

Приложение 4
к приказу МЗ КР №1232
от “18” октября 2022 года

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

**Клинический протокол по добровольной хирургической
стерилизации**

Бишкек-2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

Общая информация	3
Список сокращений	3
Условия для проведения добровольной хирургической стерилизации у женщин и у мужчин	4
Мероприятия по добровольной хирургической стерилизации у женщин	4
Мероприятия по добровольной хирургической стерилизации мужчин	6
Приложение 1. Перечень медицинских показаний для проведения добровольной хирургической стерилизации	9
Приложение 2. Перечень медицинских противопоказаний для проведения стерилизации	12
Приложение 3. Информированное добровольное согласие пациента на хирургическую стерилизацию	13
Список литературы	15

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Определение. Добровольная стерилизация хирургическая (ДСХ) представляет собой самый эффективный и необратимый метод предохранения как для мужчин, так и для женщин.

Цель создания клинического протокола

Внедрение и организация системы единого подхода по добровольной хирургической стерилизации женщин и мужчин, основанного на международных клинических руководствах высокого методологического качества и адаптированного к местным условиям.

Целевые группы

Семейные врачи, врачи первичного уровня здравоохранения, акушеры-гинекологи, урологи, и другие специалисты, ответственные за качество оказания медицинской помощи.

Классификация хирургической стерилизации у женщин

Существует добровольная хирургическая стерилизация женщин послеродовая (чаще после кесарева сечения, реже после влагалищных родов), интервальная и после прерывания беременности, с лапаротомным или вагинальным доступом.

Ключевые слова: планирование семьи, контрацепция, добровольная хирургическая стерилизация, вазектомия.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ДХС	добровольная хирургическая стерилизация
ПС	планирование семьи
ИК	инъекционные контрацептивы
ВПЧ	вирус папилломы человека
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
РВ	реакция Вассермана
ВГ	вирусный гепатит
КС	контрацептивные средства
ДЭК	диатермоэлектрокоагуляция
ЗТ	зона трансформации
ИППП	инфекции, передаваемые половым путем
ИЦН	истмико-цервикальная недостаточность
ЦК	цервикальный канал
КОК	комбинированные оральные контрацептивы

ЦЭ	цилиндрический эпителий
РШМ	рак шейки матки
НПО	наружные половые органы
МТ	маточные трубы
ЭКГ	электрокардиограмма
ССК-АЧТВ	свертывающая система крови активированное частичное тромбопластиновое время
СМА	спинномозговая анестезия
ИВЛ	искусственная вентиляция легких
ТЭО	тромбоэмболические осложнения
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ПТВ	протромбиновое время
ПТИ	протромбиновый индекс

УСЛОВИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДОБРОВОЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ У ЖЕНЩИН И МУЖЧИН

- наличие показаний для женщин и мужчин согласно приложению №1.
- отсутствие противопоказаний для женщин и мужчин согласно приложению №2.
- информированное согласие на хирургическую стерилизацию согласно приложению №3
- необходимые исследования для проведения хирургической стерилизации для женщин и мужчин (кровь на РВ, ВИЧ, ВГ, общие анализы крови и мочи, сахар крови, рентген легких, ЭКГ, ССК-АЧТВ или ПТВ, ПТИ).

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ДОБРОВОЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ У ЖЕНЩИН

А) По консультированию. Наиболее важным аспектом подготовки к перевязке маточных труб является обеспечение адекватного консультирования пациента и информированного согласия (публикации ВОЗ «Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции», 2015, 2018).

Учитывая, что стерилизация представляет собой хирургический метод, приводящий к стойкой утрате фертильности, особое внимание должно уделяться тому, чтобы каждый пациент принимал решение в пользу

данного метода на основе полной добровольности и информированности. Поскольку процедуры стерилизации труб должны быть постоянными, надлежащее консультирование пациента и информированное согласие имеют первостепенное значение перед операцией при подготовке пациента к процедуре стерилизации. Противопоказаний к плановой операции быть не должно. Решение о стерилизации должно приниматься на полностью добровольной основе после соответствующего обсуждения рисков, преимуществ и альтернатив. Уровень убедительности рекомендаций С.

При обсуждении стерилизации маточных труб целесообразно обсудить с пациентом преимущества этой процедуры, а также потенциальные риски. Преимущества являются существенными, это эффективная защита от беременности и от воспаления тазовых органов, возможное снижение риска рака яичников, уменьшение сальпингэктомии и снижение риска внематочной беременности.

Частота неудач правильно выполненной операции стерилизации составляет менее 1%, и нет никаких последовательных различий в эффективности, задокументированных среди стандартных методов, используемых сегодня. Анализ данных CREST показал, что 5-летняя совокупная частота неудач составляет 18,5 на 1000 женщин, подвергающихся стерилизации (все методы агрегированы).

Б) Обезболивание. Регионарная нейроаксиальная анестезия может использоваться для лапаротомии, и является наиболее распространенным методом анестезии при стерилизации послеродовых труб. Гистероскопические процедуры могут выполняться с минимальной анестезией и/или седацией, проводниковой анестезией или общей анестезией.

В) Выбор метода. Большинство послеродовых стерилизаций выполняются методом лапаротомного разреза. Для проведения интервальной стерилизации лучше использовать лапароскопию или минилапаротомию.

Г) Техника минилапаротомии для проведения стерилизации маточных труб. Для интервальной стерилизации маточных труб с помощью минилапаротомии удовлетворителен вертикальный или поперечный разрез: оба разреза обеспечивают легкий доступ к маточным трубам. Поперечный разрез типа Пфаненштиля примерно на 2-3 см выше лобка симфиза и примерно на 2-3 см в длину является удовлетворительным. Фасция разделяется поперечно, прямые мышцы вытягиваются в боковом направлении, а поперечная фасция и лежащая

под ней париетальная брюшина рассекаются вертикально. Чтобы избежать травмы мочевого пузыря, мочевой пузырь должен быть надлежащим образом опорожнен непосредственно перед операцией или может быть установлен внутренний катетер Фоллея. После процедуры стерилизации разрез закрывается обычным способом. Подкожный рассасывающийся шов часто бывает полезен и отлично подходит для пациентов. Одним из преимуществ интервальной стерилизации труб с помощью минилапаротомии является то, что для этого не требуется ничего, кроме базовых хирургических инструментов и обучения. В некоторых случаях подвижность маточных труб ограничена анатомией малого таза или аномалиями матки, такими как миома, рубцы от предыдущей операции на органах малого таза или инфекции.

Д) Осложнения. Непосредственные хирургические осложнения процедур плановой интервальной стерилизации труб включают кровотечение, инфекцию или повреждение близлежащих внутренних органов. Послеоперационное кровотечение обычно контролируется дополнительными швами. В редких случаях внутрибрюшного кровотечения может потребоваться повторная лапаротомия или лапароскопия. Поверхностная или глубокая инфекция может потребовать антибактериальной терапии. Применение профилактических антибиотиков для обычной послеродовой перевязки маточных труб или лапароскопической перевязки маточных труб не показано.

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ДОБРОВОЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ МУЖЧИН

А) Ключевые моменты по хирургической стерилизации мужчин:

- предназначен для обеспечения пожизненной, постоянной и очень эффективной защиты от беременности;
- включает в себя безопасную, простую хирургическую процедуру;
- пара должна использовать презервативы или другой метод контрацепции в течение трех или более месяцев, пока анализ спермы не покажет азоосперию после вазэктомии;
- не влияет на мужскую сексуальную активность;
- реверсия возможна, но требует сложной операции, и успех не может быть гарантирован [9]. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

В) Условие для вазэктомии: самостоятельное информированное согласие пациента; возраст не менее 22 лет и моложе 60 лет, пациенты должны быть когда-либо женаты, у пары должен быть хотя бы один

ребенок в возрасте старше одного года, если стерилизация не по медицинским показаниям; пациенты не должны подвергаться стерилизации в случае неудачи предыдущей стерилизации, пациенты должны быть в здравом уме, чтобы понимать все последствия стерилизации; психически больные пациенты должны пройти освидетельствование у психиатра и юридический опекун согласен. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Г) Рекомендации по информированию пациента:

1. Медицинский специалист постоянно использует надлежащие процедуры для предотвращения заражения.
2. Пациенту делают инъекцию местного анестетика в мошонку для обезболивания. Пациент остается в сознании на протяжении всей процедуры.
3. Медицинский работник ощупывает кожу мошонки, чтобы найти каждый семявыносящий проток и два сосуда в мошонке.
4. Медработник делает прокол или надрез кожи. В методе вазэктомии без скальпеля врач захватывает каналы специальным щипцами и делает крошечный прокол в коже по средней линии мошонки скальпелем. При традиционной технике вазэктомии врач делает 1 или 2 небольших разреза в коже скальпелем.
5. Медицинский работник вынимает небольшую петлю каждого сосуда из прокола или разреза, разрезает каждый канал и связывает оба срезанных конца шелковой нитью.
6. Прокол заклеивают лейкопластырем или разрез можно закрыть швами и перевязать в зависимости от используемой процедуры.
7. Пациент получает инструкции о том, что делать после того, как он покинет клинику или больницу. Пациенту необходимо отдохнуть в течение 30 минут после вазэктомии, обычно он может уйти в течение получаса.

Информированное письменное согласие мужчины. Медицинский специалист должен убедиться, что мужчина принял осознанное и добровольное решение о вазэктомии до подписания формы согласия. Необходимо поощрять мужчин задавать вопросы, чтобы прояснить их сомнения, если таковые имеются. Мужчины должны быть проинформированы о том, что у них есть возможность отказаться от процедуры в любое время.

Д) Предоперационные рекомендации: пациент должен желательно обрезать лобковые, мошоночные и промежностные волосы непосредственно перед операцией, надеть чистую и свободную одежду, утром перед операцией принимать легкую пищу, опорожнить мочевой пузырь перед входом в операционную.

Е) Рекомендации пациенту перед выпиской:

- а) дома следует отдохнуть,

- б) возобновить нормальную работу через 48 часов и вернуться к полной активности,
- в) принимать анальгетики и другие лекарства по рекомендации врача,
- г) как можно скорее вернуться к обычному питанию,
- е) содержать оперированную область в чистоте и сухости, не трогать и не открывать повязку,
- ф) можно купаться через 24 часа, стараясь при этом не затронуть оперированную часть тела, при инцизионной вазэктомии швы снимаются на 7-й день,
- ж) должен сообщить врачу или в клинику, если есть сильная боль, обмороки, лихорадка, кровотечение, увеличение размеров мошонки или выделение гноя из прооперированного участка,
- h) должен явиться в клинику для анализа спермы через три месяца,
- і) если есть какие-либо вопросы, он должен в любое время обратиться к медицинскому персоналу или врачу.

Ж) Техника вазэктомии. Существует 2 наиболее распространенных хирургических методов доступа к сосудам во время вазэктомии: инцизионный метод и бескальпелльный метод. Инцизионная техника включает в себя использование скальпеля, чтобы сделать один или два разреза (каждый 1-2 см в длину) для доступа. Метод без скальпеля использует острый, заостренный инструмент, похожий на щипцы, для прокола мошонки. Без скальпеля вазэктомия является рекомендуемой техникой для доступа к семявыводящему протоку мошонки (семяпроводам), который переносит сперматозоиды к половому члену. В настоящее время она становится стандартной техникой вазэктомии. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДОБРОВОЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ:

1. КЛАСС 1. **НОВООБРАЗОВАНИЯ** - C00–D09, кроме C58–C63
 - 1.1. Злокачественные новообразования - D50–D89
2. КЛАСС 2. **БОЛЕЗНИ КРОВИ И КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ И ОТДЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ВОВЛЕКАЮЩИЕ ИММУННЫЙ МЕХАНИЗМ**- D60, D61
 - 2.1. Апластическая анемия - D60, D61
 - 2.2. Нарушения свертываемости крови, пурпура и другие геморрагические состояния – наследственные нарушения свертываемости крови D66, D67, D68.0, D68.1, D68.2 (пациенты нуждаются в пожизненной заместительной терапии концентратами факторов свертывания крови).
При D68.3, D68.4, D68.8, D68.9 имеются геморрагические нарушения, связанные циркулирующими антикоагулянтами, или приобретенный дефицит факторов свертывания крови, или уточненные и неуточненные нарушения свертываемости крови – возможно проведение хирургической стерилизации в зависимости от причинно-следственных факторов.
При D69- Пурпура и другие геморрагические состояния (решается индивидуально с учетом конкретной нозологической единицы и клинико-гематологической ситуации)
3. КЛАСС 3. **БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ** - E05
 - 3.1. Гипо- и гипертиреозидные состояния с выраженными нарушениями функции, в состоянии клинико-метаболической субкомпенсации или декомпенсации - E10.6–7
 - 3.2. Сахарный диабет с уточненными и множественными осложнениями - E20–E35
 - 3.3. Нарушение других эндокринных желез, тяжелое течение - F00–F99
4. КЛАСС 4. **ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ** – F00–F99 – Желание провести стерилизацию и отсутствие расстройства, нарушающего связь с реальностью (активная психотическая симптоматика, все расстройства сознания, деменция, умеренная\глубокая ментальная ретардация)
5. КЛАСС 5. **БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ** - G10–G13
 - 5.1. Системные атрофии, поражающие преимущественно нервную систему - G20–G26
 - 5.2. Экстрапирамидные и другие двигательные нарушения - G35–G37
 - 5.3. Демиелинизирующие болезни центральной нервной системы - G80–G83
 - 5.4. Церебральный паралич и другие паралитические синдромы - I00–I99
6. КЛАСС 6. **БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ** - I05–I09-
Все заболевания сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения 2Б-3 стадии или необратимой легочной гипертензией. Цианотичная форма не корригируемых врожденных пороков сердца. После повторной хирургической коррекции любого порока сердца, выполненной с неудовлетворительным результатом.
 - 6.1. Хронические ревматические болезни сердца с выраженной недостаточностью кровообращения - I10–I15
 - 6.2. Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением:
 - 6.2.1. артериальная гипертензия 2Б-III
 - 6.2.2. вторичная артериальная гипертензия

- 6.2.3. быстро прогрессирующая (злокачественная) форма артериальной гипертензии I20–I25
- 6.3. Легочное сердце и нарушения легочного кровообращения- I30–I52
- 6.4. Другие болезни сердца: вторичный метастатический перикардит, на фоне злокачественных новообразований, туберкулезный перикардит при диссеминированной форме туберкулеза, не корригируемая пароксизмальная тахикардия с частыми приступами.
- 6.4.1. хронический констриктивный перикардит -I70–I79
- 6.5. Болезни артерии, артериол и капилляров: Врожденные или приобретенные аневризмы аорты или легочной артерии. Болезнь Эбштейна, Общий артериальный ствол, синдром Эйзенменгера, болезнь Аэрза
- 6.5.1. Аневризма артерий любой локализации, в том числе после хирургического лечения, и расслоение аорты
- 6.5.2. Тромбоэмболическая болезнь. Эмболия и тромбозы аорты, артерий конечностей
- 6.5.3. Последствия реконструктивных операций на магистральных и периферических сосудах с нарушением кровообращения -I81
- 6.5.4. Тромбоз портальной вены -J00–J99
- 7. КЛАСС 7. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ -J40–J47**
- 7.1. Хронические болезни нижних дыхательных путей:
- 7.1.1. Бронхоэктатическая болезнь - J95–J99
- 7.2. Дыхательная недостаточность - K00–K93
- 8. КЛАСС 8. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ - K40–K46**
- 8.1. Грыжи значительных размеров с расхождением передней брюшной стенки при невозможности хирургической коррекции - K50–K52
- 8.2. Неинфекционный энтерит и колит:
- 8.2.1. болезнь Крона
- 8.2.2. язвенный колит - K55–K63
- 8.3. Другие болезни кишечника - K65–K67
- 8.4. Болезни брюшины:
- 8.4.1. спайки абдоминальные с проявлением кишечной непроходимости два и более раза - K90
- 8.5. Целиакия - M00–M99
- 9. КЛАСС 9. БОЛЕЗНИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ - M05–M14**
- 9.1. Воспалительные полиартропатии тяж.формы:
- 9.1.1. серозный ревматоидный артрит
- 9.1.2. юношеский (ювенильный) артрит
- 9.1.3. анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева) - M80–M94
- 9.2. Остеопатии и хондропатии:
- 9.2.1. нарушения плотности и структуры костной ткани
- 9.2.2. юнош.остеохондроз бедра и таза, другие юношеские остеохондрозы - M86
- 9.2.3. остеомиелит
- 9.2.4. хондропатия Осгуда–Шляттера - N00–N99
- 10. КЛАСС 10. БОЛЕЗНИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ - N00–N08**
- 10.1. Гломерулярные болезни почек: N00
- 10.1.1.острый нефритический синдром не менее 1 года после вызд-ния - N01–N08
- 10.1.2.хронический нефритический синдром - N17–N19
- 10.2. Острая и хроническая почечная недостаточность - Z94
- 11. КЛАСС 11. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ - Z94**
- 11.1. Наличие трансплантированных органов и тканей - Z94.1–Z94.4

11.2. Наличие трансплантированных органов в анамнезе - Z95.1–Z95.9

11.3. Наличие сердечных и искусственных трансплантатов.

**ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ:**

Заболевания и другие медицинские противопоказания для проведения стерилизации - A00–B99

1. КЛАСС I. **НЕКОТОРЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ** - A00–A09

1.1. Кишечные инфекции - F00–F99

2. КЛАСС III. **БОЛЕЗНИ КРОВИ И КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ**

1.1. Диссеминированные внутрисосудистые свертывания крови - D65

3. КЛАСС V. **ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ** – F00–F99

3.1. Психические расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках – F53

4. КЛАСС XIV. **БОЛЕЗНИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ** - N70–N71

4.1. Острые воспалительные болезни женских тазовых органов

4.1.1. воспалительная болезнь матки, кроме шейки матки - O00–O99

5. КЛАСС XV. **БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ И ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД** - O15

5.1. Эклампсия - O46

5.2. Дородовое кровотечение, не классифицированное в других рубриках - O85–O86

5.3. Послеродовый сепсис

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ХИРУРГИЧЕСКУЮ СТЕРИЛИЗАЦИЮ

(операцию для женщин – стерилизация маточных труб, для мужчин -
вазорезекция)

" ____ " _____ 20__ г.

Мне _____ врач

сообщил, что могу выбрать добровольно хирургическую стерилизацию.

1. Я, проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

2. Мне известен предварительный диагноз, а также план необходимой хирургической стерилизации. Доктор разъяснил мне метод и способ выполнения предложенного метода необратимой контрацепции, альтернативные методы контрацепции и последствия, которые могут наступить при невыполнении, и другие возможные явления, которые могут возникнуть в ходе и после стерилизации. Альтернативные пути обдуманы мною до принятия решения.

3. Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время хирургической стерилизации, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана, могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Если в процессе вмешательства возникнут непредвиденные обстоятельства, требующие от доктора принятия решения в проведение дополнительных манипуляций, я прошу и уполномочиваю доктора сделать то, что он сочтёт необходимым в такой ситуации. Эти дополнительные процедуры могут потребовать дополнительных расходов, которые я обязуюсь оплатить.

4. Я проинформирован(а), что добровольная хирургическая стерилизация необратимый метод и результативность метода достигает до 99,5%, что могут быть крайне единичные случаи восстановления репродуктивной функции.

5. Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства:

- возможные последствия приёма анальгетиков и антибиотиков (при их назначении), а именно: аллергические реакции, нарушение состава кишечной микрофлоры,

- хирургическое вмешательство может осложниться кровотечением во время операции или после, воспалением мягких тканей, что потребует дополнительного лечения;

- после хирургического вмешательства могут быть боль, послеоперационный отёк мягких тканей, воспалительный процесс.

6. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден (а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

7. Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма, но я также понимаю, что мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, качественное проведение всех медицинских манипуляций, применение качественных материалов.

8. Я подтверждаю, что меня ознакомили с инструкциями, которые необходимо

выполнять после хирургического вмешательства. Кроме того, я обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику, обговоренному с доктором.

9. Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия на хирургическое вмешательство мною прочитан, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

10. Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом

11. Я принимаю решение осуществить добровольную хирургическую стерилизацию на предложенных мне условиях.

Подпись пациента

(законного представителя) _____ / _____ / Дата «___»
_____ 20 _____ г.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Хирургические процедуры для стерилизации маточных труб. Элизабет О. Шмидт, Джастин Т. Дидрих, Дэвид Л. Айзенберг. Кафедра акушерства и гинекологии, Отдел клинических исследований, Вашингтонский университет, Медицинская школа Сент-Луиса, Сент-Луис, Миссури, США, 2019.
2. Обзор женской постоянной контрацепции. Кари П Браатен, доктор медицины, магистр здравоохранения, Кэрин Даттон, MD, MS. -2021
3. Mosher WD, Martinez GM, Chandra A, Abma JC, Willson SJ. Use of contraception and use of family planning services in the United States: 1982-2002. *Adv Data*. 2004(350):1-36.
4. Chan LM, Westhoff CL. Tubal sterilization trends in the United States. *Fertil Steril*. 2010;94(1):1-6.
5. American College of O, Gynecologists. ACOG Practice bulletin no. 133: benefits and risks of sterilization. *Obstet Gynecol*. 2013;121(2 Pt 1):392-404.
6. Peterson HB, Xia Z, Hughes JM, Wilcox LS, Tylor LR, Trussell J. The risk of pregnancy after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;174(4):1161-8; discussion 8-70.
7. Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W. *Contraceptive Technology Revised 20th Edition*. New York, NY: Ardent Media Inc, Bridging the Gap Foundation; 2011.
8. Peterson HB. Sterilization. *Obstet Gynecol*. 2008;111(1):189-203. Rubin GL, Greenspan JR, Lee NC, Ory HW. Deaths attributable to tubal sterilization in the United States, 1977 to 1981. *Am J Obstet Gynecol*. 1983;146(2):131-6.
9. Reference Manual for Male Sterilization. – 2013.- 132p.
10. Pollack A. ACOG practice bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 46, September 2003. (Replaces technical bulletin number 222, April 1996). *Obstet Gynecol*. 2003;102(3):647-58.
11. Penfield AJ. Minilaparotomy for female sterilization. *Obstet Gynecol*. 1979;54(2):184-8.
12. Lee RB, Boyd JA. Minilaparotomy under local anesthesia for outpatient sterilization: a preliminary report. *Fertil Steril*. 1980;33(2):129-34.
13. Miesfeld RR, Giarratano RC, Moyers TG. Vaginal tubal ligation--is infection a significant risk? *Am J Obstet Gynecol*. 1980;137(2):183-8.
14. EngenderHealth (Firm), Ross JA. *Contraceptive sterilization : global issues and trends*. New York, NY: EngenderHealth; 2002. xv, 204 p. p.
15. Robinson DC, Stewart SK, Reitan RE, Gist RS, Jones GN. Laparoscopic pomeroiy tubal ligation: a comparison with tubal cauterization in a teaching hospital. *J Reprod Med*. 2004;49(9):717-20.
16. Surgical sterilization of women [Internet]. Wolters Kluwer Health. 2013 [cited January 26, 2014]. http://www.uptodate.com/contents/surgical-sterilization-of-women?source=search_result&search=surgical+sterilization&selected
17. Bulletins--Gynecology ACoP. ACOG practice bulletin No. 104: antibiotic prophylaxis for gynecologic procedures. *Obstet Gynecol*. 2009;113(5):1180-9.
18. Chi IC, Gardner SD, Laufe LE. The history of pregnancies that occur following female sterilization. *Int J Gynaecol Obstet*. 1979;17(3):265-7.
19. Wolf GC, Thompson NJ. Female sterilization and subsequent ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1980;55(1):17-9.
20. Peterson HB, Xia Z, Hughes JM, Wilcox LS, Tylor LR, Trussell J. The risk of ectopic pregnancy after tubal sterilization. U.S. Collaborative Review of Sterilization Working Group. *N Engl J Med*. 1997;336(11):762-7.

21. Peterson HB, Jeng G, Folger SG, Hillis SA, Marchbanks PA, Wilcox LS, et al. The risk of menstrual abnormalities after tubal sterilization. U.S. Collaborative Review of Sterilization Working Group. *N Engl J Med.* 2000;343(23):1681-7.
22. Abbuhl SB, Muskin EB, Shofer FS. Pelvic inflammatory disease in patients with bilateral tubal ligation. *Am J Emerg Med.* 1997;15(3):271-4.
23. Narod SA, Sun P, Ghadirian P, Lynch H, Isaacs C, Garber J, et al. Tubal ligation and risk of ovarian cancer in carriers of BRCA1 or BRCA2 mutations: a case-control study. *Lancet.* 2001;357(9267):1467-70.
24. Hillis SD, Marchbanks PA, Tylor LR, Peterson HB. Tubal sterilization and long-term risk of hysterectomy: findings from the United States collaborative review of sterilization. The U.S. Collaborative Review of Sterilization Working Group. *Obstet Gynecol.* 1997;89(4):609-14.
25. Curtis KM, Mohllajee AP, Peterson HB. Regret following female sterilization at a young age: a systematic review. *Contraception.* 2006;73(2):205-10.