Содержание.

Глава I – Введение.

Глава II – Демографическиее, социальные и медицинские аспекты стерилизации

1. Демографические и социальные аспекты дефертилизации
2. Медицинская стерилизация как оперативное вмешательство
3. Показания к проведению медицинской стерилизации
4. Противопоказания к медицинской стерилизации
5. Методики проведения женской стерилизации
6. Методики проведения мужской стерилизации
7. Восстановление фертильности после стерилизации

Глава III – Правовые аспекты применения медицинской стерилизации.

1. Приказ Министерства Здравоохранения РФ от 28 декабря 1993г. №303.
2. Виды медицинской стерилизации в соответствии со ст. 37 Основ законодательства об охране граждан
3. Инструкция о порядке разрешения операции медицинской стерилизации граждан (Приложение 1 к приказу Министерства Здравоохранения РФ от 28.12.93 №303)
4. Регулирование прав супругов при решении вопроса о медицинской стерилизации
5. Перечень медицинских показаний для проведения медицинской стерилизации женщин (Приложение 2 к приказу Министерства Здравоохранения РФ от 28.12.93 №303)
6. Инструкция по применению методов медицинской стерилизации женщин (Приложение 3 к приказу Министерства Здравоохранения РФ от 28.12.93 №303)
7. Инструкция по применению медицинской стерилизации мужчин (Приложение 4 к приказу Министерства Здравоохранения РФ от 28.12.93 №303)
8. Правовое регулирование принудительной медицинской стерилизации

Глава IV – Заключение

Введение.

Наряду с искусственным абортом, формами медицинского вмешательства в генеративную функцию человека являются контрацепция и стерилизация. В настоящее время женщина обладает правом, как на аборт, так и на контрацепцию и стерилизацию. Однако эти формы медицинского вмешательства не равнозначны. Контрацепция и стерилизация — это формы предупреждения искусственных абортов, включая и нелегальные. Зарубежная статистика свидетельствует, что широкое применение контрацепции снижает количество абортов.

В настоящее время медицинская стерилизация рассматривается в основном как один из методов планирования семьи и получает все большее распространение. Стерилизация представляет собой необратимый, самый эффективный метод предохранения от беременности не только для мужчин, но и для женщин, и заключается в лишении детородных функций без видимых повреждений, основанная на внутреннем вмешательстве в организм человека. Добровольная медицинская стерилизация является наиболее распространенным методом планирования семьи как в развитых, так и в развивающихся странах.

Впервые хирургическая контрацепция стала применяться с целью улучшения состояния здоровья, а позднее – более широким социальным и контрацептивным соображениями. Почти во всех странах операции стерилизации выполняются по специальным медицинским показаниям, к которым относятся разрыв матки, несколько перенесенных кесаревых сечений и при других противопоказаниях для беременности (например, серьезные сердечно-сосудистые заболевания, наличие множества родов и серьезных гинекологических осложнений в анамнезе).

Частое употребление местной анестезии с незначительным седативным действием, усовершенствование хирургической техники и лучшая квалификация медицинского персонала – все способствовало повышению надежности добровольной хирургической стерилизации за последние 10 лет.

Демографические, социальные и медицинские аспекты медицинской стерилизации

Демографические и социальные аспекты медицинской стерилизации

Возможность регулирования демографическими процессами на уровне государственного контроля за рождаемостью была известна уже греческой цивилизации. Аристотель в «Политике» рекомендовал: «Пожалуй… должно поставить предел скорее для деторождения, нежели для собственности, так, чтобы не рождалось детей сверх какого-либо определенного числа. Это число можно было бы определить, считаясь со всякого рода случайностями, например с тем, что некоторые браки окажутся бездетными. Если же оставить этот вопрос без внимания, что и бывает в большей части государств, то это неизбежно приведет к обеднению граждан, а бедность — источник возмущений и преступлений». В IV-III вв. до н. э. вопрос о перенаселении, как сообщает Полибий, решался в Древней Греции ограничением деторождения (один-два ребенка в семье). Когда-то, по крайней мере, для Аристотеля, наиболее гуманным средством строгого и обязательного соблюдения этого установившегося обычая, в сравнении с убийством и заброшенностью новорожденных, был аборт. Для современной цивилизации, по крайней мере, на уровне положений ООН, характерна позиция: аборт нельзя рассматривать как метод регуляции рождаемости. Такими методами становятся контрацепция и стерилизация — на уровне медицинской практики и *принципы* «планирования семьи» и «правильного репродуктивного поведения» — на уровне идеологии.

В XIX веке идеологической формой оправдания предупреждения беременности было мальтузианство, которое все беды и несчастья человечества связывало с «абсолютным избытком людей». Английский врач Дж. Дрисдэм в сер. XIX века одним из первых использовал эти идеи для оправдания медицинских способов предупреждения зачатия и пропаганды противозачаточных мер. С этого времени контрацепция рассматривается как одно из средств регуляции рождаемости и непосредственно связывается с проблемами демографии в мире и регионах.

В настоящее время в более чем 60 странах службы охраны материнства и детства работают вместе со службами планирования семьи на государственном уровне. Китай, например, где существует Министерство планирования семьи, может рассматриваться как «образец» государственной политики в области планирования семьи.

В 1952 году была создана Международная федерация планирования семьи (МФПС). МФПС «ставит перед собой следующую глобальную цель. В настоящий момент всего лишь треть лиц репродуктивного возраста имеют доступ к планированию семьи. К 2000 году население Земли вырастет до 6 млрд. человек, из которых 950 млн. будут супружеские пары, способные к деторождению. МФПС берет на себя обязательство, работая с правительствами, учреждениями ООН и другими неправительственными организациями, добиться к 2000 году того, чтобы не менее 450 млн. супружеских пар во всем мире планировали свою семью». Африканский регион, регион Индийского океана, арабский регион, Восточная и Юго-Восточная Азия и Океания, Западное полушарие, Европа — это 6 географических регионов, где работает МФПС. При этом выделяются финансовые, моральные ресурсы тем странам, которые больше всего в них нуждаются. «Нужда» определяется основными демографическими показателями: уровнем рождаемости, материнской смертностью, детской смертностью и распространенностью контрацептивов. Реализация «глобальной цели» предполагает решение следующих основных задач, среди которых:

1. пропаганда концепции планирования семьи и обеспечение услуг в этой области как можно в большем масштабе, с тем, чтобы все желающие могли добровольно, на основе полученной информации, выбрать и применять подходящий им метод планирования семьи;
2. уважение права личности и супругов на свободный выбор метода планирования семьи в интересах их собственного здоровья и здоровья детей;
3. МФПС твердо возражает против применения любых форм принуждения (прямого или косвенного) в выборе применения методов планирования семьи;
4. МФПС не рассматривает аборт в качестве метода планирования семьи; контрацепция есть единственный метод против нежелательной беременности;
5. соблюдение культурных традиций при проведении политики планирования семьи обеспечивается путем изучения местных особенностей добровольцами из числа населения, которые затем разрабатывают и осуществляют программы и составляют основу национальных ассоциаций;
6. МФПС оказывает поддержку программам ассоциаций — членов, работающих параллельно или совместно с правительствами своих стран».

Последний, шестой пункт весьма существен в комплексе морально-этических проблем регуляции репродуктивной функции человека. Факт существования международных организаций «Международное общество по совершенствованию контрацепции», «Международная федерация планирования семьи», работающая с правительства ми на уровне ассоциаций в 134 странах мира (в том числе и в России), ставит принципиальный вопрос: кто же является основным субъектом регуляции рождаемости в условиях государственной демографической политики — женщина, семья или государство и международные организации? Этична ли (и в каких случаях?) регуляция детородной функции в масштабах социально-государственного управления, какого-либо социально-политического или международного контроля?

В силу этого совсем не случайным условием членства в МФПС-Европа является принцип Конституции Регионального Совета о «неучастии ассоциации или лица, ее представляющего, в дискриминационной политике в отношении расы, вероисповедания, цвета кожи, политических убеждений или пола». Контрацептивные методы контроля за рождаемостью, особенно стерилизация, в руках политиков, принимающих дискриминационные идеи, могут обернуться непредсказуемыми последствиями для человеческой популяции, перед которыми померкнут все известные в истории человечества «демографические взрывы».

Именно поэтому для многих людей очевидна неприемлемость стерилизации как в качестве средства демографической политики государства, так и в качестве медицинской методики, применяемой отдельным человеком.

Стерилизация как оперативное вмешательство.

Женская стерилизация представляет собой безопасный метод хирургической контрацепции. Большинство данных из развивающихся стран указывают на то, что смертность при проведении таких операций составляет приблизительно 10 случаев на 100000 процедур, в то время как для США этот же показатель соответствует 3/100000. Материнская же смертность во многих развивающихся странах составляет 300-800 случаев смерти на 100000 живорождений. Из приведенных примеров следует, что ДХС почти в 30-80 раз безопаснее, чем беременность.

Частота неэффективности метода ДХС значительно ниже показателей других методов контрацепции. Показатель «контрацептивной неудачи» при использовании обычных методов окклюзии маточных труб соответствует менее 1%, обычно 0,0-0,8%.

Для первого года послеоперационного периода общее число случаев наступления беременности составляет 0,2-0,4% (в 99,6-99,8% случаев беременность не наступает). Значительно мень частота развития «контрацептивной неудачи» в последующих годах после проведения стерилизации.

Показания к медицинской стерилизации.

Показаниями для проведения медицинской стерилизации могут быть: нежелание супругов иметь детей по социальным или медицинским (со стороны супруги) приичнам и непереносимость других методов контрацепции. Основанием также могут быть психические (вне фазы обострения) или наследственные заболевания, ряд соматических заболеваний. Полный перечень показаний представлен в Приложении 2 к приказу Министерства Здравоохранения от 28.12.93 №303.

Противопоказания для проведения медицинской стерилизации.

Все противопоказания к проведению медицинской стерилизации могут быть разделены на 2 группы: относительные и абсолютные.

Абсолютные:

1. Беременность.
2. Активный воспалительный процесс органов малого таза (должно быть проведено лечение до операции).
3. Наличие активного заболевания, передающегося половым путем, или другой активной инфекции (должно быть проведено лечение до операции).

Относительные:

Требуется особая осторожность женщине с :

1. Выраженным избыточным весом (минилапаротомия и лапароскопия труднопроводимы).
2. Спаечным процессом в полости таза.
3. Хроническими заболеваниями сердца и легких. При лапароскопии создается давление в полости живота и требуется наклонение головы вниз. Это может препятствовать кровотоку к сердцу или привести к нарушению регулярности сердцебиения. Минилапаротомия не связана с таким риском.

В отдельную группу также выделяют ряд состояний организма, которые могут усугубляться при и после проведения ДХС:

1. Заболевания сердца, аритмии и артериальная гипертензия.
2. Тазовые опухоли.
3. Неконтролируемый сахарный диабет.
4. Кровотечения.
5. Выраженная питательная недостаточность и выраженная анемияя.
6. Пупочная или паховая грыжа.

Для мужчин основным противопоказанием является гемофилия.

Методики проведения медицинской стерилизации у женщин.

Существуют следующие способы стерилизации:

1) [простая перевязка труб](http://www.med-pravo.ru/PRICMZ/PricMZ1993/303/Pric-303-3-1.htm#Pros);

2) [раздавливание маточной трубы с ее перевязкой](http://www.med-pravo.ru/PRICMZ/PricMZ1993/303/Pric-303-3-1.htm#Razd);

3) [простое рассечение трубы между двумя лигатурами](http://www.med-pravo.ru/PRICMZ/PricMZ1993/303/Pric-303-3-1.htm#Rass 1);

4) [рассечение трубы между двумя лигатурами с погружением ее концов](http://www.med-pravo.ru/PRICMZ/PricMZ1993/303/Pric-303-3-1.htm#Rass 2);

5) [сегментарная резекция трубы с различной обработкой оставшихся ее концов](http://www.med-pravo.ru/PRICMZ/PricMZ1993/303/Pric-303-3-1.htm#Rezek);

6) [эксцизия трубы из угла матки с ее резекцией или удалением](http://www.med-pravo.ru/PRICMZ/PricMZ1993/303/Pric-303-3-1.htm#Excis);

7) [погружение абдоминального конца трубы](http://www.med-pravo.ru/PRICMZ/PricMZ1993/303/Pric-303-3-1.htm#Pogr);

8) наложение колец (клипс) на маточные трубы;

9) введение пробок в устья маточных труб при гистероскопии;

Простая перевязка маточных труб по Лунгрену (Lungren) заключается в прошивании капроновым швом брыжейки трубы у самого ее края и завязывании его. Самостоятельная реканализация трубы при этом наступает в 16 - 23% случаев. Вследствие недостаточной надежности распространения этот вид стерилизации не получил.

2-й способ стерилизации состоит в раздавливании трубы с последующей ее перевязкой по Мадленеру (Madlener). Труба захватывается посередине и подтягивается кверху в виде прямого угла. Затем накладывается крепкий зажим на оба колена трубы и часть мезосальпинкса между ними. Ткани сжимаются так, чтобы были не толще листа бумаги. Зажим снимается, раздавленный участок перевязывается капроновой лигатурой. Модификация стерилизации по Мадленеру предложена Вазером (Waser). Она отличается тем, что зажим для раздавливания накладывается не у основания угла трубы, а ниже, что формирует раздавленный участок большей протяженности. Эта операция также иногда бывает недостаточно надежной, но ее можно рекомендовать, когда желательно обойтись небольшим бескровным вмешательством.

Наиболее надежными способами являются рассечение или резекция маточных труб.

Простое рассечение трубы между двумя лигатурами предложено Томасом (Thomas) и Керером (Kerer). Иглой с капроновой лигатурой прокалывается в двух местах на расстоянии 1,5 - 2 см брыжейка трубы в средней части ее. Лигатуры завязываются и срезаются. Труба между лигатурами рассекается либо скальпелем, либо электроножом.

Стерилизация в виде рассечения трубы между двумя лигатурами с погружением ее концов имеет множество модификаций. Наиболее приемлемым является стерилизация по Ашу (Asch).

Техника этого способа стерилизации состоит в следующем. Труба захватывается двумя пинцетами на расстоянии 2 - 3 см от матки и рассекается. Маточный конец трубы отрезается от брыжейки на расстоянии 1 см и перевязывается капроновой лигатурой, после чего погружается между листками широкой связки. Дистальный конец трубы не перевязывается, а у основания ее накладывается шов для гемостаза. Затем осуществляется перитонизация, причем дистальный конец трубы остается свободным.

Наиболее надежной является стерилизация по типу резекции части трубы с погружением ее концов под брюшину. Наиболее удачна из всех вариантов такой стерилизации модификация Дюцманна (Dutzmann). Захватывают 2-мя зажимами брюшину, покрывающую трубу, на расстоянии 4 см друг от друга, причем 1-й зажим накладывается на 1 см от угла матки. Скальпелем рассекается брюшина над трубой в продольном направлении. Труба выделяется из ложа. Под трубу подводятся лигатуры, труба перевязывается, участок ее между лигатурами резецируется. Концы трубы погружаются между листками широких связок, после чего края разреза брюшины соединяются непрерывным швом.

Иссечение трубы из угла матки с ее резекцией или удалением заключается в клиновидном иссечении интерстициального отдела трубы. При этом дистальный отдел трубы либо перитонизируют (способы Сергеева, Кипарского). Наиболее распространен способ Брауде. В брыжейке маточной трубы на расстоянии 2 см от угла матки зажимом делают отверстие и через него проводят лигатуру. Трубу перевязывают и пересекают. Маточный конец трубы отсекают от брыжейки по направлению к матке, из угла матки вырезают клиновидную трубу так, чтобы не вскрыть ее полость. Матка зашивается кетгутовыми швами. Дистальный конец трубы перитонизируют с помощью той же лигатуры, которой она была перевязана. Один конец лигатуры проводят через листок широкой связки. При завязывании лигатуры культю трубы погружают под складку брюшины. Преимуществом этого способа является возможность в дальнейшем восстановления маточных труб путем их имплантации в матку. Неблагоприятным моментом этого способа стерилизации является образование рубца на матке.

Резекция ампулярного отдела трубы выполняется по Мерману (Mermann) и имеет ограниченное применение. Суть ее состоит в следующем: труба отделяется от брыжейки на всем протяжении, ампулярный отдел отсекается и трубы пришиваются к передней поверхности матки. Автором стерилизация выполнялась влагалищным путем через задний свод влагалища.

Способ погружения ампулярного отдела трубы в настоящее время практического значения не имеет.

Перечисленные способы стерилизации выполняются, как правило, во время лапаротомии как дополнительное оперативное вмешательство, как самостоятельная операция стерилизация может выполняться при минилапаротомии. Выбор способа стерилизации зависит от мастерства хирурга. Наиболее целесообразно пользоваться способом Дюцманна. Все указанные способы стерилизации предназначены для постоянной стерилизации женщин. Но следует отметить, что в настоящее время всегда возможно в дальнейшем восстановление проходимости маточных труб путем операции с использованием микрохирургической техники.

Методы хирургической стерилизации женщин, выполняемые во время эндоскопии

Стерилизация осуществляется во время лапароскопии или гистероскопии.

Лапароскопическая стерилизация

Методы:

I. Электрокоагуляция маточной трубы.

II. [Механическая окклюзия маточных труб](http://www.med-pravo.ru/PRICMZ/PricMZ1993/303/Pric-303-3-1.htm#Mech).

Каждый из указанных методов имеет свои положительные и отрицательные стороны, осложнения. Выбор того или иного метода зависит от имеющегося в распоряжении хирурга оборудования, собственного опыта, топографоанатомических взаимоотношений в малом тазу.

К методам электрокаутеризации относятся:

1) [униполярная диатермия](http://www.med-pravo.ru/PRICMZ/PricMZ1993/303/Pric-303-3-1.htm#Diather),

2) [биполярная каутеризация](http://www.med-pravo.ru/PRICMZ/PricMZ1993/303/Pric-303-3-1.htm#Bipol),

3) [терминальная коагуляция](http://www.med-pravo.ru/PRICMZ/PricMZ1993/303/Pric-303-3-1.htm#Koagul),

4) [выпаривание лазером и фотокоагуляция.](http://www.med-pravo.ru/PRICMZ/PricMZ1993/303/Pric-303-3-1.htm#Laser)

Униполярная диатермия может быть выполнена для хирургической стерилизации при отсутствии других технических средств, но чревата осложнениями, связанными с резким и значительным перегреванием тканей. Локальная температура коагулируемой маточной трубы может достигать 300 - 400°, что крайне опасно в плане возникновения ожогов соседних тканей или органов (кишки, мочевого пузыря, брюшины), а также дистальных повреждений. Профилактикой этих осложнений может быть пневмоперитонеум не менее 5 литрами и промывание брюшной полости с целью охлаждения зоны коагуляции. При наличии других возможностей униполярную коагуляцию труб с целью стерилизации следует избегать.

Биполярная каутеризация, щипцы для которой предложены Rioux и Kleppingen, исключает возникновение дистальных ожогов и повреждений, но предполагает столь же высокую местную температурную реакцию, чего надо опасаться при ее выполнении.

Метод выполняется следующим образом:

Лапароскопия выполняется типично. Вводится в брюшную полость оптическая система лапароскопа. Производится осмотр органов брюшной полости и малого таза. Оценивается состояние маточных труб (наличие перитубарных спаек, сращений с соседними органами, величина маточных труб, их диаметр, подвижность и т.д.). Вводятся биполярные коагуляционные щипцы. Маточная труба захватывается щипцами в истмическом отделе на расстоянии не менее 2 см от угла матки, таким образом, чтобы бранши щипцов лежали только на трубе. Это позволяет избежать коагуляцию мезосальпинкса. Затем осуществляют непосредственно электрокоагуляцию трубы в любом из трех режимов:

1. Труба коагулируется 2-мя захватами щипцов по 15 секунд каждый.

2. Труба коагулируется 6-ю захватами щипцов по 2,5 секунды каждый.

3. Труба коагулируется 8-ю захватами щипцов по 1,5 секунды каждый.

Зона коагуляции при 2, 3 режимах составляет около 1,5 см.

Для уменьшения риска реканализации трубы можно произвести рассечение маточной трубы в месте коагуляции.

Терминальная коагуляция - введена Semm K. для уменьшения числа осложнений, связанных с нагреванием тканей. Метод включает в себя электрическое нагревание нити на щипцах до 120 или 140°С. При этом щипцы могут быть наложены на трубы на 20 сек в три различных места. Для верности стерилизации рекомендовано рассечение трубы.

Выпаривание лазером и фотокоагуляция. При наличии лазерной хирургии маточные трубы могут быть рассечены фокусированным лучом CO2 лазера, что проводится абсолютно бескровно и без осложнений.

Возможна стерилизация и с помощью CO2 лазера при лапароскопии. Метод эффективен, но не целесообразен из-за дороговизны.

При наличии специального гистероскопического инструментария стерилизация может быть произведена с помощью эндокоагуляции маточных труб специальным манипулятором-коагулятором, введенным в операционный канал гистероскопа под контролем зрения.

Механические методы стерилизации. В настоящее время являются наиболее простыми и надежными методами стерилизации. Выбор того или иного средства окклюзии зависит от технической оснащенности, показаний и противопоказаний. Так, при наличии фиксированных, фиброзированных и отечных маточных труб наложение колец Falope невозможно, поскольку приводит к прорезанию, ишемии тканей и кровотечению.

Техника лапароскопической стерилизации с помощью механических средств

Во время лапароскопической стерилизации с помощью колец Falope вводится унифицированный инструмент-аппликатор, в котором имеются бранши для захвата трубы и эластическое кольцо, которое одевается на трубу. Труба захватывается браншами в среднем отделе и затягивается в просвет инструмента. Кольцо, одетое на аппликатор, соскакивает на трубу и переживает ее. Если труба недостаточно затягивается в просвет инструмента, то ее можно подтянуть дополнительно введенными фиксирующими щипцами. Кольцо, одеваемое на трубу, состоит из диметилполипсона, диаметром 2,5 мм, внутренний диаметр ее 1 мм, растягивается до 4 мм. Одетое на трубу оно вызывает локальную зону ишемии на протяжении 2 - 3 см трубы.

Если маточная труба отечна или фиброзирована метод механической окклюзии с помощью колец не целесообразен, ибо может привести к рассечению и отрыву трубы.

Из других методов механической стерилизации при лапароскопии заслуживают внимания окклюзия маточных труб специальными клипсами Hulka-Climens, клипсами Filshie, клипсами Bleiera, клипсами Wecke и клипсами Tupla.

Эти клипсы изготовлены из различных полиамидных, рентгеноконтрастных материалов. Применяются довольно широко в различных странах и эффективны. Выбор метода зависит от технической оснащенности клиники, опыта хирурга и показаний к стерилизации.

Число реканализаций и неудачных попыток стерилизации зависит от примененной техники и составляет при униполярной коагуляции 2,6 - 3,7 случаев на тысячу стерилизаций, при биполярной каутеризации - 1,1 на тысячу, при термальной коагуляции (Semm, 1983), 0,21 - 0,4 на тысячу. При использовании механических методов колеблется от 0,9 на тысячу до 1% (таблица).

Таблица

Сравнение современных методов трубной стерилизации (Siddhartha Д. и соавт.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| МетодыПоказатели | Биполярная коагуляция | Кольца | Зажимы |
| Технические трудности | 3,03% | 4,03 - 4,24% | 6,08 - 8,5% |
| Технические неудачи | 0,08% | 0,17 - 3,8% | 0,3 - 0,74% |
| Количество беременностей | 0,1 - 0,4% | 0,08 - 0,4% | 0 - 0,59% |
| Обратимость стерилизации | 66,6% | 75 - 100% | 80 - 100% |

Ведение послеоперационного периода

Ведение пациенток с лапаротомией не имеет отличительных особенностей. Время выписки их зависит от основного объема оперативного вмешательства.

В случае стерилизации путем лапаротомии как самостоятельного оперативного вмешательства пациентки ведутся как после операций на маточных трубах. После кульдоскопической стерилизации женщины нуждаются во врачебном наблюдении в течение 1 суток, после чего могут быть выписаны. После лапароскопической стерилизации женщины находятся в стационаре в течение 2 - 3 суток. В ряде стран эта процедура проводится в однодневном стационаре или амбулаторно, что зависит от технической оснащенности клиники, опыта хирурга и условий жизни пациентки.

Осложнения хирургической стерилизации женщин

Маточные трубы хорошо васкуляризируются через сеть анастомозирующих сосудов в брыжейке трубы. Поэтому оперативные вмешательства, связанные со стерилизацией, требуют деликатного обращения с тканями и проведения тщательного гемостаза.

Сосуды, проходящие в брыжейке трубы, могут повреждаться и приводить к кровотечению во время операции, а иногда и в послеоперационном периоде. Если во время проведения гемостаза произошло прокалывание иглой сосуда, то может образоваться гематома, достигающая значительных размеров.

Эндоскопическая стерилизация при правильном подходе к проблеме использования инструментов вызывает минимальное число осложнений. Однако не следует забывать, что при электрокоагуляции трубы могут возникнуть ожоги окружающих тканей и органов.

При аппликации кольца на трубу возможно рассечение ее браншами инструмента, что может вызвать кровотечение.

Для успешной эндоскопической стерилизации женщин необходимо соблюдать следующие условия: использование хороших инструментов, адекватный пневмоперитонеум, хорошая визуализация всех этапов операции.

Пациентки после эндоскопической стерилизации могут испытывать небольшие боли в течение нескольких часов.

Методики медицинской стерилизации мужчин.

Из существующих методов мужской хирургической контрацепции наиболее эффектным и утвердившимся в мировой практике является вазорезекция.

Метод вазоокклюзии с помощью различных синтетических материалов находится в настоящее время на стадии клинической апробации и поэтому не может быть рекомендован к широкому клиническому применению.

Вазорезекция - это простое и небольшое хирургическое вмешательство, целью которого является частичное иссечение семявыносящего протока в его мошоночном отделе, может выполняться в амбулаторных условиях или в урологическом стационаре.

Вмешательство предпочтительней проводить под местной анестезией. Общая (внутривенная) анестезия может быть использована при наличии грубых рубцов в пахово-мошоночной области.

Наилучшим доступом к семявыносящему протоку, где он легко пальпируется в составе семенного канатика, является верхняя часть мошонки. Для обработки операционного поля необходимо использовать водорастворимые растворы иодистых препаратов или водные растворы хлоргексидина.

При использовании местной анестезии нельзя добавлять в раствор анестетика адреналин, в связи с возможностью длительной ишемии и постоперационных болей в яичке.

Техника операции

Проводится один или два вертикальных разреза длиной 0,5 - 1,0 см. кожи и глубжележащих оболочек мошонки в ее верхней части. Выполнение операции при одном разрезе рекомендуется тем, кто имеет большой опыт в выполнении вазорезекций.

После фиксации семявыносящего протока пальцами или цапкой вышележащие над ним ткани тупо разъединяются с помощью зажима типа «москит». Семявыносящий проток извлекается из раны с помощью этого же зажима; он представляет собой плотный тяж 2 - 3 мм в диаметре. Вслед за этим, при необходимости, возможно дополнительное введение раствора анестетика в непосредственно прилегающие к данному участку семявыносящего протока ткани. После этого семявыносящий проток тщательно отделяется от окружающих тканей семенного канатика и лигируется в двух местах на расстоянии 1 - 1,5 см. Участок протока длиной 0,5 - 1,0 см. между лигатурами резецируется. Некоторые хирурги, дополнительно, с целью избежать реканализации семявыносящего протока, создают фасциальный барьер между его пересеченными концами. Перед зашиванием кожной раны проверяют качество гемостаза и семявыносящий проток вправляют в полость мошонки. Для зашивания кожной раны желательно использовать рассасывающуюся кетгутовую нить. Длительность операции - 10 - 15 минут. Стерильная повязка накладываемая на рану, должна быть сохранена в течение 24 часов. В этот период мужчина не должен принимать ванну или душ. Через 3 дня пациент может вернуться к работе, если она не связана с большой физической нагрузкой.

Осложнения крайне редки и обычно связаны с образованием гематом. При небольших гематомах достаточно соблюдение постельного режима, применение суспензория и пузыря со льдом. Лечение больших гематом потребует госпитализации и введения дренажа или ревизии раны. Нагноение ран встречается гораздо реже, чем образование гематом. Обычно это нагноение в области кожной лигатуры, которую необходимо удалить и наложить повязку с одним из растворов антисептика.

Более редким осложнением является формирование сперматогенной гранулемы в области пересеченного семявыносящего протока. В большинстве случаев гранулема обнаруженная пациентом бессимптомна и хорошо поддается консервативному лечению противовоспалительными препаратами. В противном случае гранулема может быть иссечена хирургическим путем.

По данным литературы, вазорезекция не способствует увеличению частоты сердечно-сосудистых и других заболеваний, более того, у многих пациентов отмечено повышение половой потенции.

Вазорезекция считается эффективной при отсутствии сперматозоидов в двух микроскопических исследованиях эякулята. До проведения контрольного исследования должно произойти не менее 12 эякуляций. До этого времени пара должна применять другие методы контрацепции.

Учитывая возможность восстановления проходимости перевязанных (пересеченных) семявыносящих протоков, повторные исследования эякулята рекомендуется проводить через 6 недель, 4 - 6 месяцев и через год.

Восстановление фертильности после медицинской стерилизации.

Добровольная хирургическая стерилизация должна рассматриваться как необратимый метод контрацепции, но, несмотря на это, многие требуют восстановления фертильности, что является частым явлением после разводов и повторных бракосочетаний, смерти ребенка или желания иметь следующего ребенка. Нужно обратить особое внимание на следующее:

 - восстановление фертильности после проведенной ДХС является одной из сложных хирургических операций, требующей специальной подготовки хирурга;

 - в некоторых случаях восстановление фертильности становится невозможным в виду немолодого возраста пациента, наличия бесплодия у супруга или супруги, невозможности выполнения операции, причиной которой является сам метод проведенной стерилизации;

 - успех обратимости операции не гарантируется даже в слечае наличия соответствующих показаний и высокой квалифицированности хирурга;

 - хирургический метод восстановления фертильности (как у мужчин, так и у женщин) является одной из наиболее дорогостоящих операций.

Кроме этого, существует вероятность развития осложнений, связанных с анестезией и самой операцией, как и при других вмешательствах на органах брюшной и тазовой полостей, а также наступления внематочной беременности при восстановлении фертильности после проведенной женской стерилизации. Частота развития внематочной беременности методом электрокоагуляции составляет 5%, в то время как после стерилизации другими способами – 2%.

До принятия решения на проведение хирургического восстановления проходимости маточных труб обычно производится лапароскопия для установления их состояния, также определяется состояние репродуктивной системы как у женщины, так и у ее супруга. В большинстве случаев проведение операции считается неэффективной при наличии менее 4 см маточной трубы. При проведении платсических операций восстановления фертильности применяют современную микрохирургическую технику, которая, кроме наличия специального оснащения, требует специальной подготовки и квалификации хирурга.

Несмотря на возможность восстановления фертильности, ДХС следует считать необратимым методом контрацепции.

Правовые аспекты медицинской стерилизации

ПРИКАЗ от 28.12.93 № 303

«О применении медицинской стерилизации граждан»

В соответствии с [Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан](http://www.med-pravo.ru/Law/Osnovy/RazdelyOsnov.htm) ([статья 37](http://www.med-pravo.ru/Law/Osnovy/Razdel7-1.htm#37)) медицинская стерилизация, как специальное вмешательство с целью лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции, может быть произведена только по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и согласии гражданина - независимо от возраста и наличия детей.

В целях охраны здоровья граждан и реализации их прав на специализированный вид медицинской помощи, а также снижения числа абортов и смертности от них, утверждаю:

1. Инструкцию о порядке разрешения операции медицинской стерилизации граждан ([приложение 1](http://www.med-pravo.ru/PRICMZ/PricMZ1993/303/Pric-303-1-2.htm)).

2. Перечень медицинских показаний для проведения медицинской стерилизации женщин ([приложение 2](http://www.med-pravo.ru/PRICMZ/PricMZ1993/303/Pric-303-1-2.htm#2)).

3. Инструкцию по применению методов медицинской стерилизации женщин ([приложение 3](http://www.med-pravo.ru/PRICMZ/PricMZ1993/303/Pric-303-3-1.htm)).

4. Инструкцию по применению медицинской стерилизации мужчин ([приложение 4](http://www.med-pravo.ru/PRICMZ/PricMZ1993/303/Pric-303-4.htm)).

Приказываю:

1. Руководителям органов здравоохранения административных территорий, входящих в состав России:

1.1. Медицинскую стерилизацию проводить в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, получивших лицензию на указанный вид деятельности.

1.2. При направлении граждан на медицинскую стерилизацию и ее проведении руководствоваться перечнем медицинских показаний и инструкциями, утвержденными настоящим приказом.

1.3. Разработать и согласовать с органами исполнительной власти порядок оплаты операции медицинской стерилизации.

2. Установить, что приказ Министерства здравоохранения СССР от 14.12.90 «О разрешении проведения операции хирургической стерилизации женщин» не действует на территории Российской Федерации.

3. Размножить данный приказ в необходимом количестве и довести его до сведения всех лечебно-профилактических учреждений.

4. Контроль за выполнением приказа возложить на заместителя министра Н.Н. Ваганова. Министр Э.А. Нечаев

Осуществление медицинской стерилизации в Российской Федерации возможно в соответствии со ст. 37 Основ законодательства об охране здоровья граждан (далее - Основы). Согласно данной статье медицинская стерилизация определяется как специальное вмешательство с целью лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции, которая может быть проведена только по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и согласии гражданина - независимо от возраста и наличия детей. До принятия соответствующей статьи Основ медицинская стерилизация была разрешена только по медицинским показаниям. Согласно Уголовному кодексу РСФСР от 27 октября 1960 г. "стерилизация женщин и мужчин без медицинских показаний" относилась к категории преступлений. Законодательно применение этого метода было разрешено только с 1990 г. у женщин с их согласия и с учетом медицинских показаний, а с 1993 г. - как у мужчин, так и у женщин.

В соответствии со ст. 37 Основ можно выделить следующие виды медицинской стерилизации.

1. Стерилизация по социальным причинам и стерилизация по медицинским показаниям.

2. Медицинская стерилизация мужчин и женщин.

3. Постоянная и временная медицинская стерилизация.

Медицинская стерилизация по социальным причинам проводится в целях предохранения от нежелательной беременности. Для осуществления данного вида медицинского вмешательства необходимо наличие определенных условий, таких, как: письменное заявление гражданина; достижение возраста 35 лет или наличие не менее двух детей. Дети должны быть рождены не обязательно от одного партнера.

Медицинская стерилизация по медицинским показаниям применяется в целях сохранения жизни и здоровья пациента. При этом достаточно только письменного согласия гражданина.

Приложение 1 к приказу Минздрава РФ от 28 декабря 1993 г. [№ 303](http://www.med-pravo.ru/PRICMZ/PricMZ1993/303/Pric-303.htm)

Инструкция о порядке разрешения операции медицинской стерилизации граждан

Медицинскую стерилизацию, как метод контрацепции, разрешается производить только по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего двух детей.

В соответствии с основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан медицинская стерилизация осуществляется также и по медицинским показаниям, которые устанавливаются в амбулаторно-поликлинических или стационарных учреждениях комиссией в составе не менее 3 специалистов: врача акушера-гинеколога (для мужчин - уролога), врача той же специальности, к области которой относится заболевание гражданина, руководителя учреждения (отделения) здравоохранения.

При наличии медицинских показаний гражданину выдается заключение с полным клиническим диагнозом, заверенное подписями специалистов и печатью учреждения.

Медицинская стерилизация граждан, страдающих психическими заболеваниями, если они признаны недееспособными, осуществляется только на основании судебного решения.

При установлении медицинских показаний у женщин в условиях акушерско-гинекологического стационара в истории болезни (родов) заносится соответствующая запись, заверенная подписями врача той специальности, к области которой относится заболевание, лечащего врача и руководителя учреждения (отделения) здравоохранения.

Как уже было рассмотрено, необходимым условием медицинской стерилизации в любом случае является предварительное письменное согласия пациента. При этом, если лицо находится в браке, дополнительного согласия супруга или супруги не требуется. Врач, проводящий операцию, не вправе разглашать сведения о ее проведении, т.к. эта информация будет являться врачебной тайной. Статья 61 Основ законодательства об охране здоровья граждан закрепляет: информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений. Среди исключений, когда возможно разглашение врачебной тайны без согласия пациента, установленных ч. 3 и 4 указанной статьи, не установлена возможность разглашения информации близким родственникам вне зависимости от степени родства. Это указывает на то, что супруг (супруга) может и не узнать о проведенной операции. Вместе с тем законодательством некоторых стран, например Финляндии (Закон N 238 от 1970 г.), предусмотрено обязательное информирование супруга о намерении сделать стерилизацию. Австралийский закон N 280 от 1978 г. признает одним из оснований расторжения брака в случае воспрепятствования одним из супругов рождению ребенка в случае производства аборта или медицинской стерилизации. Следует согласиться с мнением Г.Б.Романовского, что отказ от деторождения затрагивает не только права лица, давшего согласие на оперативное вмешательство, но и права супруга (супруги). Анализ законодательства других стран, регулирующего семейные правоотношения, позволяет сделать вывод, что сокрытие информации о бесплодии является безусловным основанием для расторжения брака и даже получения моральной компенсации введенного в заблуждение супруга (супруги).

В соответствии с Семейным кодексом Российской Федерации в браке равенство супругов является одним из основополагающих принципов (п. 2 ст. 31). Данное положение Семейного кодекса базируется на положениях ст. 19 Конституции Российской Федерации о равенстве прав и свобод человека и гражданина, мужчины и женщины.

Равенство супругов в семье обеспечивается установлением общего принципа решения супругами всех вопросов жизни семьи. Они должны решаться супругами совместно, т.е. по взаимному согласию. Таким образом, представляется разумным, что при осуществлении репродуктивного выбора, в частности при принятии такого важного решения, как проведение медицинской стерилизации, последствием которой может стать невозможность зачатия ребенка, обоснованно было бы ввести обязательное информирование супруга (супруги) о предстоящем оперативном вмешательстве. Данное условие не будет являться ограничением личной свободы каждого из супругов. Законодательно закреплять обязательное получение согласие супруга (супруги) на проведение медицинской стерилизации не представляется необходимым. Но информирование супруга (супруги) в этом случае соответствовало бы соблюдению указанного принципа равенства супругов в семье.

Некоторые ученые настаивают на закреплении в такой ситуации права исковой защиты. Это означало бы, что супруг (супруга) может обратиться в судебные органы с требованием установления запрета на производство данной операции. Однако преобладающая точка зрения состоит в том, что право в данном случае не может вмешиваться в область сугубо личной сферы. Если согласия по этому вопросу не удалось достигнуть, то семья может распасться по заявлению заинтересованной стороны.

Приложение 2 к приказу Минздрава РФ от 28 декабря 1993 г. [№ 303](http://www.med-pravo.ru/PRICMZ/PricMZ1993/303/Pric-303.htm)

Перечень медицинских показаний для проведения медицинской стерилизации женщин

Медицинская стерилизация осуществляется с согласия женщин при следующих медицинских показаниях:

1. Диффузный токсический зоб, тяжелые формы и средней тяжести.

2. Врожденный или приобретенный гипотиреоз, некомпенсированный.

3. Сахарный диабет, тяжелая форма.

4. Гиперпаратиреоз.

5. Гипопаратиреоз.

6. Хроническая недостаточность надпочечников, некупируемая кортистероидами.

7. Синдром Иценко-Кушинга.

8. Гипопластическая или апластическая анемия.

9. Серповидноклеточная анемия.

10. Талассемия.

11. Лейкоз.

12. Лимфогрануломатоз III-IV стадии, в т.ч. при длительной ремиссии

13. Все пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения

II-III стадии или легочной гипертензией.

14. Цианотическая форма врожденных пороков сердца.

15. Врожденные или приобретенные аневризма аорты или легочной артерии.

16. Тетрада, триада или пентада Фалло.

17. Болезнь Эбштейна.

18. Общий артериальный ствол.

19. Синдром Лютембаше.

20. Синдром Эйзенменгера.

21. Болезнь Аэрза.

22. Хроническая ишемическая болезнь сердца.

23. Перикардит.

24. Мерцательная аритмия.

25. Пароксизмальная тахикардия с частыми приступами.

26. Синдром Вольфа-Парксинсона-Уайта с частыми приступами аритмии.

27. Полная поперечная блокада с частыми приступами Морганьи-Эдемс-Стокса и частотой сердечных сокращений менее 40 в минуту.

28. После митральной комиссуротомии при неадекватном расширении митрального отверстия или рецидиве митрального стеноза - рестенозе.

29. После протезирования клапанов сердца.

30. После хирургической коррекции любого порока сердца, выполненной с неудовлетворительным результатом.

31. После имплантации искусственного водителя ритма.

32. Аневризмы артерий любой локализации, в т.ч. после хирургического лечения.

33. Тромбоэмболическая болезнь.

34. Гипертоническая болезнь IIб-III стадии или злокачественная гипертония.

35. Хроническая пневмония III стадии.

36. Бронхоэктатическая болезнь, протекающая с легочно-сердечной недостаточностью или дыхательной недостаточностью II-III степени.

37. Состояние после пневмоэктомии или лобэктомии, сопровождающееся легочно-сердечной недостаточностью.

38. Стеноз трахеи или бронхов.

39. Стеноз пищевода.

40. Хронический активный гепатит с признаками печеночной недостаточности.

41. Цирроз печени с признаками портальной гипертензии или печеночной недостаточности.

42. Хронический гломерулонефрит гипертонической и смешанной формы.

43. Любая форма гломерулонефрита с хронической почечной недостаточностью.

44. Хронический пиелонефрит, протекающий с артериальной гипертонией или хронической почечной недостаточностью.

45. Гидронефроз, сопровождающийся азотемией или пиелонефритом.

46. Единственная почка (врожденная или оставшаяся после нефрэектомии) при наличии азотемии или артериальной гипертонии, а также при туберкулезе, пиелонефрите или гидронефрозе единственной почки.

47. Поликистоз почек, осложненный пиелонефритом, артериальной гипертонией, хронической почечной недостаточностью.

48. Болезни нервной системы и органов чувств: стойкие остаточные явления перенесенных воспалительных и токсических заболеваний ЦНС с тяжелыми нарушениями функций конечностей; тяжелые формы дегенеративных и демиелинизирующих заболеваний, прогрессирующие мышечные дистрофии и другие виды миопатий; эпилепсия; отслойка сетчатки; глаукома с повышенным внутриглазным давлением; близорукость высокой степени; абиотрофия сетчатки; ангиоматоз сетчатки (болезнь Гиппель-Ландау); гемианопсии; неврит зрительного нерва; синдром головокружения и другие болезни вестибулярного аппарата; болезни слухового нерва при наличии прогрессирующего понижения слуха.

49. Психические расстройства (вне обострения): преходящие психотические состояния, возникающие в результате органических заболеваний; шизофрения; параноидные состояния; другие неорганические психозы; невротические расстройства; расстройства личности; хронический алкоголизм (все формы), токсикомании (лекарственная зависимость), умственная отсталость.

50. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани: диффузная болезнь соединительной ткани, ревматоидный артрит и другие воспалительные артропатии, анкилозирующий спондилит, остеохондропатии.

51. Наследственные болезни: гетерозиготное носительство у супругов по всем многогенным заболеваниям (нарушения аминокислотного, углеводного, гликолипидного, гликопротеинового обменов). Рождение ранее детей с заболеваниями, наследуемыми сцепленно с полом (гемофилия, миопатия типа Дюшена и др.).

52. Состояние после оперативного вмешательства, связанного с удалением жизненно важного органа (легкого или его доли, почки и др.).

53. Наличие в прошлом злокачественных новообразований всех локализаций.

54. Повторное кесарево сечение при наличии детей.

55. Рубец на матке после консервативной миомэктомии.

При наличии у женщин других показаний, непредусмотренных настоящим перечнем, вопрос о стерилизации решается комиссией в индивидуальном порядке.

Приложение 3 к приказу Минздрава РФ от 28 декабря 1993 г. [№ 303](http://www.med-pravo.ru/PRICMZ/PricMZ1993/303/Pric-303.htm)

Инструкция по применению методов медицинской стерилизации женщин

Стерилизация может быть постоянной и временной. Постоянная стерилизация заключается в создании необратимых изменений половых органов, исключающих наступление беременности. С появлением эндоскопии стало возможным проводить временную стерилизацию.

Временная стерилизация имеет целью возможность в дальнейшем прервать стерилизацию, если это пожелает женщина. Однако обратимость трубной стерилизации при различных методах неодинакова. Поэтому считается, что трубная стерилизация должна предлагаться женщине, как постоянный метод, так как нет стопроцентной гарантии последующего восстановления маточных труб. Современные успехи микрохирургии и реконструктивно-пластических операций на маточных трубах при минимальном повреждении их во время стерилизации позволяют надеяться на успех лишь в 60 - 80% случаев.

Подготовка к хирургической стерилизации женщин

Хирургическая стерилизация проводится в гинекологическом стационаре. Перед операцией необходимо следующее обследование:

1. общий клинический анализ крови и мочи;

2. биохимический анализ крови;

3. коагулограмма;

4. группа крови и резус-фактор;

5. реакция Вассермана;

6. серологическая реакция на выявление ВИЧ-инфекции;

7. исследование влагалищного содержимого;

8. электрокардиограмма;

9. рентгеноскопия органов грудной клетки;

10. заключение терапевта и стоматолога.

В настоящее время наиболее популярными доступами к маточным трубам для стерилизации являются минилапаротомия и лапароскопия.

Минилапаротомия заключается в поперечном надлобковом разрезе передней брюшной стенки длиной 3 - 4 см. Это прямой и безопасный доступ, не требующий сложного и дорогого оборудования, очень высокой квалификации хирурга.

Минилапаротомия с целью стерилизации нецелесообразна при ожирении, миоме матки, фиксированной ретрофлексии матки.

Накануне операции - очистительная клизма и гигиенический душ. Перед сном дается снотворное. Утром в день операции повторяется очистительная клизма. За 30 мин. до операции премедикация, как правило, промедол (2% - 1,0), атропин (0,1% - 1,0), димедрол (1% - 1,0).

Основным методом обезболивания является эндотрахеальный наркоз. У ряда больных может быть применена спинномозговая анестезия. Эндоскопическая стерилизация может выполняться под эндотрахеальным, внутривенным наркозом. Предпочтительнее эндотрахеальный наркоз, который обеспечивает лучшую релаксацию и обзор тазовых органов. В ряде случаев возможна стерилизация под местным обезболиванием.

Методы хирургической стерилизации женщин, выполняемые во время чревосечения подробно изложены в Части I «Методики медицинской стерилизации женщин».

Приложение 4 к приказу Минздрава РФ от 28 декабря 1993 г. [№ 303](http://www.med-pravo.ru/PRICMZ/PricMZ1993/303/Pric-303.htm)

Инструкция по применению медицинской стерилизации мужчин

Из существующих методов мужской хирургической контрацепции наиболее эффектным и утвердившимся в мировой практике является вазорезекция. Метод вазоокклюзии с помощью различных синтетических материалов находится в настоящее время на стадии клинической апробации и поэтому не может быть рекомендован к широкому клиническому применению.

Вазорезекция - это простое и небольшое хирургическое вмешательство, целью которого является частичное иссечение семявыносящего протока в его мошоночном отделе, может выполняться в амбулаторных условиях или в урологическом стационаре.

Вмешательство предпочтительней проводить под местной анестезией. Общая (внутривенная) анестезия может быть использована при наличии грубых рубцов в пахово-мошоночной области.

Наилучшим доступом к семявыносящему протоку, где он легко пальпируется в составе семенного канатика, является верхняя часть мошонки. Для обработки операционного поля необходимо использовать водорастворимые растворы иодистых препаратов или водные растворы хлоргексидина.

При использовании местной анестезии нельзя добавлять в раствор анестетика адреналин, в связи с возможностью длительной ишемии и постоперационных болей в яичке.

Подробно методики описаны в Часть I «Методики медицинской стерилизации мужчин».

При рассмотрении вопроса о правовом регулировании медицинской стерилизации нельзя не затронуть правомерность проведения такого специфического вида данного вида медицинского вмешательства, как принудительная стерилизация. В отличие от добровольной стерилизации принудительная стерилизация проводится без информированного добровольного согласия мужчины или женщины на ее проведение. С возникновением теории об улучшении природы человека в начале XX в. предпринимается попытка реанимации принудительной стерилизации по отношению к асоциальным слоям общества - душевнобольным, рецидивистам. Основная цель, которая ставилась перед принудительной стерилизацией, - остановить развитие человеческой линии с плохой генетической наследственностью. Принудительная стерилизация дважды стала предметом рассмотрения в Верховном Суде США. Судебным решением были сохранены нормы, предусматривающие принудительную стерилизацию госпитализированных умственно отсталых лиц. Евгенические цели преследовал закон штата Оклахома, на основании которого некоторые категории рецидивистов подвергались принудительной стерилизации, например воры. Принудительная стерилизация широко практиковалась в Германии с первого года установления фашистского режима.

Закон о принудительной стерилизации недееспособных лиц до 1976 г. действовал в Швеции. В ряде стран она проводилась в отношении людей с психофизиологическими особенностями без соответствующих законов.

В Российской Федерации согласно Инструкции о порядке разрешения операции медицинской стерилизации граждан (утвержденной Приказом Минздрава РФ от 28 декабря 1993 г. N 303) медицинская стерилизация граждан, страдающих психическими заболеваниями, если они признаны недееспособными, осуществляется только на основании судебного решения.

В соответствии со ст. 29 Гражданского кодекса Российской Федерации гражданин может быть признан недееспособным только судом в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством, если он вследствие психического расстройства не может понимать значение своих действий или руководить ими. В таком случае над гражданином устанавливается опека, и все сделки от имени недееспособного гражданина совершает опекун. Оценку здоровья гражданина дает судебно-психиатрическая экспертиза, которая производится на основании Закона РФ от 2 июля 1992 г. "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании". Что касается любого медицинского вмешательства, то на основании ст. 32 Основ законодательства об охране здоровья граждан такое согласие в отношении лиц, признанных недееспособными, дают их законные представители, в данном случае опекун.

Следовательно, принудительно стерилизовать можно лиц, страдающих психическими заболеваниями, при соблюдении следующих условий.

1. Гражданин должен быть признан судом недееспособным.

2. Необходимо согласие опекуна на данное медицинское вмешательство.

3. Решение суда о допустимости проведения медицинской стерилизации, которое должно быть основано на заключении судебно-психиатрической экспертизы.

Однако в настоящее время большинство стран рассматривают принудительную стерилизацию как недопустимое вмешательство, нарушающее ряд основных прав человека: на телесную неприкосновенность, право на здоровье, на достоинство личности. Перечисленные права принято относить к сфере личных прав. В соответствии со ст. 17 Конституции Российской Федерации личные права и свободы неотчуждаемы и принадлежат человеку от рождения независимо от состояния здоровья, возраста, пола, национальности, социального положения и т.д.

Представляется очевидным, что право на охрану достоинства личности и личную неприкосновенность должно принадлежать человеку независимо от того, как он сам и окружающие воспринимают и оценивают его личность. Поэтому, как бы ни зарекомендовал себя человек, какими бы качествами, в том числе отрицательными, он ни обладал, государство и его органы обязаны в полной мере обеспечивать ему условия для реализации всех прав, обеспечивающих человеческое достоинство [6].

Защиту человеческого достоинства, как и личную неприкосновенность, не принято ставить в зависимость от общественной значимости личности, возраста, пола, убеждений, состояния здоровья и т.п. "Все люди рождаются свободными и равными в своем достоинстве" - провозглашено в ст. 1 Всеобщей декларации прав человека 1948 г. Никакие обстоятельства, в том числе отрицательная оценка личности в общепризнанном понимании, психическая болезнь, чрезвычайное положение, война и т.п., не могут служить основанием для умаления достоинства.

Институт опеки предусмотрен Гражданским кодексом Российской Федерации для защиты личных и имущественных прав и интересов. Опекуны и попечители должны действовать в интересах своих подопечных, следовательно, согласие опекуна на медицинское вмешательство в отношении недееспособного лица в случае угрозы его жизни или здоровью представляется оправданным. Однако согласие опекуна на проведение принудительной стерилизации опекаемого вряд ли можно расценивать как необходимую заботу о его интересах. Очевидно, что целью данной процедуры является лишение возможности иметь детей. Согласно ч. 3 ст. 29 Гражданского кодекса Российской Федерации, если основания, в силу которых гражданин был признан недееспособным, отпали, суд может признать его дееспособным. На основании решения суда отменяется установленная над ним опека. Таким образом, в случае излечения человека от психического расстройства гражданин по решению суда становится полностью дееспособным и может обладать всеми, в том числе и репродуктивными, правами. Однако в случае проведенной ранее медицинской стерилизации существует большая вероятность того, что возможность иметь детей утрачена навсегда.

В соответствии с вышеизложенным представляется очевидным, что законодательное закрепление возможности принудительной медицинской стерилизации человека, признанного недееспособным, может расцениваться как действие, нарушающее личную неприкосновенность человека и умаляющее его личное достоинство.

Таким образом, в целях полного соблюдения прав и свобод человека и гражданина, медицинская стерилизация без добровольного согласия граждан на данный вид медицинского вмешательства не должна осуществляться ни при каких условиях.

Статья 109. Причинение смерти по неосторожности.

1. причинение смерти по неосторожности наказывается ограничением свободы на срок до 2 лет или лишением свободы на тот же срок.

2. причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей наказывается ограничением свободы на срок до 3 лет либо лишением свободы на тот же срок с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

3. причинение смерти по неосторожности 2 или более лицам наказывается ограничением свободы на срок до 5 лет лет либо лишением свободы на тот же срок с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

Статья 111. Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью.

1. Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, опасного для жизни человека, или повлекшего за собой потерю зрения, речи, слуха либо какого-либо органа или утрату органом его функций, прерывание беременности, психическое расстройтсво, заболевание наркоманией или токсикоманией, или выразившееся в неизгладимом обезображивании лица, или вызвавшего значительную стойкую утрату общей трудоспособности не менее чем на одну треть или заведомо для виновного полную утрату профессиональной трудоспособности, - наказывается лишением свободы на срок от 2 до 8 лет.
2. Те же деяния, совершенные:

А) в отношении лица или его близких в связи с осуществлением данным лицом служебной деятельности или выполнением общетсвенного долга;

Б) в отношении малолетнего или иного лица, заведомо для виновного находящегося в беспомощном состоянии, а равно с особой жестокостью, издевательством или мучениями для потерпевшего;

В) общеопасным способом;

Г) по найму;

Д) из хулиганских побуждений;

Е) по мотивам политической, идеологической, расовой, национальной или религимозной ненависти или вражды либо по мотивам ненависти или вражды в отношении какой-либо социальной группы;

Ж) в целях использования органов и тканей потерпевшего, - наказывается лишением свободы на срок от 3 до 10 лет.

3. деяния, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, если они совершены:

 А) группой лиц, группой лиц по предварительному сговору или организованной группой;

 Б) в отношении 2 или более лиц;

 В) утратил силу Федеральный закон от 8.12.2003 №162 – ФЗ наказываются лишением свободы на срок от 5 до 12 лет.

4. деяния, предусмотренные частями первой, второй или третьей данной статьи, повлекшие по неосторожности смерть потерпевшего, - наказываются лишением свободы на срок от 5 до 15 лет.

Статья 171. Незаконное предпринимательство.

1. Осуществление предпринимательской деятельности без регистрации или с нарушением правил регистрации, а равно представление в орган, осуществляющий государственную регистрацию юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, документов, содержащих заведомо ложные сведения, либо осуществление предпринимательской деятельности без лицензии в случаях, когда такая лицензия обязательна, если это деяние причинило крупный ущерб гражданам, организациям или государству либо сопряжено с извлечением дохода в крупном размере, - наказывается штрафом в размере от 300 000 рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 2 лет, либо обязательными работами на срок от ста восьмидесяти до двухсот сорока часов, либо арестом на срок от четырех до шести месяцев.
2. То же деяние:

А) совершенное организованной группой;

Б) сопряженное с извлечением дохода в особо крупном размере – наказывается штрафом в размере от ста тысяч до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до трех лет либо лишением свободы на срок до пяти лет со штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев либо без такового.

Статья 235. Незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью.

1. занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью лицом, не имеющим лицензии на избранный вид деятельности, если это повлекло по неосторожности причинение вреда здоровью человека, - наказывается штрафом в размере до ста двадцати тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного года, либо ограничением свободы на срок до трех лет, либо лишением свободы на срок до трех лет.
2. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть человека, - наказывается ограничением свободы на срок до пяти лет или лишением свободы на тот же срок.

Заключение

В нашей стране медицинская стерилизация становится в последние годы все более популярным решением проблемы контрацепции. С 1990 года применение стерилизации у женщин с их согласия и по медицинским показаниям разрешено на законном основании, а с 1993 года – как у мужчин, так и у женщин.

Стерилизация является надежным, безопасным и не сложным способом контрацепции. Единственное, чего он требует – это осмысленного решения, то есть, прежде, чем решаться на стерилизацию, нужно тщательно обдумать, ведь обратного пути нет.

Список использованной литературы.

1. Основы законодательства об охране здоровья граждан от 22.07.1993г. №5487-1 (в ред.от 2 февраля 2006 г.).
2. Закон РФ от 2.07.1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
3. Приказ Минздрава РФ от 28.12.1993 г. №303 «О применении медицинской стерилизации граждан».
4. Драгонец Я., Холлендер П. Современная медицина и право, Москва, БЕК, 2007 г.