

**УРЮПИНСКИЙ ФИЛИАЛ**  
**ГБПОУ “ВОЛГОГРАДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ”**

**ЛЕКЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 8**

**Тема: Сестринский уход при воспалительных заболеваниях женских половых органов, нарушении менструального цикла, бесплодии. Планирование семьи.  
Охрана репродуктивного здоровья.**

При освоении ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах  
МДК.02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях  
Часть 3. Сестринский уход в акушерстве и гинекологии  
3.2. Сестринское дело в гинекологии

Специальность 060501 Сестринское дело базовой подготовки СПО Курс III

### **Обучающийся должен знать:**

- основные группы гинекологических заболеваний;
- причины возникновения специфических и неспецифических воспалительных заболеваний женских половых органов;
- основные симптомы, лечение и профилактику воспалительных заболеваний женских половых органов;
- классификацию, основные симптомы, лечение, методы провокации и критерии излеченности ИППП;
- роль медсестры в пропаганде здорового образа жизни;
- менструальный цикл и его регуляцию;
- различные виды нарушений менструальной функции;
- причины, основные симптомы, диагностику и лечение при нарушениях менструального цикла;
- особенности сестринского ухода за пациентками с нарушением менструального цикла;
- виды нейроэндокринных синдромов;
- причины, основные симптомы, диагностику и лечение при нейроэндокринных синдромах;
- особенности сестринского ухода за пациентками с нейроэндокринными синдромами;
- виды бесплодия, причины мужского и женского бесплодия, принципы диагностики, лечения и профилактики бесплодия;
- цели и задачи государственной программы «Планирование семьи».

### **Содержание:**

1. Основные формы гинекологических заболеваний. Причины возникновения специфических и неспецифических воспалительных заболеваний.
2. Основные симптомы воспаления в зависимости от локализации. Острые и хронические воспалительные заболевания, особенности течения, исходы.
3. Заболевания, передаваемые половым путем. Методы провокации и определение критериев излеченности гонореи. Роль медсестры в пропаганде здорового образа жизни.
4. Нарушения менструального цикла: основные формы, причины, пути профилактики. Нейроэндокринные синдромы.
5. Бесплодие: виды (мужское, женское). Причины бесплодия. Методы профилактики. Роль медсестры в сохранении репродуктивного здоровья населения.
6. Государственная программа «Планирование семьи». Цели и задачи планирования семьи. Работа с подростками по профилактике аборт и пропаганде методов контрацепции.

### **1.Основные формы гинекологических заболеваний. Причины возникновения специфических и неспецифических воспалительных заболеваний.**

#### **Воспалительные заболевания женских половых органов.**

Воспалительные заболевания женских половых органов составляют 60-65% гинекологических заболеваний, около 40% стационарных больных. Болеют женщины репродуктивного возраста. Заболевая рано, в 16–18 лет, к 22–25 годам многие уже не могут полноценно реализовать свою репродуктивную функцию, причиной чего становится длительно текущий хронический воспалительный процесс, подчас осложненный.

Воспалительные заболевания женских половых органов являются самой частой причиной негормонального бесплодия, к примеру после обострений хронического сальпингита бесплодие регистрируется в 50%.

#### **Классификация:**

- По течению:
  - острые (до 2-3 нед),
  - подострые (до 6 нед),
  - хронические (более 6 нед.)
- По этиологии:
  - Специфические: хламидии, туберкулезная палочка, гонорея, трихомонады, вирус простого герпеса, папилломовирусная инфекция, цитомегаловирусная инфекция.
  - Неспецифические: стафилококк, стрептококк, эшерихии, протей, синегнойная палочка.
- По локализации воспалительного процесса:
  - Нижнего отдела: вульвит, бартолинит, кольпит, эндоцервицит, экзоцервицит.
  - Верхнего отдела (воспалительные заболевания органов малого таза ВЗОМТ): эндометрит, метроэндометрит, сальпингооофорит, параметрит, периметрит, пельвиоперитонит.

Пути проникновения инфекции:

- Половой – 99%
- Восходящий (интраканаликулярный – через цервикальный канал)
- Гематогенный (часто туберкулез)
- Лимфогенный
- По протяжению – распространяясь по брюшине из первичного патологического очага (при аппендиците).

Микроорганизмы могут транспортироваться на сперматозоидах, т.к. отрицательный заряд сперматозоидов притягивает бактерии, наибольшей тропностью к ним обладает кишечная палочка.

Транспортируются на трихомонадах, которые благодаря жгутикам могут активно передвигаться.

Активно проникая при половом контакте микроорганизмы далее могут распространяться пассивно из нижних половых путей в верхние путем сократительной деятельности матки и/или изменения давления в ее полости, которое связано с движением диафрагмы при дыхании.

Факторы, способствующие развитию воспалительных заболеваний ЖПО:

Экзогенные факторы:

- аборты,
- выскабливания,
- гистеросальпингография,
- зондирование,
- внутриматочная контрацепция,
- частые роды, выкидыши,
- переохлаждение,
- операция,
- ЭКО.

Риск возникновения тяжелых форм воспалительных заболеваний придатков матки при использовании внутриматочных контрацептивов возрастает в 3-9 раз.

Риск развития воспалительных заболеваний придатков матки зависит от времени использования внутриматочного контрацептива и от типа последнего. Он наиболее высок с течением первого месяца использования, и объясняется комплексом следующих факторов:

-возможность заноса инфекции при введении спирали;  
-распространение бактерий по нитям ВМК, свисающим во влагалище;

-нарушение внутриматочным контрацептивом процессов сращивания эндометрия во время менструации, подавление фагоцитоза и других факторов иммунной защиты;  
-ВМК способствует появлению микроэрозий и перифокальной воспалительной реакции стромы.

ВЗЖПО возникают как в ближайшее время после операции (в первые 5 дней), так и в более отдаленный период. Это объясняется наличием больших дефектов в эндометрии, которые позволяют бактериям легко проникать в ткани стенки матки. Рост микроорганизмов поддерживает прекрасная питательная среда, которая образована нитями фибрина, сгустками крови, некротически измененными тканями. Кроме того, любое внутриматочное вмешательство приводит к ослаблению местной барьерной системы. Кроме того и аэробные бактерии, составляющие нормальную микрофлору канала шейки матки и влагалища в этих условиях могут проявлять патогенность.

Еще одним фактором риска являются оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза. Наиболее высокий риск представляет влагалищная гистерэктомия, средний – абдоминальная, и наименьший – кесарево сечение и лапароскопические гинекологические операции.

Эндогенные:

- гормональная патология,
- иммунодефицит,
- аномалии развития половых органов,
- зияние половой щели,
- хронические заболевания (особенно сахарный диабет).

Социальные:

- хронический стресс,
- низкий уровень жизни,
- плохое питание,
- алкоголизм, наркомания,
- достоверно у курящих выше частота ВЗ женских половых органов.

Поведенческие:

- раннее начало половой жизни,
- много партнеров,
- недавняя смена полового партнера,
- половые контакты во время менструации,
- нетрадиционные половые контакты.

Защита:

Местная защита:

- бели – в норме выделяется 1-2 мл/сут,
- десквамация эпителия – вместе с ними выводятся и бактерии, микрофлора влагалища за счет конкурирования с патогенами за питательные вещества, рецепторы адгезии, выделения бактериоцинов, стимуляции иммунной системы,
- лактобактерии способствуют поддержанию кислой среды,
- секреторные иммуноглобулины,
- лизоцим слизистой.

Слизистая пробка цервикального канала обеспечивает механическую преграду за счет своей вязкости, содержит секреторный IgA, лизоцим (оральные контрацептивы повышают вязкость слизистой пробки – ухудшают условия для проникновения микроорганизмов).

Отторжение эндометрия, формирование на его месте лимфоцитарного вала также обеспечивает защиту.

## **2.Основные симптомы воспаления в зависимости от локализации. Острые и хронические воспалительные заболевания, особенности течения, исходы.**

Воспаление у женщин может развиваться как во внутренних, так и в наружных половых органах. К воспалительным заболеваниям наружных женских половых органов относят вульвит, вагинит, бартолинит.

К воспалительным заболеваниям внутренних женских половых органов (органов малого таза) относят эндометрит (воспаление матки), цервицит (воспаление шейки матки), сальпингит (воспаление маточных труб), оофорит (воспаление яичников), аднексит (сальпингоофорит - воспаление придатков матки), пельвиоперитонит (воспаление тазовой брюшины).

Воспалительные заболевания половых органов у женщин по статистике занимают первое место среди всех гинекологических заболеваний.

Воспаление половых органов у женщин имеет инфекционную природу. Воспаление - это ответ иммунной системы организма на вторжение патогенных микроорганизмов и повреждение клеток. В ответ на повреждение начинается воспалительная реакция, основную роль в которой играют кровеносные сосуды и защитные клетки иммунной системы. Воспаление может затронуть любой орган. К латинскому названию больного органа (или его части) добавляется окончание "-ит", что и обозначает его воспаление. Например, воспаление матки - это эндометрит, воспаление маточных труб - сальпингит, при воспалительном процессе в яичниках гинеколог ставит диагноз оофорит.

Основные симптомы воспаления женских половых органов - боль в нижнем отделе живота, отечность тканей и патологические выделения из влагалища.

Воспаление женских половых органов бывает острым и хроническим. Острое воспаление протекает с выраженными симптомами - сильной болью в нижнем отделе живота, подъемом температуры тела и общей реакцией организма.

Хроническое воспаление может развиваться как следствие острого воспаления, но может начинаться сразу, без острой фазы. Хроническое воспаление женских половых органов часто протекает без симптомов или с мало выраженными симптомами, обострения чередуются с временными улучшениями. Если лечение острого воспаления во время не начато, со временем оно перейдет в хроническую форму.

Воспалительные заболевания женских половых органов нередко приводят к нарушениям репродуктивной и сексуальной функций, вторично вовлекая в патологический процесс нервную, сердечнососудистую, эндокринную и другие системы организма. В результате воспалительных заболеваний у женщины может развиваться тяжелый спаечный процесс в маточных трубах, являющийся причиной трубного бесплодия.

## **3.Заболевания, передаваемые половым путем. Методы провокации и определение критериев излеченности гонорей. Роль медсестры в пропаганде здорового образа жизни.**

### **Основные признаки ИППП**

Некоторые ИППП не имеют ярко выраженных клинических симптомов, протекают малосимптомно или даже бессимптомно, особенно у женщин из-за анатомических и физиологических особенностей половых органов, в силу чего они долго не обращаются за медицинской помощью, заражая половых партнеров. В тех случаях, когда ИППП не имеет скрытого, хронического течения, их основные признаки зависят от вида возбудителя.

Основные клинические признаки ИППП в зависимости от вида возбудителя:

- необычные выделения (обильные, желтоватые, пенистые, творожистые, возможно с запахом) из влагалища, мочеиспускательного канала или из прямой кишки;
- зуд, жжение, раздражение, отек в области половых органов;
- боли внизу живота, в области поясницы у женщин;
- кровянистые выделения из влагалища у женщин в период между менструациями;
- болезненные ощущения во время полового акта;
- рези или дискомфорт при мочеиспускании; может появиться учащенное мочеиспускание, помутнение мочи;
- сыпь на теле, половых органах, ладонях, подошвах;
- язвочки, пузырьки, эрозии на половых органах, в полости рта, в области ануса;
- разрастания в области половых органов или ануса;
- увеличение лимфатических узлов.

#### Методы провокации.

Можно сказать, что «проба с провокацией» — это не слишком-то честный метод обнаружения чужеродных агентов (вирусов, бактерий, грибов и т.д.) в организме хозяина.

Суть провокации на инфекции заключается в том, чтобы на короткое время (1-2 дня) резко снизить иммунитет обследуемого и тем самым дать карт-бланш развитию патогенных микроорганизмов, увеличению их числа до количества, которое уже возможно «отследить» методами лабораторной диагностики.

Виды провокаций:

*Химическая провокация* — смазывание уретры на глубину 1–2 см 1–2%-ным раствором нитрата серебра, нижнего отдела прямой кишки на глубину 4 см 1%-ным раствором Люголя в глицерине и цервикального канала на глубину 1–1,5 см 2–5%-ным раствором нитрата серебра.

*Лекарственная провокация* — внутримышечное введение гоновакцины, содержащей 500 млн микробных тел (мт), или гоновакцину одновременно с пирогеналом (200 мкг). Если гоновакцину применяли во время лечения, то для этого вида провокации назначают последнюю терапевтическую дозу, но не более 2 млрд мт. В условиях стационара можно использовать регионарное введение гоновакцины — в подслизистый слой шейки матки и уретры (100 млн мт).

*Термическая провокация* — проводят диатермию ежедневно в течение 3-х дней последовательно по 30, 40, 50 мин или индуктотермию 3 дня по 15–20 мин. Отделяемое для лабораторного исследования берут каждый день через 1 ч после прогревания.

*Биологические методы провокации* - к ним относится физиологический менструальный цикл у женщин. В это время проявляются многие инфекции, склонные к хронизации (хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз и др.). Поэтому проведение анализа назначается, при возможности, на 4–5-й день цикла, когда остаются незначительные мажущие выделения.

Чаще всего используют комбинированный метод провокации: в один день проводят химическую, биологическую и термическую провокации. Мазки отделяемого из всех очагов поражения берутся через 24, 48 и 72 ч, посевы — через 72 ч после проведения провокаций.

Критерии излеченности гонореи у женщин:

- отсутствие гококков при исследовании выделений из мочеиспускательного канала, канала шейки матки, прямой кишки;

- благоприятные результаты клинического и лабораторного исследования в течение 2–3 менструальных циклов;
- отсутствие боли и явных пальпаторных изменений внутренних половых органов, нормальный менструальный цикл.

Излеченность определяют через 7–10 дней после окончания лечения антибиотиками. Выделения из мочеиспускательного канала, канала шейки матки, прямой кишки подвергают лабораторному исследованию на наличие гонококков. При отсутствии их в исследуемом материале проводят комбинированную провокацию.

Во время очередной менструации снова берут мазки, а после её окончания повторяют провокацию с исследованием отделяемого в течение 3 дней.

Больная гонореей находится под наблюдением врача для установления излеченности после окончания лечения при свежей гонорее в течение 2 месяцев, при хронической – 3 месяцев. Больным с невыявленным источником заражения срок контрольного наблюдения удлиняют до 6 месяцев. При этом проводят ежемесячные клинические и серологические обследования для выявления сифилиса.

### Роль медсестры в пропаганде здорового образа жизни.

Любой пациент, обратившийся в медицинское учреждение, имеет право на:

- уважение и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- обследование и лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим нормам;
- конфиденциальность, т. е. сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведениях, полученных при обследовании в соответствии с действующим законодательством.

Пропаганда здорового образа жизни (ЗОЖ) является одной из основных задач медицинских работников в деле укрепления здоровья населения. В настоящее время в этом направлении акцент делается на понимании людьми важности ЗОЖ.

Никакие энергичные усилия врачей и медицинских работников не могут гарантировать нам здоровья. Никто не может сделать за нас зарядку, отказаться от лишней рюмки спиртного и сигареты, создать для себя правильный режим работы и отдыха, придерживаться принципов здорового и сбалансированного питания. Наше здоровье и благополучие в наших руках. Поэтому не случайно помощь в развитии личных навыков является одним из главных направлений деятельности по укреплению здоровья.

Медицинские работники должны предоставлять максимально полную [информацию](#) о различных аспектах здоровья, помогать людям в формировании ответственного и позитивного отношения к своему здоровью и здоровью общества в целом, менять не всегда здоровые привычки своих сограждан и содействовать развитию навыков ЗОЖ.

Существует множество методов обучения и много возможностей для пропаганды здорового образа жизни. Важно, прежде всего, заинтересовать пациентов, а затем приступить к обучению, и дать ему как можно больше информации и на примерах показать, как влияет выполнение всех условий на здоровье каждого.

Медицинские работники должны внимательно слушать пациента, его сомнения и возникшие вопросы, на которые они должны получать интересные ответы, главные примеры. Но многие пациенты не могут прочесть информационные материалы, потому что те написаны достаточно сложно. Важно, чтобы печатные материалы отвечали на интересующие пациента вопросы. Медицинские работники, прежде всего, должны узнать, в чём нуждаются пациенты, используя фокус-группы участников — они отбираются из

аудитории, на которую направлена их деятельность. Разумным является использование простого языка, коротких слов и предложений. Рисунки, «мультфильмы» или фотографии могут иногда иллюстрировать мысли лучше слов.

Необходимо добиваться, чтобы пациенты были активными участниками планирования и сохранения своей здоровой жизни. Роль медсестры скорее состоит в том, чтобы помочь пациентам с таким планированием, чем в том, чтобы контролировать процесс. Во всех ситуациях медсестра должна начинать процесс обучения с установления доверия и взаимоуважения, дружелюбных отношений с пациентом.

Одним из способов для этого является изучение интересов пациента и объёма уже имеющихся у него знаний. Таким образом, завязываются доверительные отношения и одновременно оцениваются потребности пациента в обучении. Во многих других ситуациях перед тем, как начинать занятия, медсестры должны помочь пациенту понять и принять ответственность за собственное здоровье.

#### **4.Нарушения менструального цикла: основные формы, причины, пути профилактики. Нейроэндокринные синдромы.**

**Менструальный цикл** – циклически повторяющиеся изменения в организме женщины, особенно в звеньях репродуктивной системы, внешним проявлением которых служат кровяные выделения из половых путей – менструация.

**Менструация** – это повторяющиеся с определенными интервалами кровянистые выделения из половых путей в течение всего репродуктивного периода жизни женщины вне беременности и лактации.

Виды нарушений менструального цикла.

Нарушения менструального цикла – это проявление различных патологических состояний, связанных не только с нарушениями в половой сфере, но и с общими системными и эндокринными заболеваниями.

Нарушения менструального цикла характеризуются изменением цикличности, продолжительности и объема менструальной кровопотери.

Виды нарушений менструального цикла:

- 1) меноррагия, или гиперменорея, – регулярно возникающее маточное кровотечение объемом более 80 мл;
- 2) метроррагия – нерегулярное маточное кровотечение, возникающее через различные короткие промежутки времени;
- 3) менометроррагия – нерегулярно возникающее длительное маточное кровотечение;
- 4) полименорея – кровотечение из полости матки, отличающееся регулярным возникновением через интервал времени менее 21 дня;
- 5) межменструальное кровотечения – это различной степени интенсивности кровотечения, возникающие в период между менструациями;
- 6) постменопаузальное кровотечение – кровотечение, появившееся более чем через год после последней менструации у женщин с недостаточной функцией яичников;
- 7) посткоитальное кровотечение – кровотечение после коитуса;
- 8) предменструальное кровотечение – скудное кровотечение мажущего характера, возникающее за несколько дней до начала менструации;
- 9) постменструальное кровотечение - имеет мажущий характер, скудное, длится в течение нескольких дней после окончания менструации;
- 10) дисменорея – болезненные менструации;
- 11) первичная аменорея – отсутствие менструаций в возрасте 16 лет и старше;
- 12) вторичная аменорея – отсутствие менструаций в течение полугода и более после менструаций;
- 13) олигоменорея – редкие менструации, возникающие 1 раз в 2–3 месяца;
- 14) спаниоменорея – периодическое наступление менструации 1 раз в 6–12 месяцев;



15) гипоменорея – скудные менструации;

16) киптоменорея – скрытая менструация, клинически проявляющаяся аменореей вследствие заращения цервикального канала, пороков развития гениталий.

Нормальный менструальный цикл является результатом нейрогормональных взаимоотношений между ЦНС, гипофизом, яичниками и маткой. Нарушения в любой из этих звеньев может привести к нарушению менструального цикла. Наиболее частыми причинами нарушения менструальной функции могут быть:

1. Тяжелые интоксикации
2. Инфекционные заболевания типа сепсиса, туберкулеза, паротита, гриппа и т.д.
3. Алиментарная дистрофия
4. Авитаминозы
5. Ожирение
6. Профессиональные вредности
7. Заболевания других систем и органов: печени, почек, сердца и крови.
8. Психоневрологические заболевания: ушибы головного мозга, контузии, опухоли ЦНС.

9. Эндокринные заболевания: сахарный диабет, заболевания надпочечников, щитовидной железы, гипофиза, синдром Шихана, кахексия, синдром Симмондса, аденома гипофиза.

10. Ионизирующая радиация
11. Врожденные, генетические заболевания
12. Воспалительные заболевания самой половой сферы (придатков и матки)

Таким образом, все может вызвать нарушения менструальной функции:

1. Первичное поражение гипоталамо-гипофизарной системы, которое в конечном итоге приведет к нарушению функции яичников.
2. Первичное заболевание самих яичников и матки

Классификация основных нарушений репродуктивной системы в принципе сложна. Их в литературе вы встретите не одну, не две. Но, несмотря на всю сложность строения репродуктивной системы, основной формой ее нарушения является нарушения основного момента, который характерен для нормального менструального цикла в яичниках, то есть нарушения того для чего эта система существует - нарушение овуляции. При нарушениях наблюдаются ановуляция, то есть отсутствие овуляции, а клинически могут наблюдаться незначительные нарушения менструальной функции или только одно бесплодие, а может наблюдаться и при кровотечениях и при присутствии месячных. Учитывая, всю эту сложность мы разберем классификацию по клиническому проявлению:

1. [гипоменструальный синдром и аменорея](#);
2. [гиперменструальный синдром ДМК](#);
3. [альгодисменорея](#).

Виды нейроэндокринных синдромов.

[Нейроэндокринные](#) гинекологические синдромы имеют общий патогенез – нарушения гипоталамо-гипофизарной системы как важнейшего звена в регуляции специфических функций женского организма. Однако каждый из этих синдромов при наличии общего патогенеза, характеризуется преобладанием симптомов, определяющих специфические проявления синдрома. К нейроэндокринным синдромам относятся:

- Синдром Шихана;
- Предменструальный синдром;
- Синдром поликистозных яичников;
- Гиперпролактинемия;
- Аденогенитальный синдром;
- Климактерический синдром;
- Посткастрационный синдром.

Причиной этих состояний являются нарушения гормонального баланса в организме. Как показывает практика, существует ошибочное пренебрежение необходимостью своевременной коррекции гормональных нарушений в организме. Бывает, что из-за упущенного времени болезнь приобретает хроническую форму, и патологические нарушения захватывают многие органы.

Особенно часто это непонимание своего организма и нежелание ему помочь касается явлений связанных с предменструальным, послеродовым и климактерическим синдромами. Все симптомы являются функциональными, т.е. при отсутствии органической патологии нарушаются функциональные связи между ЦНС и яичниками, что проявляется различными симптомами. Например, одной из атипичных форм климактерического синдрома является миокардиодистрофия, имеющая сходную клинику с ишемической болезнью сердца. Женщина жалуется на боли в сердце и наблюдается у терапевта. Но при сходных проявлениях, в случае климактерического синдрома в отличие от ИБС, наблюдается положительный эффект именно от терапии препаратами половых стероидов.

В зависимости от состояния вегетативно-нервной системы в период пременопаузы и после менопаузы возможно возникновение гипотензии, обморочных состояний, аллергических реакций, приступов бронхиальной астмы, не поддающихся традиционному лечению, болей в сердце. С пациентками необходимо проводить беседы, разъяснять что не следует все это «терпеть», организму можно и нужно помочь безболезненно пройти это необходимый этап.

## **5.Бесплодие: виды (мужское, женское). Причины бесплодия. Методы профилактики. Роль медсестры в сохранении репродуктивного здоровья населения.**

Бесплодие (sterilitas) — неспособность лиц детородного возраста к воспроизводству потомства вследствие нарушения оплодотворения или имплантации оплодотворенной яйцеклетки

Брак считают бесплодным, если беременность у женщины не наступает в течение года регулярной половой жизни (половые сношения не реже 1 раза в неделю) без использования средств и методов контрацепции.

Процент бесплодных супружеских пар достигает 15.

В настоящее время Всемирной организацией здравоохранения выделен 21 фактор женского и 19 факторов мужского бесплодия. В целом, диагностика бесплодия направлена на выявление комплекса факторов, которые, вероятнее всего, приводят к формированию данного состояния.

Бесспорным является и тот факт, что частота мужского и женского бесплодия практически одинакова, поэтому обследование необходимо проводить супружеской паре, а не каждому из членов семьи в отдельности.

Диагностика причин бесплодия является кропотливым процессом, однако, разработан ряд стандартов, в соответствии с которыми его можно пройти достаточно быстро. При прохождении комплексного обследования могут быть выявлены следующие факторы бесплодия:

- Сексуальная дисфункция;
- Гормональные нарушения (эндокринный фактор);
- Врожденные аномалии половых органов;
- Спаечный процесс в малом тазу и нарушение проходимости маточных труб;
- Эндометриоз;
- Патология полости матки и цервикального канала;

- Наличие образований на матке или на придатках и т.д. (миома матки, киста яичника и проч.)

Существует также понятие «Бесплодие неясного генеза». Этот диагноз ставится в том случае, если использованы все методы диагностики, в том числе, и лапароскопия, но причины бесплодия так и не удалось установить.

Следует отметить, что практически у половины бесплодных женщин выявляется сочетание 2-5 факторов, приводящих к бесплодию.

Диагноз бесплодия у женщины может быть установлен только после исключения бесплодия у мужчины и при положительных пробах, подтверждающих совместимость спермы и слизи шейки матки.

Вспомогательные репродуктивные технологии – методы терапии бесплодия, при которых все или некоторые этапы зачатия и раннего развития эмбриона осуществляются вне организма.

Виды вспомогательных репродуктивных технологий:

- Классическое экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) и перенос эмбриона (ПЭ).
- Искусственная инсеминация спермой мужа (ИИСМ) или спермой донора (ИИСД).
- ИКСИ – инъекция сперматозоида в цитоплазму клетки.
- Донорство яйцеклетки и эмбриона.
- Суррогатное материнство (вынашивание эмбриона женщиной для последующей передачи ребенка генетическим родителям).
- Криоконсервация ооцитов и эмбрионов.
- Предимплантационная диагностика наследственных болезней.
- Хэтчинг (рассечение блестящей оболочки эмбриона перед имплантацией в матку).
- Редукция эмбрионов при многоплодной беременности.

## **6. Государственная программа «Планирование семьи». Цели и задачи планирования семьи. Работа с подростками по профилактике аборт и пропаганде методов контрацепции.**

По определению ВОЗ, термином «планирование семьи» называют, те виды деятельности, которые имеют целью помочь отдельным лицам или супружеским парам достичь определенных результатов:

- избежать нежелательной беременности;
- произвести на свет желанных детей;
- регулировать интервал между беременностями;
- контролировать выбор времени деторождения в зависимости от возраста родителей и определять количество детей в семье.

За последние годы в нашей стране произошли существенные сдвиги в связи с внедрением Президентской Программы планирования семьи. Программа "Планирование семьи" направлена на:

- создание службы планирования семьи;
- поддержание государственных и общественных структур планирования семьи на федеральном и региональном уровнях;
- обеспечение управления и организацию правовой основы деятельности службы планирования семьи;

- совершенствование информационной системы по вопросам сексуального и репродуктивного поведения, этики семейно-брачных отношений;
- формирование сексуальной культуры в обществе, начиная с детского возраста, в единой системе санитарно-гигиенического воспитания населения;
- производство и закупку современных средств контрацепции;
- внедрение системы подготовки специалистов по планированию семьи и проведение специальных научных исследований в этой области.

### **Профилактика абортов в России**

Аборт в РФ продолжает сохранять ведущее место в регуляции рождаемости, обуславливает нарушения репродуктивного здоровья женщин, в ряде случаев приводит к летальному исходу и наносит по оценке специалистов экономический ущерб, составляющий не менее 50% от общего бюджета здравоохранения, остается большой медико-социальной проблемой. Недаром распространенность и динамика абортов — это один из немногих показателей, по которым оценивается как в целом состояние здоровья населения, так и отношение государства к проблемам материнства и детства.

Правовые основы по сохранению репродуктивного здоровья граждан РФ определены Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (от 22 июля 1993 г.). Раздел VII данного документа посвящен медицинской деятельности по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека (статьи 35, 36, 37). Ниже приведена статья 36, касающаяся искусственного прерывания беременности.

#### **Статья 36. Искусственное прерывание беременности**

Каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 нед, по социальным показаниям — при сроке беременности до 22 нед, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины — независимо от срока беременности. Искусственное прерывание беременности проводится в рамках программ обязательного медицинского страхования в учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности, врачами, имеющими специальную подготовку. Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется Министерством здравоохранения Российской Федерации, а перечень социальных показаний — положением, утвержденным Правительством Российской Федерации. Незаконное проведение искусственного прерывания беременности влечет за собой уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

#### **Аборт - социальные показания**

Правительством РФ в Постановлении № 485 от 11.08.03 г. утверждены следующие социальные показания для прерывания беременности.

1. Наличие решения суда о лишении или ограничении родительских прав.
2. Беременность в результате изнасилования.
3. Пребывание женщины в местах лишения свободы.
4. Наличие инвалидности I—II группы у мужа или смерть мужа во время беременности женщины.

Перечень социальных показаний для искусственного прерывания беременности был утвержден Постановлением Правительства Российской Федерации № 567 от 08.05.96 г. Организационные аспекты искусственного прерывания беременности регламентированы приказами Минздрава РФ: № 302 от 28.12.93 г. «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» и № 242 от 11.06.96 г. «О перечне социальных показаний и утверждении инструкций по искусственному прерыванию беременности». Согласно указанной инструкции, разрешается проводить искусственное прерывание беременности в амбулаторных условиях: в ранние сроки

беременности при задержке менструации до 20 дней (мини-аборт); при сроке беременности до 12 нед — в стационарах дневного пребывания, организованных на базе профильных НИИ, клинических, многопрофильных городских и областных больниц.

#### **Аборт - медицинские показания**

Искусственное прерывание беременности до 12 нед у женщин с отягощенным акушерским анамнезом (рубец на матке, внематочная беременность), с миомой матки, хроническими воспалительными процессами с частыми обострениями, аномалиями развития половых органов и другой гинекологической патологией, при наличии экстрагенитальных заболеваний, аллергических заболеваний (состояний), а также в более поздние сроки беременности производится только в условиях стационара.

Искусственное прерывание беременности во II триместре целесообразно производить в многопрофильной, хорошо оснащенной больнице. Госпитализация беременных осуществляется при наличии направления в стационар, заключения комиссии и результатов обследования.

На поступающую в стационар акушерско-гинекологического профиля женщину заполняется:

- при поступлении для планового прерывания беременности в сроке до 12 нед — «Медицинская карта прерывания беременности» (форма 003-1/у);
- в сроке до 22 нед беременности во всех остальных случаях (прерывание беременности по социальным показаниям, угроза прерывания, начавшийся аборт и т. д.) — «Медицинская карта стационарного больного» (форма 003/у);
- в сроке 22 нед и более — «История родов» (форма 096/у) при поступлении женщины в акушерский стационар или «Медицинская карта стационарного больного» (форма 003/у) при поступлении в гинекологический стационар.

Сведения о прерывании беременности ранних сроков, проведенных в амбулаторных условиях, заносятся в «Медицинскую карту амбулаторного больного» (форма 025/у-87) и «Журнал записей амбулаторных операций» (форма 069/у).

Проведение искусственного прерывания беременности регламентировано методическими рекомендациями и должно осуществляться с обязательным эффективным обезболиванием.

#### **Криминальные аборты**

На протяжении последних 18 лет уделялось большое внимание снижению числа криминальных абортов. Ряд организационных мер были решены приказами Минздрава СССР. Приказом № 234 от 16.03.82 г. расширен перечень медицинских показаний для прерывания беременности.

Впервые в него включены физиологические состояния

— физиологической незрелости организма женщины — возраст 16 лет и менее, а также — состояния угасания репродуктивной функции — возраст 45 лет и более.

- Этим же приказом из противопоказаний исключен интервал в 6 мес между абортами;

- было разрешено обследование и прерывание беременности не по месту жительства женщины.

Приказом № 757 от 05.06.87 г. в женских консультациях и гинекологических больницах (отделениях) разрешено искусственное прерывание беременности ранних сроков методом вакуум-аспирации.

Приказом № 1342 от 31.12.87 г. впервые было регламентировано прерывание беременности по немедицинским (социальным) показаниям. Этим же приказом внесено изменение в пункт 1 раздела «Физиологические состояния» медицинских показаний: «Состояние физиологической незрелости организма женщины — несовершеннолетие». Реализация этих приказов позволила снизить число внебольничных абортов в РФ (табл. 2.1). Реализация этих приказов позволила снизить число внебольничных абортов в РФ в 1989 г. по сравнению с 1981 г. на 34%, число женщин, умерших от всех абортов на 21,1%,

а умерших от аборт, начатых и начавшихся вне лечебного учреждения — на 46%. В 1997 г. по сравнению с 1993 г. отмечается снижение числа зарегистрированных криминальных аборт с 7,8 тыс. до 4,8 тыс.

Снижение общего числа криминальных аборт можно объяснить широким внедрением мини-аборт, обеспечением современными контрацептивными средствами, в том числе бесплатными, для женщин групп риска, увеличением числа социальных показаний для прерывания беременности и расширением объема амбулаторной помощи.

Некоторый рост числа аборт по медицинским показаниям в 1996—1997 гг. определяется ухудшением состояния здоровья женщин. Как отмечено на заседании Комиссии по вопросам женщин, семьи и демографии при Президенте Российской Федерации 23.06.97 г., нынешняя демографическая ситуация характеризуется резким снижением рождаемости, сокращением коэффициента фертильности и воспроизводства населения за счет увеличения заболеваемости, сохранения высоких показателей материнской и младенческой смертности. Согласно результатам исследований, только 12% беременных можно отнести к практически здоровым и только 30% новорожденных рождаются здоровыми.

### **Наиболее распространенные медицинские показания прерывания беременности**

Анализ первичной медицинской документации 167 женщин, прервавших беременность по медицинским показаниям, выявил следующее. Среди показаний для прерывания беременности со стороны матери отмечались: психические расстройства—в 31,1% случаев, соматические заболевания (стенокардия напряжения, хроническая ишемическая болезнь сердца, врожденный порок сердца, рассеянный склероз, системные заболевания соединительной ткани, болезни почек и др.) — в 11,2%. Контакт с больными краснухой в ранние сроки беременности и заболевание краснухой во время беременности послужили показаниями в 9,3% случаев, состояние физиологической незрелости — в 31,1%, угасание репродуктивной функции — в 5,7% случаев.

Прерывание по поводу осложнений беременности произведено у 2 женщин, у одной из них — в связи с преэклампсией.

У каждой десятой женщины беременность была прервана по показаниям со стороны плода (аномалия развития, генетический риск рождения больного ребенка). Данный факт объясняется как улучшением диагностики состояния внутриутробного плода при использовании современных технологий, так и ростом врожденных и наследственных заболеваний в последние годы.

### **При изучении репродуктивного поведения особое место занимают подростки.**

Предупреждение беременности у них является сложной медико-социальной проблемой, требующей пристального внимания с учетом особенностей сексуального поведения в современных условиях и значительным ростом числа заболеваний, передаваемых половым путем.

### **Средний возраст начала половой жизни в РФ**

По данным литературы, средний возраст начала половой жизни подростков 16 лет, родов — 16—17 лет. Число сексуально активных подростков женского пола составило 27%, среди юношей — 32%, причем почти половина из них (43,8%) имели регулярные сексуальные контакты, 36,6% — спорадические. Исходы наступивших беременностей у подростков неблагоприятны: аборт завершается 75%, в том числе при сроке беременности 22—27 нед, родами — 25%.

Аборты среди подростков В РФ в 2003 г. у девочек до 14 лет произведено 1206 аборт; в возрасте 15—19 лет —171765, причем первая беременность была у 95,5% девочек первой группы и у 52,9% — второй. Более чем в 60% беременность у подростков наступает случайно, так как каждая четвертая сексуально активная девушка не имеет постоянного партнера. Более 50% подростков мужского пола города и 60% села имеют по несколько партнеров. Соотношение родов и аборт у данного контингента девушек 1:5.

В то же время известно, что прерывание беременности так же, как и роды, в подростковом возрасте связано со значительным риском для их здоровья, является психологической травмой.

В результате исследований выявлена прямая зависимость частоты вредных привычек от сексуальной активности подростков, что необходимо учитывать при работе с этим контингентом.

Нерешенным вопросом в проблеме аборт у подростков является плохая их информированность по вопросам контрацепции и последствиям случайных связей. Необходимую информацию они зачастую получают из средств массовой информации, от друзей и знакомых, а не от медицинских работников.

### **Осложнения после абортов**

Несмотря на четкую регламентацию показаний и условий производства аборта, пока не достигнуты желаемые результаты по снижению ближайших и отдаленных его осложнений. Осложнения абортов отмечаются у каждой третьей женщины, причем у первобеременных они встречаются в три раза чаще. Из числа осложнений, наблюдаемых во время прерывания беременности (3,24—4%), отмечаются гипотонические кровотечения (1,5%), повреждения шейки матки (0,3—2,2%), перфорации матки (0,13—0,7%).

Участились ятрогенные осложнения, связанные с анестезией (передозировкой препаратов и др.), сосудистой эмболией, аллергической реакцией, повреждением органов, гемо-трансфузией.

Частота перфораций матки повышалась в 5 раз и более при производстве аборта малоопытными специалистами, особенно при прерывании беременности большого срока. Риск перфорации возрастает в 1,4 раза на каждые 2 нед последующего увеличения срока беременности. Частота перфораций матки увеличивалась в 3 раза при аборте у нерожавших женщин.

### **Кровотечения после абортов**

Одним из тяжелых осложнений является кровотечение. Оно чаще наблюдалось при прерывании беременности во II триместре, при внебольничных вмешательствах. Массивные кровотечения, как правило, завершаются хирургическим лечением, приводящим иногда к инвалидизации.

Критические состояния определяются токсико-септическими осложнениями и «послешоковыми» кровопотерями с нарушением гемостаза.

Перечисленные осложнения имеют место и при прерывании беременности по медицинским и социальным показаниям, они бывают обусловлены техническими трудностями, длительностью процесса прерывания беременности (выкидыша), наличием сопутствующих тяжелых заболеваний, иммунодефицитным состоянием, сопровождающим гестационный процесс и нарушающим адаптацию к беременности.

Осложнения после аборта определяют высокую частоту расстройств менструальной и детородной функций. По сообщениям отечественных авторов, основными отдаленными осложнениями являются бесплодие, невынашивание беременности, воспалительные процессы гениталий, эндокринные нарушения, эндометриоз.

Отсроченные осложнения составляют от 16 до 52%. Установлено, что в течение только одного года после аборта у 5—7% женщин развиваются воспалительные заболевания, в течение 4—5 лет до 40% имеют нарушения менструальной функции и процессов репродукции.

### **Аборт и материнская смертность**

Аборт, являясь серьезной социальной проблемой, занимает ведущее место в структуре материнской смертности. В среднем по России аборты составляют 1/3 среди причин материнских потерь. В отдельных регионах этот показатель достигает 50—60%. По результатам исследования О. В. Мананниковой (1997), материнская смертность в

сроки до 28 нед беременности определяется экстрагенитальными заболеваниями и акушерскими осложнениями, в том числе и ятрогенными (до 50—70%).

Экспертный анализ случаев материнской смерти от абортс показал, что наибольший удельный вес среди них занимают внебольничные и криминальные аборты.

Анализ летальных исходов свидетельствует, что подавляющее число женщин умерли от сепсиса и так называемого послешокового кровотечения.

**Совершенствование работы по предупреждению нежелательной беременности — в этом суть проблемы по профилактике абортов.**

Состояние проблемы абортов в стране во многом определяется распространенностью современных эффективных контрацептивов. За последние пять лет число женщин, использующих ВМС и ОК, увеличилось на 1,1 млн., количество операций хирургической стерилизации — на 6,3 тыс.

Определяется четкая тенденция к снижению показателя числа абортов на 1000 женщин фертильного возраста со 100,3 в 1991 г. до 40,6 в 2004 г. и к увеличению числа женщин, использующих оральные контрацептивы. Практически каждая четвертая женщина (24,6%) использует современные контрацептивы.

Стерилизация как метод контрацепции

Отмечен рост числа операций стерилизации женщин с целью профилактики нежелательной беременности. В РФ с 1993 г. разрешено использовать медицинскую стерилизацию как метод контрацепции. Ранее эту операцию выполняли только по медицинским показаниям. В 1993 г. в РФ выполнено 11,0 тыс. подобных операций, в 2004 г. число их возросло до 18,0 тыс. В настоящее время Медицинская стерилизация граждан регламентирована Статьей 37 Раздела VII («Медицинская деятельность по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека») Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Статья 37. Медицинская стерилизация.

Медицинская стерилизация как специальное вмешательство с целью лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и согласия гражданина — независимо от возраста и наличия детей. Перечень медицинских показаний для медицинской стерилизации определяется Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Медицинская стерилизация проводится в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, получивших лицензию на указанный вид деятельности. Незаконное проведение медицинской стерилизации влечет за собой уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации. Приказом Минздрава РФ № 303 от 28.12.93 г. «О применении медицинской стерилизации граждан» утверждены инструкции: «О порядке разрешения операции медицинской стерилизации граждан»; «По применению методов медицинской стерилизации женщин»; «По применению медицинской стерилизации мужчин» и «Перечень медицинских показаний для проведения медицинской стерилизации женщин», определяющие организационные аспекты и технологии стерилизации женщин и мужчин.

Имеется положительный опыт ряда стран (Великобритания, Нидерланды, Швейцария) по использованию стерилизации как метода контрацепции. Эту операцию предпочитают в основном супруги в возрасте после 40 лет и при наличии 3 детей и более.

В развитых странах мира из средств предупреждения беременности наибольший удельный вес (более 20%) имеют гормональные. Установлено, что реально влиять на распространенность абортов и на показатели материнской и младенческой заболеваемости и смертности может охват эффективной контрацепцией не менее 40—45% женщин фертильного возраста.



При подборе способа контрацепции и последующем наблюдении женщин учитываются многие критерии: приемлемость, эффективность, безопасность и побочные эффекты, а также обратимость, стоимость и другие критерии как социального, так и личного характера.

Важным разделом этой работы является этапное консультирование.

Нежелательная беременность - группа риска

К группе риска по возникновению нежелательной беременности и аборта относятся женщины после родов. Для оценки состояния контрацепции после родов проведен опрос врачей, работающих в учреждениях родовспоможения, и женщин после родов. Опрос врачей показал, что 98% из них считали проблему контрацепции после родов нерешенной, 83% не имели достаточных знаний об использовании ОК у кормящих матерей; негативное отношение к стерилизации женщин после родов высказала половина специалистов, положительно ее оценили 39% врачей женской консультации и 52% — родильного дома. Никто не указал в качестве альтернативы стерилизацию мужчин.

Трудности в работе по вопросам контрацепции объяснялись редким обращением женщин после родов в женскую консультацию в связи с уходом за грудным ребенком (63% опрошенных), высокой стоимостью контрацептивов (22%). Большая часть врачей считают, что эта работа должна проводиться как в женской консультации, так и в родильном доме.

### **Профилактика абортс среди подростков**

Данные литературы, официальной статистики, результатов научных исследований, опыта работы практического здравоохранения позволили определить пути дальнейшего снижения частоты абортс, осложнений и летальности при них и сохранения репродуктивного здоровья женщин:

- воспитание подростков в условиях возрождения семейных ценностей и нравственных устоев;
- расширение процесса информированности населения по предупреждению нежелательной беременности;
- поддержка ответственных добровольных решений о деторождении, методах регуляции фертильности по личному выбору;
- содействие в вопросах образованности и выбора средств и методов контрацепции; углубление программы по информации, образованию и консультированию в поддержку ответственного материнства и отцовства и охраны репродуктивного здоровья;
- широкое внедрение эффективных средств и методов контрацепции для профилактики абортс;
- особенно среди женщин групп риска:
- подростки, женщины после абортс и родов;
- повсеместная доступность квалифицированной медицинской помощи женщинам, вынужденным прибегать к прерыванию беременности; соблюдение условий выполнения медицинского абортс с привлечением квалифицированного персонала и обязательным обезболиванием;
- более широкое использование вакуум-аспирации в целях прерывания беременности ранних сроков;
- внедрение в практику консервативных (фармакологических) методов прерывания беременности в ранние сроки;
- использование консервативных методов в случаях прерывания беременности у нерожавших женщин и в поздние сроки по медицинским и социальным показаниям;
- снижение частоты криминальных абортс путем повышения информированности о законодательных актах и регламентирующих

документах по искусственному прерыванию беременности в средствах массовой информации, методических материалах и специальной литературы для населения;

- прерывание беременности в поздние сроки и лечение женщин с серьезными осложнениями аборт в многопрофильных стационарах, располагающих всеми возможностями для оказания квалифицированной ургентной помощи в полном объеме с использованием современных технологий, с целью снижения материнской смертности от абортов;
- динамическое наблюдение женщин после прерывания беременности.

На современном этапе наряду с расширением мероприятий по профилактике абортов путем внедрения эффективных средств контрацепции особенно актуальной становится проблема безопасного аборта, который еще долго будет оставаться одним из методов прекращения нежелательной беременности.

Профилактика абортов и их осложнений — важная медико-социальная проблема, решить которую возможно только совместными усилиями государственных органов, медицинских и социальных служб, общественных организаций и самого населения.

### **Вопросы для закрепления изученного материала:**

1. Расскажите классификацию воспалительных заболеваний женских половых органов?
2. Расскажите о факторах, способствующих развитию воспалительных заболеваний ЖПО?
3. Перечислите виды нейроэндокринных нарушений?
4. Расскажите о внешних параметрах нормального менструального цикла?
5. Перечислите причины нарушения менструальной функции?
6. Бесплодие - это ...?
7. Перечислите факторы, влияющие на бесплодие?
8. Какие виды вспомогательных репродуктивных технологий Вы знаете?

### **Рекомендуемая литература:**

1. Дзигуа М.В., Луныкина Е.А. Сестринское дело в Акушерстве и гинекологии: Учебное пособие.-М.: АНМИ, 2005г. с. 340-462.
2. Крылова Е.П. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Серия «Медицина для Вас». – Ростов н\Д: «Феникс», 2001., с.57-77, 235-260, 275 – 277.
3. Линева О.И., Двойников С.И., Гаврилова Т.А. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Руководство для студентов факультетов ВСО мед.вузов, студентов мед. колледжей и училищ. – Самара: Издательство ГП «Перспектива», 2000., с. 119-160, 231-235, 242-256.
4. Лысак Л.А. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии: учеб.пособие \ Л.А. Лысак. – Изд. 3-е, перераб. – Ростов н\Д, Феникс, 2013. – (Медицина), с. 21-32, 101-114, 218-265.