в течение 1 часа:

1. передать сведения органам внутренних дел (Телефон 102);

2. передать информацию территориальным органам опеки и попечительства и другим компетентным органам (в случаях, когда жертвой является несовершеннолетнее или/и недееспособное лицо);

3. оказать медицинскую помощь в соответствии с клиническими протоколами.

При выявлении у пациента признаков насилия медицинские организации, оказывающие стационарную помощь, скорую и неотложную медицинскую помощь, и медицинскую помощь в детских дошкольных организациях, школах, домах ребенка обязаны дополнительно передать информацию в территориальную поликлинику (ПМСП) (в течение 24 часов).

Органами опеки и попечительства принимаются незамедлительные меры по защите прав несовершеннолетнего и недееспособного лица:

1. осуществляется отобрание несовершеннолетнего и недееспособного у родителей/законных представителей;

2. направление в организации для помещения лиц, пострадавших от насилия.

**Литература:**

1. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире /Под ред.Этьенна Г. Круга и др./ Пер. с англ. М: Издательство «Весь Мир», 2003
2. Детская и подростковая гинекология руководство для практикующих врачей Д.О. Иванова, Н.Н.Рухляда. Москва:Гэотар Медиа 2023 г – 464 с;
3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 января 2023 года № 12 «Об утверждении стандарта организации оказания медицинской помощи по охране репродуктивного и психического здоровья несовершеннолетних в возрасте от десяти до восемнадцати лет и молодежи» ;
4. Sexually transmitted diseases in children. 1992. Ссылка: DOI: 10.1111/j.1525-1470.1992.tb00619.x;
5. Клинический протокол «Урогенитальные заболевания, вызванные возбудителями уреаплазмоза и микоплазмоза», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан 29 июня 2017 года Протокол №24;
6. Комитет Американской академии педиатрии по жестокому обращению с детьми и безнадзорности. Оценка жестокого обращения с детьми. Педиатрия 2005;16: 506–512;
7. Адамс Дж.А., Фарст К.Дж., Келлог Н.Д. Интерпретация медицинских данных при подозрении на жестокое обращение с детьми: обновленная информация за 2018 год. J Pediatr Adolesc Gynecol 2018; 31 :225–31;
8. Sexual Assault or Abuse of Children, CDC, 2021. Ссылка: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/sexual-assault-children.htm>;
9. Клинический протокол «Гендерное насилие», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг МЗРК от 23 декабря 2021 года, Протокол №154;
10. Клинический протокол «Гонококковая инфекция», одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг МЗ РК от 03.10.2019 г, Протокол №74;
11. Клинический протокол «Хламидийная инфекция», одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг МЗ РК от 3 октября 2019 г, Протокол №74;
12. Клинический протокол «Урогенитальные заболевания, вызванные возбудителями уреаплазмоза и микоплазмоза», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан 29 июня 2017 года Протокол №24;
13. Клинический протокол «ВИЧ-инфекция у детей», одобрено Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг МЗ РК от 17.03.2023 г., Протокол №180.

## **Оценка учебных достижений**

**Оценка учебных достижений слушателей**

|  |  |
| --- | --- |
| Вид контроля | Методы оценки |
| Текущий | тестирование знаний по разделам, ситуационные задачи |
| Итоговый | тестирование знаний |

**Балльно-рейтинговая буквенная система оценки учебных достижений слушателей**\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Оценка по буквенной системе | Цифровой эквивалент баллов | %-ное содержание | Оценка по традиционной системе |
| А | 4,0 | 95-100 | Отлично |
| А- | 3,67 | 90-94 |
| В+ | 3,33 | 85-89 | Хорошо |
| В | 3,0 | 80-84 |
| В- | 2,67 | 75-79 |
| С+ | 2,33 | 70-74 | Удовлетворительно |
| С | 2,0 | 65-69 |
| С- | 1,67 | 60-64 |
| D+ | 1,33 | 55-59 |
| D | 1,0 | 50-54 |
| F | 0 | 0-49 | Неудовлетворительно |

## **Тестовые задания к модулю «Реагирование системы здравоохранения на случаи гендерного насилия»**

### ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ к занятию 2 «Постконтаная профилактика ИППП в случае гендерного насилия. Постконтактная профилактика ВИЧ в случае гендерного насилия»

**Вопрос 1**. Превентивное лечение сифилиса у взрослых после случая гендерного насилия, проводится:

A. натриевую соль пенициллина 100-150 тыс. ЕД/кг массы тела в сутки

B. натриевую соль пенициллина 50 тыс. ЕД/кг массы тела в сутки

C. бициллин-5- 1,5 млн ЕД 2 раза в неделю в/м, 2 инъекции

D. бициллин-5 - 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки внутримышечно в течение 7 суток

E. бициллин-5 - 5000 ЕД однократно

**Вопрос 2.** Рекомендуемый эмпирический антимикробный режим для хламидиоза, гонореи и трихомониаза заключается в назначении схемы:

A. бензилпеницилин 25тыс ед/кг массы тела в/м в разовой дозе + Азитромицин 1 г перорально в разовой дозе + Метронидазол 2 г перорально в разовой дозе

B. цефтриаксон 250 мг в/м в разовой дозе + Азитромицин 1 г перорально в разовой дозе + Метронидазол 2 г перорально в разовой дозе

C. цефтриаксон 1000 мг в/м в разовой дозе + Азитромицин 1 г перорально в разовой дозе + Метронидазол 500мг перорально в разовой дозе

D. цефтриаксон 1000 мг в/м в разовой дозе + Азитромицин 1 г перорально в разовой дозе + Метронидазол 1 г перорально в разовой дозе

E. цефтриаксон 250 мг в/м в разовой дозе + Азитромицин 1 г перорально в разовой дозе + Метронидазол 500мг перорально в разовой дозе

**Вопрос 3.** На прием к врачу гинекологу обратилась пациентка, с признаками гендерного насилия. Со слов незащищенный половой контакт произошел 3 суток назад. Тактика врача?

A. Обследование на ИППП, ВИЧ, профилактика нежелательной беременности

B. Постконтактная профилактика ВИЧ, профилактика нежелательной беременности

C. Обследование на ИППП, на наличие беременности

D. Обследование и постконтактная профилактика ВИЧ

E. назначение профилактики ИППП, профилактики нежелательной беременности

**Вопрос 4.** В приемный покой медицинской организации обратилась молодая женщина, после случая сексуального насилия, которое произошло 18 часов назад. Определите тактику по профилактике вирусного гепатита В

A. если лицо, перенесшее насилие не иммунизировано, то через 24 часа после случая насилия проводится обязательная специфическая иммунопрофилактика против гепатита В

B. Лица старше 15 лет к вакцинации против ВГВ не допускаются

C. определить иммунный статус лица, перенесшее насилие в отношении гепатита В, при отрицательном результате произвести вакцинацию по схеме 0-1-3

D. определить иммунный статус лица, перенесшее насилие в отношении гепатита В, при отрицательном результате произвести вакцинацию по схеме 0-1-6

E. к вакцинации допускаются только лица с положительным результатом исследования на ВГВ

**Вопрос 5.** На прием к гинекологу ПМСП пришла на контрольный осмотр пациентка, которая 1 месяц назад пережила гендерное насилие. Сразу после случившегося, пациентка обращалась в приемный покой многопрофильной больницы, была назначена антиретровирусная терапия, вакцинация против ВГВ и назначен Левоноргестрел в дозировке 1,5 мг однократно. В настоящее время пациентку беспокоят частые болезненные позывы к мочеиспусканию и обильные гноевидные выделения из половых путей. Какие ошибки были допущены при первом обращении и какова дальнейшая тактика ведения пациентки?

A. При первичном обращении не была проведена профилактика ВИЧ и ИППП. Рекомендовано ПЦР на ИППП, тестирование на ВИЧ и лечение согласно протоколам МЗ РК

B. При первичной обращении упущена возможность профилактики ИППП, поэтому на данном приеме врач сразу может назначить терапию по схеме цефтриаксон 250 мг в/м в разовой дозе + Азитромицин 1 г перорально в разовой дозе + Метронидазол 2 г перорально в разовой дозе

C. При первичном обращении не проведена адекватная профилактика нежелательной беременности. Пациентке предлагается пройти Тест на беременность, УЗИ органов малого таза.

D. При первичном обращении профилактические меры предприняты в полном объеме согласно протоколу МЗ РК, однако несмотря на это у пациентки развилась ИППП. Необходимо провести ПЦР диагностику и назначить соответствующую возбудителю терапию.

E. При первичной обращении упущена возможность профилактики ИППП. Рекомендовано ПЦР на ИППП и назначить соответствующую возбудителю терапию согласно протоколам МЗ РК

**Вопрос 6.** На прием к гинекологу обратилась пациентка 17 лет, с тем, что стала жертвой сексуального насилия. Объективно: состояние средней степени тяжести. Телосложение астеническое, рост 172 см, вес 48. Подберите соответствующую профилактику ИППП:

A. цефтриаксон 125 мг в/м однократно+ эритромицин основание из расчета 50 мг/кг массы тела

B. цефтриаксон 250 мг в/м однократно+ эритромицин основание из расчета 50 мг/кг массы тела

C. цефтриаксон 250 мг в/м в разовой дозе + Азитромицин 1 г перорально в разовой дозе + Метронидазол 2 г перорально в разовой дозе

D. цефтриаксон 125 мг в/м однократно+ эритромицин основание из расчета 80мг/кг массы тела

E. цефтриаксон 125 мг в/м в разовой дозе + Азитромицин 1 г перорально в разовой дозе + Метронидазол 2 г перорально в разовой дозе

**Вопрос 7.** К врачу акушер гинекологу обратилась пациентка с признаками гендерного насилия. Какие профилактические мероприятия необходимо провести и когда назначить следующий прием?

A. Назначается АРТ терапия продолжительностью 28 дней, профилактика ИППП, однократный прием левоноргестрела в дозировке 1,5 мг. Следующая явка назначается через 6 месяцев, для тестирования на ВИЧ.

B. Назначается АРТ терапия продолжительностью 38 дней, профилактика ИППП, однократный прием левоноргестрела в дозировке 1,5 мг. Следующая явка назначается через 3 месяца, для тестирования на ВИЧ.

C. Назначается АРТ терапия продолжительностью 28 дней, профилактика ИППП, однократный прием левоноргестрела в дозировке 1,5 мг. Следующая явка назначается через 1 месяц, для тестирования на ВИЧ и ИППП.

D. Назначается АРТ терапия продолжительностью 28 дней, профилактика ИППП, однократный прием левоноргестрела в дозировке 1,5 мг. Следующая явка назначается через 2 недели, убедиться, что пациентка приняла все препараты профилактики ИППП и обследовать на наличие беременности.

E. Назначается АРТ терапия продолжительностью 28 дней, профилактика ИППП, однократный прием левоноргестрела в дозировке 1,5 мг. Следующая явка назначается через 3 месяца, для тестирования на ВИЧ.

**Вопрос 8.** В приемный покой гинекологического стационара обратилась девушка 19 лет с признаками сексуального насилия. Из анамнеза пациентка является работницей коммерческого секса, состоит на учете в спид диспансере, регулярно получает противовирусную терапию. Аллергологический анамнез: непереносимость антибиотиков пенициллинового ряда. Какова на ваш взгляд должная быть тактика врача?

A. Учитывая, что пациентка состоит на учете в спид центре и регулярно получает антиретровирусную терапию, необходимость в назначении профилактических препаратов отсутствует

B. Так как пациентка является работницей коммерческого секса, признаки сексуального насилия возможно расценены ошибочно, поэтому необходимо провести только профилактику нежелательной беременности если имел место незащищенный половой контакт

C. Постконтактная профилактика ВИЧ не проводится, назначается профилактика ИППП (цефтриаксон 250 мг в/м в разовой дозе + Азитромицин 1 г перорально в разовой дозе + Метронидазол 2 г перорально в разовой дозе + бициллин-5 1,5 млн ЕД 2 раза в неделю в/м, 2 инъекции

D. Постконтактная профилактика ВИЧ не проводится, назначается профилактика ИППП (цефтриаксон 250 мг в/м в разовой дозе + Азитромицин 1 г перорально в разовой дозе + Метронидазол 2 г перорально в разовой дозе + Доксициклин по 100 мг 2 раза в день в течение 10 дней)

E. Постконтактная профилактика ВИЧ не проводится, назначается профилактика ИППП (цефтриаксон 250 мг в/м в разовой дозе + Азитромицин 1 г перорально в разовой дозе + Метронидазол 2 г перорально в разовой дозе)

**Вопрос 9.** После случая сексуального насилия пациентка не обратилась к врачу, через месяц стала замечать обильные слизисто-желтые выделения из половых путей, сукровичные мажущие выделения из половых путей, периодические тянущие боли внизу живота. Какую патологию вы подозреваете и каким возбудителе она может быть обусловлена?

A. воспаление маточной трубы, гонококковая инфекция;

B. воспаление мышцы матки, сифилис;

C. воспаление брюшины, грибковая инфекция;

D. воспаление околоматочной клетчатки, бактериальный вагиноз;

E. воспаление слизистой оболочки матки, хламидийная инфекция

**Вопрос 10.** Пациентке после случая гендерного насилия с целью профилактики ИППП и ВИЧ был назначен Доксициклин 100 мг по 1т\*2раз в в день на 7 дней +АРТ терапия 2 препаратами на 14 дней. Оцените адекватность назначенной профилактики

A. Терапия назначена не адекватно. Профилактика ИППП проводится назначением эмперической терапии цефтриаксон + Азитромицин + Метронидазол, при постконтактной профилактике ВИЧ АРТ терапия назначается на 28 дней

B. Терапия назначена не адекватно. Профилактика ИППП проводится назначением эмперической терапии цефтриаксон + Азитромицин + Метронидазол, при постконтактной профилактике ВИЧ АРТ терапия назначается 3 препаратами на 28 дней

C. Терапия назначена адекватно в полном объеме

D. Терапия назначена не адекватно. Профилактика ИППП проводится назначением эмперической терапии цефтриаксон + Азитромицин + бензилпеницилины, при постконтактной профилактике ВИЧ АРТ терапия назначается 3 препаратами на 28 дней

E. Терапия назначена не адекватно. Профилактика ИППП проводится назначением эмперической терапии цефтриаксон + Азитромицин + Метронидазол, при постконтактной профилактике ВИЧ АРТ терапия назначается 3 препаратами на 14 дней

**Вопрос 11**. К гинекологу обратилась пациентка, у которой в настоящее время 14 недель беременности. Пациентка подверглась гендерному насилию 2 дня назад. В настоящее время переживает о рисках для ее ребенка, связанных с ИППП. Какова тактика врача?

A. Лечение ИППП в настоящее время противопоказано в виду высокого риска тератогенного влияния препаратов на плод

B. Обследование на ИППП, назначение терапии с учетом влияния препаратов на плод согласно протоколам МЗ РК

C. Обследование на ИППП, назначение терапии после 30 недель беременности согласно протоколам МЗ РК

D. Обследование на ИППП, назначение терапии после 16 недель беременности, когда будет полностью сформирован плацентарный барьер, согласно протоколам МЗ РК

E. Обследование на ИППП в настоящее время нецелесообразно. Рекомендовано повторно обратиться в случае появления клинической симптоматики

**Вопрос 12.** Постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции включает в себя:

A. назначение АРТ при аварийной ситуации проводится тем врачом, который присутствует при обращении пациента, при аварийных ситуациях прием двух антиретровирусных препаратов в течение 28 дней.

B. назначение АРТ при аварийной ситуации проводится врачом –инфекционистом центра по профилактике и борьбе со СПИД, при аварийных ситуациях прием трех антиретровирусных препаратов в течение 28 дней.

C. назначение АРТ при аварийной ситуации проводится врачом –инфекционистом центра по профилактике и борьбе со СПИД, при аварийных ситуациях прием двух антиретровирусных препаратов в течение 28 дней.

D. назначение АРТ при аварийной ситуации проводится врачом только в тех случаях, когда пациент уверен, что имел контакт с ВИЧ позитивных человеком

E. назначение АРТ при аварийной ситуации проводится врачом –инфекционистом центра по профилактике и борьбе со СПИД, при аварийных ситуациях прием трех антиретровирусных препаратов в течение 8 дней.

**Вопрос 13.** Острое воспаление органов малого таза, возникшее у девушки подростка весом 55 кг, в результате гендерного насилия, подлежит терапии по схеме

A. Терапия по нозологии согласно протоколу МЗ РК как и у взрослого человека

B. Терапия нозологии согласно протоколу МЗ РК для лица, недостигшего 18 лет

C. Терапия проводится включает назначение Цефтриаксона 125 мг в сутки в течении 10 дней

D. Терапия проводится включает назначение Бензилпенициллина в дозе 50 тыс на кг массы тела мг в сутки в течении 10 дней

E. Терапия проводится включает назначение Цефтриаксона 1г в сутки в течении 10 дней

**Вопрос 14.** После случая гендерного насилия в профилактике хламидиоза, гонореи и трихомониаза из перечисленных антибиотиков эффективны сочетания:

A. Сумамед, Пенициллин, Дексаметазон

B. Эритромицин, Тетрациклин, Метронидазол

C. Цефтриаксон, Азитромицин, Метронидазол

D. Клиндамицин, Ампициллин, Клотримазол

E. Цефтриаксон, Доксициклин, Клотримазол

**Вопрос 15.** Беременная женщина подверглась гендерному насилию, в результате которого была обнаружена хламидийна инфекция. Выберите предпочтительную схему терапии:

A. Левофлоксацин 500 мг 1 раз в день 7 дней

B. Джозамицин 500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней

C. Пенициллиновый ряд 5000 Ед 4 раза в день 14 дней

D. Ципрофлоксацин 500 мг 2 раза в день 5 дней

E. Ацикловир 200 мг \*5 раз в день 10 дней

**Ключи к тестовым вопросам**

**к занятию 2 «Постконтаная профилактика ИППП в случае гендерного насилия. Постконтактная профилактика ВИЧ в случае гендерного насилия»**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Номер вопроса | Правильный ответ | Номер вопроса | Правильный ответ | Номер вопроса | Правильный ответ |
| 1. | С | 6. | С | 11. | В |
| 2. | В | 7. | D | 12. | В |
| 3. | А | 8. | D | 13. | А |
| 4. | D | 9. | Е | 14. | С |
| 5. | Е | 10. | В | 15. | В |

### ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ к занятию 4 «Консультирование по вопросам прерывания беременности (до-абортное консультирование; получения информированного согласия; пост-абортное консультирование) пострадавших от гендерного насилия, в том числе лиц с инвалидностью»

**Вопрос 1.** Какая схема антибиотикопрофилактики требуется пациентке, пережившей сексуальной насилие, при проведении мануальной вакуум аспирации в качестве метода прерывания беременности?

1. Метронидазол 1 г перорально перед процедурой, затем по 500 мг каждые 6 часов, до 3 доз;
2. Доксициклин 100 мг перорально за 60 минут до процедуры и 200 мг через 30 минут после процедуры;
3. Доксициклин по 100 мг два раза в день в течение 7 дней, начиная сразу после аборта;
4. Ампициллин по 625 мг два раза в день в течение 7 дней, начиная сразу после аборта;
5. Метронидазол 2 г перорально перед процедурой.

**Вопрос 2.** К врачу обратилась пациентка с желанием прервать беременность, которая наступила в результате сексуального насилия. Дата последней менструации 86 дней назад. Какие условия прерывания беременности в данном случае необходимо соблюдать?

A. Прерывание беременности по социальным показаниям в условиях круглосуточного стационара;

B. Прерывание беременности по социальным показаниям в условиях дневного стационара стационара;

C. Прерывание беременности по социальным показаниям в условиях дневного стационара;

D. Прерывание беременности по медицинским показаниям в условиях дневного стационара;

E. Прерывание беременности по медицинским показаниям в условиях круглосуточного стационара

**Вопрос 3.** При влагалищном исследовании у пациента с подозрением на внематочную беременность выявлено: наружный зев приоткрыт; алые кровянистые выделения из цервикального канала; матка увеличена до 8 недель беременности; придатки не определяются; своды влагалища свободны. Диагноз:

1. трубный аборт;
2. нарушенная маточная беременность;
3. апоплексия яичника;
4. воспалительный процесс придатков матки;
5. ничего из перечисленного.

**Вопрос 4.** На прием к гинекологу пришла девушка- подросток 16,5 лет. Беременность 5-6 недель. Факт насильственного полового акта умалчивается. Имеются признаки насильственного полового акта. Опишите тактику врача:

1. Прерывание беременности по желанию пациентки, в сроке до 12 недель любым выбранным ею методом. Рекомендовать родителям (законным представителям) обратиться к юристу, а в случае их отказа, необходимо врачу обратиться в органы внутренних дел самостоятельно.
2. Прерывание беременности с информированного согласия родителей или законных представителей, в сроке до 12 недель любым выбранным ею методом. Рекомендовать родителям (законным представителям) обратиться к юристу, а в случае их отказа, необходимо врачу обратиться в органы внутренних дел самостоятельно.
3. Прерывание беременности с согласия родителей или законных представителей, в сроке до 12 недель только медикаментозное. Рекомендовать родителям (законным представителям) обратиться к юристу, а в случае их отказа, необходимо врачу обратиться в органы внутренних дел самостоятельно.
4. Прерывание беременности в данном случае невозможно, так как пациентка несовершеннолетняя. Поставить беременную на учет в ПМСП. Рекомендовать родителям (законным представителям) обратиться к юристу, а в случае их отказа, необходимо врачу обратиться в органы внутренних дел самостоятельно.
5. Прерывание беременности с согласия родителей или законных представителей, только методом мануальной вакуумной аспирации. Рекомендовать родителям (законным представителям) обра­титься к юристу, а в случае их отказа, необходимо врачу обратиться в органы внутренних дел самостоятельно

**Вопрос 5.** Лицо, пережившее гендерное насилие, имеет право на прерывание беременности, наступившей в результате этого насилия, при условии…

1. срок беременности не более 63 дней
2. возраст пациентки более 16 лет
3. только, если юридически доказано наступление беременности именно в результате сексуального насилия
4. прерывание беременности проводится по желанию пациентки до 12 недель, по социальным показаниям до 21 недели+6 дней
5. если на прерывании беременности настаивают родственники пациентки

**Вопрос 6.** Клинические проявления медикаментозного аборта включают

1. **длительное менструальноподобное кровотечение**
2. интенсивное кровотечение
3. острую боль
4. **схваткообразную боль**
5. тянущую боль.

**Вопрос 7.** Консультирование лица, переживших гендерное насилие, у которого имеется инвалидность по слуху, перед медицинским абортом имеет особенности:

1. без медицинского образования, человек, прошедший специальное обучение; консультирование может провести сам сурдопереводчик.
2. консультирование не проводится;
3. с высшим или со средним медицинским образованием, прошедший специальное обучение в присутствии сурдопереводчика.
4. любой медицинский работник в присутствии психолога и родственников пациента
5. консультирование проводят пациенты, которые уже прошли положительный опыт медикаментозного аборта

**Вопрос 8.** Консультирование перед прерыванием беременности, наступившей в результате гендерного насилия лица, с инвалидностью по зрению включает в себя

1. обязательное присутствие психолога на встрече
2. в случае выбора медикаментозного метода, проследить за последовательностью принятия препаратов
3. таким пациентам предлагается исключительно мануальная вакуум аспирация с целью исключить ошибки в последовательности приема препаратов для медикаментозного прерывания
4. все действия перед процедурой и во время самой процедуры объяснять, успокаивать женщину, предупреждать если ожидается какой –либо необычный звук
5. таким пациентам предлагается исключительно медикаментозное прерывание, с целью исключить испуг пациентки от проведения вакуум аспирации и ее агрессивного поведения

**Вопрос 9.** Методика, рекомендуемая всемирной организацией здравоохранения для медикаментозного аборта до 63 дней гестации, предусматривает назначение мифепристона в дозе

1. 100 мг
2. **200 мг**
3. 300 мг
4. 400 мг
5. 800мг

**Вопрос 10.** Наиболее значимые инфекционные агенты, провоцирующие септические процессы после искусственного прерывания беременности у лиц, переживших сексуальное насилие

1. Анаэробы
2. **Гонококки**
3. Микоплазмы
4. **Хламидии**
5. **Бледная трепонема**

**Вопрос 11.** Что включает в себя сексуальные формы насилия, ограничивающие права женщины на планирование семьи?

1. Принуждение к аборту
2. Принуждение к беременности
3. Пролонгирование желанной беременности
4. Добровольная стерилизация
5. Отказ пациентке в предоставлении помощи в проведении медицинского аборта

**Вопрос 12.** Пациентка принимает второй препарат из комбинации лекарственных средств для прерывания беременности мизопростол в дозировке

1. 100 мкг
2. 200 мкг
3. 300 мкг
4. **800 мкг**
5. **600 мкг**

**Вопрос 13.** Пациентка после перенесенного сексуального насилия, отказалась от прерывания беременности в сроке 5-6 недель, однако с течением времени она передумала и пришла на прием к гинекологу в сроке беременности 13 недель с намерением прервать данную беременность. Тактика врача?

1. Обследование и прерывание беременности в условиях круглосуточного гинекологического стационара
2. Обследование и прерывание беременности в условиях амбулатория.
3. Прерывание беременности в данном случае уже невозможно, так как срок гестации превышает 63 дня
4. Прерывание беременности в данном случае уже невозможно, так как возможно только одно решение пациентки сразу после установления факта беременности, возможность передумать пациентке законом не предусмотрена
5. Обследование и прерывание беременности в условиях дневного гинекологического стационара

**Вопрос 14.** У врача гинеколога на учете по беременности состоит пациентка 22 лет. Срок беременности 25 недель. Она поругалась со своим партнером и просит врача дать направление на прерывание беременности, утверждая, что она наступила в результате насилия. Тактика врача?

1. **Учитывая показание пациентки на насильственную беременность, ей показано прерывание беременности в условиях круглосуточного акушерско-гинекологического стационара медикаментозным способом.**
2. **Учитывая срок беременности, прерывание в данном случае не проводится**
3. **Учитывая показание пациентки на насильственную беременность, ей показано прерывание беременности в круглосуточном акушерско-гинекологическом стационаре, при условии, что пациентка докажет факт насилия**
4. **Учитывая показание пациентки на насильственную беременность, ей показано малое кесарево сечение в условиях круглосуточного акушерско-гинекологического стационара**
5. **Учитывая срок беременности, прерывание в данном случае возможно только хирургическим способом**

**Вопрос 15.** Процедуру вакуумной аспирации считают

1. **в канюле появляется розовая пена без ткани**
2. в канюле появляется розовая пена с тканью
3. **матка сокращается вокруг канюли**
4. ощущается расслабление матки
5. **при перемещении канюли по внутренней поверхности слизистой оболочки матки ощущается шероховатость**

**Правильные ответы к тестовым вопросам**

**к занятию 4 «Консультирование по вопросам прерывания беременности (до-абортное консультирование; получения информированного согласия; пост-абортное консультирование) пострадавших от гендерного насилия, в том числе лиц с инвалидностью»**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Номер вопроса** | **Правиль-ный ответ** | **Номер вопроса** | **Правиль-ный ответ** | **Номер вопроса** | **Правильный ответ** |
| 1. | С | 6. | А,D | 11. | A, B, Е |
| 2. | А | 7. | С | 12. | D |
| 3. | B | 8. | B,D | 13. | А |
| 4. | В | 9. | B | 14. | В |
| 5. | D | 10. | D | 15. | А,С, Е |

### ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ к занятию 5 «Признаки гендерного насилия у несовершеннолетнего пациента, поступившего/обратившего за помощью в медицинскую организацию. Виды гендерного насилия, принципы работы с пострадавшими от гендерного насилия (психологический аспект), особенности работы с лицами с инвалидностью (особые потребности)»

**Вопрос 1.** Сексуальные отношения между детьми и членами семьи или родственниками, которые по закону слишком близки для вступления в брак:

А. Инцест

В. Двоеженство

С. Полигамия

D. Равноправие

E. Моногамия

**Вопрос 2.** На какие 2 основные группы можно разделить Формы сексуального насилия несовершеннолетних:

А. Контактную, которая подразумевает в себе непосредственно половой акт с проникновением полового члена во влагалище и неконтактную, которая основана на оскорблениях, унижениях и интернет буллинге.

В. Контактную, которая включает в себя касание гениталий и заднего прохода пальцем, половым членом или каким-либо предметом («пенетрация вульвы») и виртуальною (по интернету)

С. Контактную, которая касание других частей тела, например, груди, внутренней поверхности бедер; оральный контакт с губами, гениталиями, задним проходом жертвы; оральная, вагинальная, анальная пенетрация пальцем, половым членом или каким-либо предметом; мастурбация (а также требование мастурбировать), и неконтактную, которая включает в себя эксгибиционизм; порнография.

D. Контактную: исследование девственной плевы на предмет разрывов или размера отверстия в ней и/или путем введения во влагалище двух пальцев («двухпальцевый» тест)

E. Неконтактную, умышленное воздействие на психику человека, унижение чести и достоинства посредством угроз, оскорблений и шантажа и Контактную, оральная, вагинальная, анальная пенетрация пальцем, половым членом или каким-либо предметом

**Вопрос 3.** Первичная помощь в случае обращения девушки, пережившей сексуальное насилие, подразумевает следующее, выберите правильные ответы:

А. не осуждать, проявлять участие и признавать значимость сказанного пациенткой;

В. оказать практическую помощь и поддержку в разрешении проблем, которыми озабочена пациенткой, даже если пациентка отказывается

С. помочь пациенткой получить доступ к информации о ресурсах, включая юридические и другие службы, которые могут быть ей полезны;

D. помочь пациенткой при необходимости обезопасить;

Е. обеспечить попадание полной информации о данном случае в социальных сети

**Вопрос 4.** Что может сделать врач, если пациентка пришла через неделю после сексуального насилия?

А. Провести первичную профилактику ИППП, в том числе ВИЧ

В. Рекомендовать таблетки для экстренной контрацепции, их можно принимать до десяти дней после незащищенного полового акта

С. провести тест на беременность и ИППП, в том числе ВИЧ

D. Предложить иммунизацию от гепатита В

E. Предложить постконтактную профилактику ВИЧ инфекции

**Вопрос 5.** Что может сделать врач, если 15 летняя пациентка пришла на прием сразу после сексуального насилия?

А. Провести профилактику ИППП, кроме ВИЧ, профилактика которого проводится только спустя 28 дней после контакта

В. Провести тест ИППП, в том числе ВИЧ, если тесты положительные провести профилактику антибактериальными и противовирусными препаратами

С. провести тест на беременность и ВИЧ, если тесты отрицательные пригласить на следующий прием через 1 месяц

D. Предложить иммунизацию от гепатита В, предложить вакуум аспирацию полости матки для профилактики нежелательной беременности

Е. Рекомендовать таблетки для экстренной контрацепции, их можно принимать до пяти дней после незащищенного полового акта

**Вопрос 6.** У молодого человека 20 лет был половой контакт с 15 летней девушкой, которая сначала согласилась на «близость», но в процессе хотела отказаться, но не смогла противостоять физической силе молодого человека. Наблюдается ли в данном случае сексуальное насилие?

А. Нет, в данном случае нет сексуального насилия, так как половой контакт был по обоюдному согласию.

В. Да, сексуальное насилие, совершенное в отношении несовершеннолетнего лица.

С. Нет, в данном случае нет сексуального насилия, так как разница в возрасте небольшая и девушка дала свое согласие на «близость» с молодым человеком.

D. Это сексуальное рабство, форма сексуального насилия, когда одно лицо владеет другим лицом

Е. В данном случае нет сексуального насилия, потому что девушка, оказывала сексуальные услуги более взрослому молодому человеку

**Вопрос 7**. Признаки перенесенного сексуального насилия над ребенком, на которые можно обратить внимание во время поликлинического приема, выберите правильные ответы:

А. гиперпигментация наружных половых органов у ребенка с избыточной массой тела.

В. Покраснение наружных половых органов и появление белых дрожжевых выделений

С. наличие повреждений заднепроходного отверстия и прямой кишки: кровоизлияния, ссадины, трещины, раны

D. смущение и страх пациентки при просьбе врача раздеться и лечь на гинекологическое кресло

Е. ночные кошмары, о которых она готовая рассказывать всем

**Вопрос 8**. Выберите какое утверждение является фактом:

А. Домашнее насилие - это частное дело семьи, в которое государство не имеет права вмешиваться. Никого не касается, как мужчина обращается со своей женой

В. Большинство женщин подвергаются гендерному насилию со стороны близких людей.

С. В большинстве случаев виновники гендерного насилия - посторонние люди

D. Работницы секс-индустрии не могут стать жертвами изнасилования

Е. Домашнему насилию подвергаются только женщины определенного типа

**Вопрос 9.** Вы подозреваете совершение сексуального насилия в отношении несовершеннолетней пациентки, мама девочки отказывается от проведения осмотра и просит не сообщать в милицию. Опишите ваши действия:

А. Согласно Кодексу о здоровье РК, врач не имеет право предпринимать какие-либо действия в отношении несовершеннолетних без информированного согласия родителя или законного представителя, поэтому мы не будем предпринимать никаких действий

В. Рекомендуется провести полное обследование пациента с головы до ног, включая гениталии несмотря на протест опекуна или законного представителя

С. Мы сообщаем руководителю нашей организации, который затем обращается в орган опеки и попечительства и в суд для защиты интересов несовершеннолетнего лица

D. Осмотрим только серьезные повреждения, угрожающие жизни несовершеннолетнего пациента в настоящий момент

Е. Осмотрим только гениталии предполагаемой жертвы насилия, несмотря на протест опекуна или законного представителя

**Вопрос 10**. Выберите вариант ответа, в котором перечислены только сексуальные формы гендерного насилия:

А. регулярные побои, унижение, ограничение финансов, принудительный половой контакт, калечащие операции на женских половых органах

В. оскорбление, унижение личного достоинства, сексуальное рабство, сексуальные домогательства, торговля людьми в целях принудительной проституции

С. операции на половых органах, проституция, принудительный аборт, избиение, присвоение денежных средств, лишение лица с инвалидностью необходимых ему вещей

D. принудительная беременность, принудительная проституция, принудительная стерилизация, калечащие операции на женских половых органах, тесты на девственность.

Е. принудительный сексуальный половой контакт, принудительная проституция, принудительная стерилизация, утаивание еды, ограничение свободы передвижения.

**Вопрос 11.** Выберите правильное лечение хламидийной инфекции у детей с массой тела <45 кг

А. эритромицин основание из расчета 50 мг на кг массы тела в день перорально (суточная доза делится на 4 приема) в течение 10-14 дней

В. Цефтриаксон 250 мг в/м в разовой дозе + Азитромицин 1 г перорально в разовой дозе + Метронидазол 2 г перорально в разовой дозе/или Тинидазол 2 г перорально в разовой дозе

С. Цефтриаксон 250 мг в/м в разовой дозе + Азитромицин 1 г перорально в разовой дозе

D. эритромицин основание из расчета 50 мг на кг массы тела в день перорально (суточная доза делится на 4 приема) в течение 10-14 дней + Метронидазол 2 г перорально в разовой дозе/или Тинидазол 2 г перорально в разовой дозе

Е. Цефтриаксон 250 мг в/м в разовой дозе

**Вопрос 12.** Выберите правильное лечение гонорейной инфекции у детей с массой тела <45 кг:

А. эритромицин основание из расчета 50 мг на кг массы тела в день перорально (суточная доза делится на 4 приема) в течение 10-14 дней

В. Цефтриаксон 250 мг в/м в разовой дозе + Азитромицин 1 г перорально в разовой дозе + Метронидазол 2 г перорально в разовой дозе/или Тинидазол 2 г перорально в разовой дозе

С. цефтриаксон 125 мг в/м однократно

D. эритромицин основание из расчета 50 мг на кг массы тела в день перорально (суточная доза делится на 4 приема) в течение 10-14 дней + Метронидазол 2 г перорально в разовой дозе/или Тинидазол 2 г перорально в разовой дозе

Е. Азитромицин 250 мг в/м в разовой дозе

**Вопрос 13.** Инфекции, передающиеся половым путем у детей могут передаваться:

А. Перинатально, во время беременности или родов от матери ребенку

В. При сексуальном насилии, случайном контакте или перинатально.

С. Только при сексуальном насилии

D. При случайном контакте с биологическими жидкостями

Е. Случайном контакте или перинатально.

**Вопрос 14.** Факторы, которые должны побудить врача рассмотреть возможность тестирования на ИППП, включают:

А. Ребенок живет в районе с низким уровнем заболеваемости ИППП в обществе. У ребенка нет признаков ИППП; Ребенок или родитель запрашивает тестирование на ИППП. Ребенок не может вербально описать детали нападения.

В. У ребенка произошло проникновение или имеются признаки недавнего или зажившего проникающего повреждения гениталий, ануса или ротоглотки. Ребенок подвергся насилию со стороны незнакомца. У ребенка есть брат, сестра, другой родственник или другой человек в семье, заразившийся ИППП.

С. Ребенок подвергся насилию со стороны нападавшего, о котором известно, что он не инфицирован ИППП

D. У ребенка есть брат, сестра, другой родственник или другой человек в семье, заразившийся ИППП. Ребенок живет в районе с низким уровнем заболеваемости ИППП в обществе. У ребенка нет признаков или симптомов ИППП (например, выделения или боль из влагалища, зуд или запах гениталий, симптомы мочеиспускания, поражения или язвы на половых органах).

Е. У ребенка есть брат, сестра, другой родственник или другой человек в семье, заразившийся ИППП. Ребенок живет в районе с низким уровнем заболеваемости ИППП в обществе.

**Вопрос 15.** На приеме врач акушер гинеколог стал подозревать насилие сексуального характера над несовершеннолетним. Доктор сразу взял мазки на ИППП и влагалища, прямой кишки, чтобы быстрее начать терапию, и в течении 1 часа провел экспертизу случая и заполнил всю документацию. Какую ошибку допустили врач?

А. забор биологического материала, проведение экспертизы проводится врачом судебным медицинским экспертом

В. экспертиза проводится только врачом судебным медицинским экспертом

С. забор биологического материала проводится врачом судебным медицинским экспертом

D. Надо было в течении первого часа успеть начать профилактику ИППП, а потом уже проводить экспертизу

Е. мазок при подозрении на сексуальное насилие берется только из влагалища в течении 1го часа после обращения

**Правильные ответы к тестовым вопросам**

**к занятию 5 «Признаки гендерного насилия у несовершеннолетнего пациента, поступившего/обратившего за помощью в медицинскую организацию»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Номер вопроса** | **Правильный ответ** | **Номер вопроса** | **Правильный ответ** |
| 1. | А | 9. | C |
| 2. | С | 10. | D |
| 3. | A,C,D | 11. | А |
| 4. | С | 12. | C |
| 5. | Е | 13. | B |
| 6. | В | 14. | В |
| 7. | С | 15. | A |
| 8. | В |  |  |

## **Задания к практическим занятиям модуля «Реагирование системы здравоохранения на случаи гендерного насилия»**

### ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 1 «Гендерное насилие». Алгоритм межведомственного взаимодействия по перенаправлению для оказания комплексной помощи пережившим гендерное насилие»

**1. Практическое задание №1**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Клинический случай №1**

**Условие:** Во время приема по беременности, пациентка пришла на прием вместе со свекровью. На вопросы о питании, условиях проживания, пациентка отвечает робко, очень тихо. При осмотре врач обращает внимание на очень низкую массу тела женщины, наличие синяков на прикрытых одеждой частях тела. При попытке спросить пациентку откуда синяки, в разговор вступает свекровь и говорит, что просто она неуклюжая, молодая, вечно падает, что-то роняет. И сетует, что вообще плохая сноха досталась им, постоянно раздражает своим поведением любимого сына.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Оценить ситуацию.
2. Указать признаки гендерного насилия.
3. Распишите план реагирования и межведомственного взаимодействия.

**2. Практическое задание №2**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Клинический случай №2**

**Условие:** К врачу гинекологу обратилась девушка 17 лет с жалобами на то, что последние 6 месяцев менструации приходят не регулярно, то 2 раза в месяц, то с задержкой на 2-3 недели. При осмотре тела пациентки врач обратил внимание на кровоподтек на шее, следы зубов на спине, синяки и ссадины на ногах. У девушки погрызанные ногти на руках, покусанные губы. Врач заподозрил насилие в отношении пациентки и выяснил, что последнее время с ними живет новый мужчина ее матери. Он неоднократно склонял пациентку к сексуальным действиям. Девочка боится говорить об этом. Как должен поступить врач в таком случае?

**Вопросы для обсуждения:**

1. Оценить ситуацию.
2. Указать признаки гендерного насилия.
3. Распишите план реагирования и межведомственного взаимодействия.

**3. Практическое задание №3**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Клинический случай №3**

**Условие:** Врач на приеме обнаружил признаки бытового насилия в отношении своей пациентки 32 лет. На вопрос о гендерном насилии пациентка сказала: «да, у нашего папы очень трудный характер, он часто в плохом настроении». На слова доктора о помощи, пациентка категорически отказалась, объясняя тем, что она сама бывает виновата, не всегда вовремя убираюсь по дому и ужин иногда остывший, да и кто поможет ей с маленьким ребенком.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Оценить ситуацию,
2. Указать признаки гендерного насилия,
3. Распишите план реагирования и межведомственного взаимодействия.

**4. Практическое задание №4**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Все обучающиеся садятся полукругом, складывают ладони вместе, и держат их перед собой. Преподаватель, у которого в сложенных таким же образом руках находится «колечко» (в данном случае бумажка с вопросом), подходит к каждому по очереди и опускает свои руки в руки игрока. Одному из иг­роков он подкладывает в руки «колечко», стараясь сделать это незаметно. Тот, кому досталось «колечко», тоже старается не выдать себя. Остальные, в свою очередь, внимательно смотрят, подмечая, кто ведет себя необычно и подозрительно. После того как все игроки обойдены, водящий отходит в сторону и говорит: «Колечко-колечко, выйди на крылечко!» Игрок с «колечком» быстро вскакивает и бежит к нему. Другие игроки, особенно если заранее поняли, у кого «колечко», стараются схватить его и удержать на месте. Если игроку с «кольцом» удается убежать, то он может прочитать, что написано на бумажке, и ответить на этот вопрос. Если ответ будет правильным (оценивают те, кто сидят), ему разрешается водить в следующем коне, если нет - водящим остается прежний игрок.

**Вопросы, которые можно использовать:**

1. Какие мифы о гендерном насилии вы знаете?
2. Виды гендерного насилия
3. Формы сексуального насилия
4. Методы экстренной контрацепции
5. Препараты для медикаментозного прерывания беременности
6. Какие особые условия нужны для улучшения качества коммуникаций с людьми с инвалидностью
7. Через какие временные интервалы приглашается лицо, перенесшее насилие на повторный прием?
8. Какие препараты используются для профилактики наиболее распространенных ИППП после сексуального насилия?
9. Что такое гендерное насилие?
10. Метод Юзпе –это?
11. Постконтактная профилактика ВИЧ проводится в течении?
12. Наиболее характерными клиническими проявлениями гонококковой инфекции будут? И др.

### ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 2 «Постконтаная профилактика ИППП в случае гендерного насилия. Постконтактная профилактика ВИЧ в случае гендерного насилия»

**1. Практическое задание №1**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

Группы должны разыграть сценку: врач консультант и пациентка (клинический случай №1

**Клинический случай №1**

**Условие:** Пациентка 23 года, инвалид по слуху. Стала жертвой сексуального насилия 24 часа назад. Обратилась к гинекологу ПМСП..

**Вопросы для обсуждения:**Проиграть случай, когда пациентка приходит на прием после произошедшего инцидента сексуального насилия 24 часа назад. Необходимо проконсультировать пациентку о необходимости профилактики ИППП, профилактики ВИЧ?

**2. Практическое задание №2**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

Группы должны разыграть сценку: врач консультант и пациентка (клинический случай №2

**Клинический случай №2**

**Условие:** Пациентка 32 года, после случая сексуального насилия сдала все тесты на возможные ИППП и ВИЧ. В настоящее время пришла на прием чтобы узнать результаты обследований. Ее тест на ВИЧ инфекцию отрицательный.

**Вопросы для обсуждения:** Проиграть случай, когда пациентка приходит на прием после произошедшего инцидента сексуального насилия 24 часа назад. Необходимо проконсультировать пациентку о необходимости профилактики ИППП, профилактики ВИЧ?

**3. Практическое задание №3**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

Группы должны разыграть сценку: врач консультант и пациентка (клинический случай №3)

**Клинический случай №3**

**Условие:** Пациентка С.29 лет, после случая сексуального насилия сдала все тесты на возможные ИППП и ВИЧ. В настоящее время пришла на прием чтобы узнать результаты обследований. Ее тест на ВИЧ инфекцию положительный.

**Вопросы для обсуждения:** Проиграть случай, когда пациентка приходит на прием после произошедшего инцидента сексуального насилия 24 часа назад. Необходимо проконсультировать пациентку о необходимости профилактики ИППП, профилактики ВИЧ?

**4. Практическое задание №4**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

Группы должны разыграть сценку: врач консультант и пациентка (клинический случай №4)

**Клинический случай №4**

**Условие:** Пациентка М 18 лет., стала жертвой сексуального насилия менее 24 часов назад. Она инвалид по зрению с детства, в настоящее время находится в сильнейшем стрессе, дрожит, плачет, вздрагивает от каждого прикосновения и неожиданного шума.

**Вопросы для обсуждения:** Проиграть случай, когда пациентка приходит на прием после произошедшего инцидента сексуального насилия 24 часа назад. Необходимо проконсультировать пациентку о необходимости профилактики ИППП, профилактики ВИЧ?

**5. Практическое задание №5**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

Группы должны разыграть сценку: врач консультант и пациентка (клинический случай №5)

**Клинический случай №5**

**Условие:** Пациентка 20 лет, обратилась в приемный покой многопрофильного стационара по поводу СН, проведите консультацию по профилактике ИППП, назначьте препараты и объясните, когда следующий раз необходимо прийти и для чего.

**Вопросы для обсуждения:** Проиграть случай, когда пациентка приходит на прием после произошедшего инцидента сексуального насилия 24 часа назад. Необходимо проконсультировать пациентку о необходимости профилактики ИППП, профилактики ВИЧ?

**6. Практическое задание №6**

**Форма:** игровая

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Дается первая карточка одному игроку. После прочтения, анализа студент отвечает на поставленный вопрос. Только после этого следующий студент получает вторую карточку, и работает с ней. И так далее. Каждому студенту придётся работать с пациенткой в том её состоянии, в которое привёл пациентку его коллега, сидящий рядом. При этом никаких претензий высказывать соседу нельзя, а нужно эффективно работать с пациенткой в том состоянии, в котором она оказалась.

**Клинический случай №6**

**Условие:** Клинический случай: Женщина 35 лет госпитализирована в отделение гинекологии с клинической картиной, типичной для острого ВЗОТ (боли в животе, гнойные бели лихорадка, тахикардия, повышение СОЭ и количества лейкоцитов в периферической крови). Через 24 часа от начала базисного лечения существенного улучшения состояния пациентки не отмечено. Сохраняется болевой синдром, лихорадка, увеличилось содержание лейкоцитов в периферической крови, положительные симптомы раздражения брюшины в нижних отделах живота, больше слева При бимануальном исследовании обнаружено опухолевидное образование в области левых маточных придатков. Заключение по УЗИ органов малого таза: опухолевидное образование левых маточных придатков с признаками абсцедирования.

**Карточки для студентов:**

|  |  |
| --- | --- |
| **№ карточки** | **Информация на карточке** |
| 1 | Поставьте наиболее вероятный диагноз данной пациентке при обращении |
| 2 | Ваша тактика? |
| 3 | Каким доступом в современных условиях можно приступить к выполнению операции? |
| 4 | Определите объём оперативного вмешательства при следующей лапароскопической картине: В области левых маточных придатков обнаружен воспалительный комплекс: пиосальпинкс, гиперемия и отёк яичника, фибринозные отложения на брюшине, спайки, легко разрушающиеся инструментом. Справа маточная труба свободно подвижная, имеется её гиперемия и отёк. Окклюзии правой маточной трубы нет. |
| 5 | Назначьте лечение пациентке в послеоперационном периоде. |

**Эталоны ответов:**

|  |  |
| --- | --- |
| **№ карточки** | **Информация на карточке** |
| 1 | Тубоовариальный абсцесс слева. ИППП, вероятнее всего гонорея. |
| 2 | Учитывая отсутствие выраженного эффекта от консервативного лечения в течение 1 суток у молодой женщины целесообразно хирургическое вмешательство. |
| 3 | Лапароскопия |
| 4 | Ревизия брюшной полости и органов малого таза. Разрушение спаек. Опорожнение пиосальпинкса. Эвакуация патологического выпота и лаваж брюшной полости небольшими порциями антисептического раствора. Дренирование. |
| 5 | Антибактики, дезинтоксикация, симптоматическая терапия и реабилитация. |

**7. Практическое задание №7**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Клинический случай №7**

**Условие:** На прием к гинекологу обратилась пациентка 34 лет с жалобами на наличие зуда, жжения, гнойных выделений из влагалища. Считает себя пациентка в течение пяти дней, когда появились вышеперечисленные жалобы. Постоянного полового партнёра не имеет. За 8 дней до появления жалоб имела не защищённый половой контакт с малознакомым мужчиной. При осмотре наблюдается гиперемия вульвы, обильное гнойное отделяемое из влагалища.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Предварительный диагноз.
2. Какие риски есть у данной пациентки?
3. Назначить план обследования и лечения.

**8. Практическое задание №8**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Клинический случай №7**

**Условие:**К гинекологу обратилась девушка 18 лет. Год назад пациентка стала жертвой сексуального насилия, тогда в медицинскую организацию не обращалась, побоялась огласки. В настоящее время она жалуется на наличие болезненных язвочек на правой половой губе. Со слов, жалобы беспокоят около 5 дней, в дебюте отмечала пузырьковые сгруппированные высыпания на правой половой губе. Половая жизнь с 16 лет. Аналогичные высыпания были 4 раза за последний календарный год.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Предварительный диагноз.

2. Назначить план обследования и лечения.

### ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 3 «Ограничение прав при планировании семьи. Виды насилия в семье. Профилактика нежелательной беременности. Контрацепция»

**1. Практическое задание №1**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический случай

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:**

Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин

**Клинический случай №1**

**Условие.** В приемный покой стационара многопрофильной больницы обратилась молодая девушка 20 лет, с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, ушибы и ссадины. При осмотре на лице пациентки разбита нижняя губа из нее сочится кровь, перелом нескольких ребер, на руках свежие гематомы, ссадины на коленях, гематомы на внутренней поверхности бедер, порвано нижнее белье.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Имеется ли в данном случае гендерное насилие? Какой вид гендерного насилия?
2. Требуется ли в данном случае экстренная контрацепция?
3. Обсудите со слушателями какие виды экстренной контрацепции они знают

**2. Практическое задание №2**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический случай

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:**

Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин

**Клинический случай №2**

**Условие.** На прием к врачу гинекологу ПМСП обратилась пациентка с вопросом о возможности избежать нежелательную беременность после незащищенного полового контакта. Пациентка замужем, есть 2 дочери, муж настаивает на рождении мальчика, но пациентка в настоящий момент не хочет вынашивать беременность и рожать ребенка, потому что не уверенна, что хочет оставаться в браке с данным мужчиной. За последний год она уже сделала 4 аборта и хочет избежать еще одного. Пациентка покупала по назначению врача гормональные контрацептивные таблетки, но когда супруг случайно увидел данные препараты, то сильно избил ее. Она боится повторения этого опыта.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Имеется ли в данном случае гендерное насилие? Какой вид гендерного насилия?
2. Требуется ли в данном случае экстренная контрацепция?
3. Обсудите со слушателями какие виды экстренной контрацепции они знают

**3. Практическое задание №3**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический случай

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:**

Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин

**Клинический случай №3**

**Условие.** После незащищенного полового контакта женщина П.40 лет обратилась к гинекологу за консультацией. Два дня назад она подверглась сексуальному насилию, за помощью не обращалась, но слышала о «пожарной контрацепции» поэтому сейчас пришла в поликлинику. Из анамнеза, пациентка страдает хронической артериальной гипертензией 2-3 степени, имеет избыточны вес.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Имеется ли в данном случае гендерное насилие? Какой вид гендерного насилия?
2. Требуется ли в данном случае экстренная контрацепция?
3. Обсудите со слушателями какие виды экстренной контрацепции они знают
4. **Практическое задание №4**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический случай

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:**

Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин

**Клинический случай №4**

**Условие.** На прием к гинекологу пришли 2 женщины, пациентка 27 лет и ее свекровь. У пациентки в анамнезе 3-е родов, последние 1,5 года назад. Свекровь настаивает на проведении хирургической стерилизации своей невестке, обоснует это тем, что ее сыну тяжело воспитывать и кормить так много «ртов».

**Вопросы для обсуждения:**

1. Имеется ли в данном случае гендерное насилие? Какой вид гендерного насилия? Обоснуйте
2. Какая правовая и социальная помощь может быть оказана в данном случае пациентке?
3. **Практическое задание №5**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический случай

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:**

Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин

**Клинический случай №5**

**Условие.** Пациентке 35 лет, она обратилась к гинекологу с жалобами на тошноту, рвоту. Из анамнеза установлено, что имеется задержка менструального цикла на 2 недели и положительный тест на беременность. Пациентка в шоке и возмущена, так как относит себя к категории «chiedfree» и не планирует иметь детей вообще, ее партнер убеждал ее, что 5 лет назад произвел вазэктомию, и что им не требуется дополнительная контрацепция.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Имеется ли в данном случае гендерное насилие? Какой вид гендерного насилия? Обоснуйте
2. Какая правовая и социальная помощь может быть оказана в данном случае пациентке?
3. **Практическое задание №6**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический случай

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:**

Слушатели делятся на 4 группы. Каждому участнику раздается случайным образом карточки разной геометрической фигуры (круг, треугольник, квадрат и звезда). Группа «круг» - всем завязываем глаза заранее подготовленными шарфами, условно это лицо с инвалидностью по зрению. Группа «круг» - всем завязываем глаза заранее подготовленными шарфами, условно это лицо с инвалидностью по зрению. Группа «треугольник» - все просим вставить в уши заготовленные ватные шарики, условно это лицо с инвалидностью по слуху. Группа «квадрат» - консультанты, которые разберут каждый по одному участнику из группы «круг». Группа «звезда» - консультанты, которые разберут каждый по одному участнику из группы «треугольник».

Консультант каждой пары вытягивает клинический случай, по которому он должен проконсультировать свою пациентку (клинический случай №7,8 для Группы, которая вытянули круг, №9,10- для Группы, которая вытянули треугольник).

В качестве подручного материала консультант может использовать таблетки, имитировать использование инструментов (заранее можно подготовить одноразовые наборы для гинекологического осмотра, несколько гинекологических зеркал, ватных тампонов).

На подготовку и работу в группах отводится 10 минут.

Затем после того, как все закончат, можно попросить снять шарфы тех, у кого закрыты глаза, и убрать из ушей ватные шарики. И после этого задать вопросы:

1) Пациенты: было ли вам трудно находиться в роли пациента?

2) Испытывали ли вы неловкость, неудобство, страх или другое чувство (описать его)

3) Все ли было вам понятно в ходе беседы с консультантом

4) Консультанты: испытывали ли вы трудности с донесением той информации, которую вы хотели объяснить пациенту?

5) Чего вам не хватало в ходе проведения консультации

Подвести итоги на флип карте: условия для качественного консультирования лиц с особыми потребностями исходя из того, что было сказано участниками

**Клинический случай №7**

**Условие.** Пациентка 18 лет, с инвалидностью по зрению с детства, обратилась к гинекологу ПМСП с жалобами на то, что вчера вечером, она подверглась сексуальному насилию со стороны своего соседа по подъезду. Пациентка в настоящее время живет одна, так как ее мама скоропостижно умерла, он находилась в шоке, не знала куда обратиться и как дойти до больницы, пока сегодня ее не сопроводила приходящий педагог до поликлиники.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Какие риски гендерного насилия присутствуют в данном случае?
2. Какие меры нужно предпринять для сохранения репродуктивной функции?
3. Проведите консультацию по экстренной контрацепции и постконтактная профилактика ИППП?

**Клинический случай №8**

**Условие.** Пациентка 38 лет, с инвалидностью по зрению (она видит, но очень плохо, миопия тяжелой степени, помутнение хрусталика), обратилась к гинекологу ПМСП с жалобами на то, что 2 дня назад она подверглась сексуальному насилию со стороны своего сожителя.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Какие риски гендерного насилия присутствуют в данном случае?
2. Какие меры нужно предпринять для реагирования
3. Проведите консультацию по экстренной контрацепции?

**Клинический случай №9**

**Условие.** Пациентка 26 лет, с инвалидностью по слуху (она глухонемая), обратилась к гинекологу ПМСП. Пациентка, не может объяснить словами что произошло, что ее беспокоит, но после осмотра врач заподозрил сексуальное насилие в отношении нее.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Какие риски гендерного насилия присутствуют в данном случае?
2. Какие меры нужно предпринять для сохранения репродуктивной функции?
3. Проведите консультацию по экстренной контрацепции и постконтактная профилактика ИППП?

**Клинический случай №10**

**Условие.** Пациентку 66 лет, с инвалидностью по слуху (пациентка носит слуховой аппарат, который в настоящее время с ее слов в ремонте уже 2 месяца) привела на прием ее соседка, которая стала замечать следы синяков на руках женщины, ухудшение общего состояния, избегание контакта с соседками по подъезду. В настоящее время пациентка проживает вместе с дочерью мужа от первого брака и ее супругом, который недавно вышел из тюрьмы. Пациентка, не может объяснить словами что произошло, что ее беспокоит, но после осмотра врач заподозрил сексуальное насилие в отношении нее.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Какие риски гендерного насилия присутствуют в данном случае?
2. Какие признаки гендерного насилия вы замечаете в данном случае?
3. Какие меры по реагированию нужно предпринять
4. Проведите консультацию по постконтактной профилактике ИППП. Нужна ли в данном случае данная профилактика? как вы считаете?

**ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 4** «**Консультирование по вопросам прерывания беременности (до-абортное консультирование; получения информированного согласия; пост-абортное консультирование) пострадавших от гендерного насилия, в том числе лиц с инвалидностью**»

**1. Практическое задание №1**

**Форма:** мозговой штурм

**Инструмент:** клинический случай

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:**

Получив карточку с клиническим случаем, обучающиеся в течение 30 секунд выдвигают различные гипотезы, обсуждают, отстаивают ту или иную идею, когда время заканчивается студент-лидер принимает единое решение. Если вы видите, что спор и обсуждение увели группу в сторону от правильного решения и время затягивается, то говорите: «Время идет, а пациентке никто так и не помог». Если замечание преподавателя проигнорировали, то ведущий выдаёт карточку об ухудшении состояния больного.

**Клинический случай:** Женщина 32 лет доставлена СМП в приемный покой многопрофильной больницы в состоянии тяжелого психологического стресса. Из анамнеза известно, что пациентку нашли на автобусной остановке без сознания, на ней была разорванная одежда, синяки и ссадины на лице, груди, разорваны капроновые колготки. При осмотре установлен факт сексуального насилия. Через 3 недели появилась тошнота, рвота по утрам, головокружение. Пациентка сделала тест на беременность, положительный.

**Карточки для студентов:**

|  |  |
| --- | --- |
| **№ карточки** | **Информация на карточке** |
| 1 | Поставьте диагноз, согласно описанию клинической ситуации. |
| 2 | Ваша тактика? |
| 3 | Какие профилактические меры можно предпринять на данном этапе? |
| 4 | Определите тактику профилактики ИППП, если у пациентки аллергическая непереносимость антибиотиков тетрациклинового ряда |
| 5 | Назначьте профилактику нежелательной беременности |
| 6 | Проконсультируйте пациентку какими методами можно прервать данную беременность |
| 7 | Проведите информированное консультирование по медикаментозному прерываю беременности |

**Эталоны ответов:**

|  |  |
| --- | --- |
| **№ карточки** | **Информация на карточке** |
| 1 | Данная пациентка оказалась ЛПГН, сексуальное насилие, физическое насилие |
| 2 | Необходимо провести тщательный осмотр пациентки с документированием всей информации, |
| 3 | провести до-тестовое консультирование по ВИЧ, провести ПКП по ИЧ, профилактику нежелательной беременности и ИППП |
| 4 | Использовать схему назначения антибиотиков исключая тетрациклиновый ряд, но покрывающей наиболее часто встречающиеся ИППП. Например, цефтриаксон 250 мг в/м в разовой дозе + Азитромицин 1 г перорально в разовой дозе + Метронидазол 2 г перорально в разовой дозе |
| 5 | Левоноргестрел, внутрь однократной дозой 1,5 мг (препарат Эскапел) |
| 6 | Если не провели экстренную контрацепция, и наступила беременность, то прервать ее можно медикаментозным способом, вакуум-аспирацией. (данном случае можно попросить более подробно рассказать о каждом методе) |
| 7 | Прием мифепристона внутрь в дозе 200 мг в присутствии врача; На сроке беременности до 12 недель женщинам рекомендуется перорально принимать одну таблетку, 200 мг мифепристона и не менее чем через 24 часа 4 таблетки, 800 мкг мизопростола одномоментно сублингвально, буккально или вагинально |

**2. Практическое задание №2**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический случай

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:**

Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин

**Клинический случай №2**

**Условие.** На прием к врачу гинекологу пришла пациентка С. 28 лет, глухонемая. Пациентка написала, что пару месяцев назад стала жертвой сексуального насилия, к врачу и в правоохранительные органы сразу не обратилась, боялась огласки, и методами экстренной контрацепции не воспользовалась. В настоящее время считает себя беременной и хочет прервать беременность. Первый день последней менструации 36 дней назад.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Оцените ситуацию
2. Имеет ли право данная пациентка на прерывание беременности и до какого срока
3. Проведите консультирование пациентки для выбора возможного метода прерывания беременности, расскажите о всех плюсах и минусах каждого метода; Скажите, что вам потребуется для качественного консультирования данной пациентки.

**3. Практическое задание №3**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический случай

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:**

Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин

**Клинический случай №3**

**Условие.** На прием к врачу гинекологу обратилась пациентка 35 лет, по поводу нежелательной беременности. Она замужем. При осмотре обращает на себя внимание синяки на теле пациентки, ушибы, следы пальцев на предплечье. Всего беременностей: данная 9-ая, 1 выкидыш 2 года назад, 8 абортов за 1,5 года, предложенными методами контрацепции пациентка не пользуется. Последняя менструация была 42 дня назад. В настоящее время психологическое состояние пациентки очень тяжелое. St.genitalis: Матка увеличена до 5-6 недель беременности, безболезненная, подвижная. Придатки с обеих сторон без особенностей.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Оцените ситуацию. Как вы считаете есть ли в данной ситуации признаки гендерного насилия?
2. Может ли врач на приеме оказать помощь данной пациентке?
3. Имеет ли право данная пациентка на прерывание беременности и до какого срока
4. Какой сценарий возможет далее в данной ситуации?

**4. Практическое задание №4**

**Форма:** групповая работа, ролевая игра

**Инструмент:** клинический случай

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:**

Всем членам группы разделиться по номера 1-2-3. 1-пациент, 2- врач-консультант, 3- наблюдатель

**Ситуация 1.** Пациентка пришла на прием после прерывания беременности в сроке 6 недель после произведенного медикаментозного аборта. Проведите после-абортное консультирование

**Ситуация** 2. Пациентка после случая сексуального насилия обращалась к медицинскому работнику, приняла меры по профилактике нежелательной беременности, однако спустя месяц узнает то беременна, хотя в настоящее время половую жизнь из-за стресса после ГН отрицает. Она пришла на прием к гинекологу очень агрессивная, со словами: Мне и так плохо, я мучаюсь, а вы мне еще неправильно таблетки назначили, теперь мне придется делать аборт». Проведите консультирование

**Ситуация** 3. На прием к гинекологу пришла пациентка после факта сексуального насилия через 2 месяца. В настоящее время она беременна. Ей тяжело осознавать, что беременность наступила от человека, совершившего такое тяжкое преступление по отношению к ней, но также ее беспокоит, что «аборт - это грех». Как быть? Проконсультируйте данную пациентку

**Ситуация** 4. На прием к гинекологу пришла пациентка, которая считает себя беременной и не хочет сохранять данную беременность, так как она наступила в результате противоправных сексуальных действий в отношении ее неприкосновенности. Однако ее беспокоит, что в будущем она не сможет больше иметь детей. Проконсультируйте данную пациентку

### ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 5 «Признаки гендерного насилия у несовершеннолетнего пациента, поступившего/обратившего за помощью в медицинскую организацию. Виды гендерного насилия, принципы работы с пострадавшими от гендерного насилия (психологический аспект), особенности работы с лицами с инвалидностью (особые потребности)»

**1. Практическое задание №1**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический случай

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:**

Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин

**Клинический случай №1**

**Условие.** Девочка в возрасте 12 лет 11 месяцев, имеет следующие признаки: тело молочной железы округлой формы, соски приподняты над околососковым кружком, длинные, вьющиеся, густые волосы на всем треугольнике лобка, волосы в подмышечных впадинах редкие на центральном участке, регулярные менструации. Начало появления признаков примерно с 12 лет, с увеличения молочных желез.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Напишите и оцените формулу полового развития девочки
2. Укажите стадию полового созревания по J.Tanner.

**2. Практическое задание №2**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** перечень вопросов

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:**

Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения задания. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

Перед групповой работой обсуждаются ранее данные о признаках гендерного насилия.

1. Что из этого применимо к детям?
2. Как должен поступать медицинский работник, врач, если на приеме несовершеннолетнего ребенка заподозрил гендерное насилие?
3. Как вы думаете, в чем особенность консультирования несовершеннолетних лиц, перенесших гендерное насилие?
4. Как вы думаете, когда девочки и девушки чаще всего подвергаются сексуальному насилию?

Обучающиеся делятся на группы для обсуждения:

1 группа Формы сексуального насилия над несовершеннолетними.Последствия насилия в отношении детей

2 группа Признаки для выявления сексуального насилия детей.

**3. Практическое задание №3**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:**

Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения задания. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Клинический сценарий №2.**

**Условия.** На прием к акушер гинекологу пришла женщина с дочкой 6 лет. Жалобы на обильные выделения из половых путей зеленого цвета, покраснение наружных половых органов. По результатам обследования выявлены гонококковая и хламидийная инфекция.

**Вопросы для обсуждения**

1. Обсудите, может в данном случае иметь место сексуальное насилие? Почему?
2. Обсудите план реагирования и ваши действия.

**4. Практическое задание №4**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:**

Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения задания. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Клинический сценарий №3.**

**Условия.** Врач заподозрил и выявил признаки сексуального насилия в отношении девочки 4,5 лет. Девочка плохо отвечает на вопросы, не реагирует на обращенную речь. При обращении к официальному опекуну, последний не соглашается с подозрениями врача и отрицает возможность насилия в принципе.

**Вопросы для обсуждения**

1. Обсудите, может в данном случае иметь место сексуальное насилие? Почему?
2. Обсудите план реагирования и ваши действия.

**5. Практическое задание №5**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:**

Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения задания. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Клинический сценарий №4.**

**Условия.** При консультации гинекологом глухонемой пациентки 15 лет, которая пришла на прием со своей старшей сестрой, врач обратил внимание, что на теле пациентки имеются гематомы, ссадины, порезы. Общее телосложение астеническое, истощенное. Во время письменного ответа на вопросы, пациента озирается по сторонам, как будто чего-то боится.

**Вопросы для обсуждения**

1. Какие вопросы можно задать пациентки?
2. Какой вид насилия вы подозреваете в данном случае?
3. Какие ошибки в консультировании данной пациентки допущены?
4. Как можно помочь вашей пациентке?

**6. Практическое задание №6**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:**

Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения задания. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Клинический сценарий №5.**

**Условия.** На прием к детскому гинекологу пришла женщина с дочерью 8 лет с жалобами на появление менструаций и рост молочных желез. При опросе анамнеза выясняется, что девочка живет с родителями, дядей и 2 сестрами. При осмотре и оценке физического развития, врач замечает ссадины на теле, внутренней поверхности бедер. При попытке врача осмотреть наружные половые органы и их строение, ребенок начинает кричать, зажимает руками нижнее белье и не разрешает его снимать.

**Вопросы для обсуждения**

1. Как вы считаете какой предварительный диагноз можно поставить в данном случае?
2. Какова причина развития данной патологии?
3. Какой вид насилия вы подозреваете в данном случае?
4. Какие риски гендерного насилия есть в данном случае?
5. Распишите схему реагирования в данном случае

**7. Практическое задание №7**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:**

Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения задания. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Клинический сценарий №6.**

**Условия.** На прием к гинекологу пришла женщина со своей дочерью 6 лет. Мама просит врача оценить целостность девственной плевы ребенка, так как нашла дома видео записи с коротким фильмом, на котором отчим снимал голого ребенка, гладил его и просил трогать свои гениталии.

**Вопросы для обсуждения**

1. Будет ли в данном случае иметь место сексуальное насилие?
2. Может ли врач дать экспертное заключение в данном случае?
3. Как должен поступить врач акушер гинеколог в данном случае?

**8. Практическое задание №8**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:**

Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения задания. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Клинический сценарий №7.**

**Условия.** На прием к гинекологу пришла глухонемая пациентка 17 лет. При объективном осмотре, врач обратил внимание на кровоподтеки на тыльной поверхности плеч, синяки в области грудной клетки, ссадин на внутренней поверхности бедер, ссадин и гематом на наружных половых органах.

**Вопросы для обсуждения**

1. Какой вид насилия вы подозреваете в данном случае? Почему?
2. Какая особенность приема пациентки рекомендована в данном случае?
3. Каких специалистов дополнительно можно пригласить на прием данной пациентки?
4. Какими приемами можно упростить ваше общение с данной пациенткой для установления более доверительного контакта?

**9. Практическое задание №9**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:**

Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения задания. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Клинический сценарий №8.**

**Условия.** На прием к гинекологу пришла женщина с дочерью 16,5 лет. При сборе анамнеза выяснено, что девушка беременна, срок беременности 6 недель. Мама настаивает на прерывании данной беременности, объясняя необходимостью продолжать учиться. Когда девушка пытается отказаться от прерывания беременности, мама угрожает физическим наказанием.

**Вопросы для обсуждения**

1. Имеется ли в данном случае инцидент или подозрение на насилие?
2. Какой вид насилия вы подозреваете в данном случае? Почему?
3. Какая особенность приема пациентки рекомендована в данном случае?
4. Каких специалистов дополнительно можно пригласить на прием данной пациентки?

## **Сокращения**

АРТ - антиретровирусная терапия

ВГВ – вирус гепатита В

ВИЧ – Вирус иммунодефицита человека

ВЗОМТ – воспалительные заболевания органов малого таза

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВМС – внутриматочная система

ИППП – инфекции, передающиеся половым путем

МЗ РК – Министерства здравоохранения Республики Казахстан

ООН – Организация объединенных наций

ПКП – постконтактная профилактика

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

СМП – станция медицинской помощи

ТЭК – таблетки экстренной контрацепции

МВА – метод прерывания беременности