

Министерство здравоохранения Республики Башкортостан  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН  
«БИРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ КОЛЛЕДЖ»  
(ГАПОУ РБ «БИРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ КОЛЛЕДЖ»)

ДОПУСКАЕТСЯ К ЗАЩИТЕ  
Зам. директора по УР  
\_\_\_\_\_ С.В. Трухина  
«29» \_\_\_\_\_ 2023г.

ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

РОЛЬ АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ, ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ  
БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН

Исполнитель:

Студентка Белянская Валерия Алексеевна

Специальность 31.02.02 Акушерское дело

Группа \_\_\_\_\_ 409 АК КОМ

Форма обучения \_\_\_\_\_

Руководитель ДР,

должность, ученая степень,

ученые звания

\_\_\_\_\_ И.В.Яхина

Работодатель (социальный партнер):

Наименование организации

должность

\_\_\_\_\_ ГБУЗ РБ Бирская ЦРБ

Бирск 2023 г.

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
Глава 1. Общие положения женского бесплодия	5
1.1 Женское бесплодие	5
1.2 Патогенез женского бесплодия	9
1.3 Классификация женского бесплодия	11
1.4 Диагностика женского бесплодия	12
1.5 Виды профилактики женского бесплодия	17
1.6 Формы и методы медицинской профилактики населения	20
1.7 Профилактика заболеваний, приводящих к бесплодию	21
Глава 2. Роль акушерки в профилактике, диагностике и лечении бесплодия у женщин	22
2.1 Общая характеристика медицинского учреждения	22
2.2 Результаты исследования	24
2.3 Выявление уровня информированности населения о причинах, приводящих к женскому бесплодию	30
2.4 Роль акушерки в диагностике и профилактике женского бесплодия	36
2.5 Рекомендации для акушерок по профилактике женского бесплодия	38
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	40
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	42
ПРИЛОЖЕНИЕ А	
ПРИЛОЖЕНИЕ Б	
ПРИЛОЖЕНИЕ В	
ПРИЛОЖЕНИЕ Г	

## ВВЕДЕНИЕ

В последнее время всё больше и больше супружеских пар сталкиваются с проблемой бесплодия. Причем бесплодными оказываются и женщины, и мужчины почти в равной степени. Заболевание бесплодия из-за высокой распространенности и тяжелых последствий для состояния здоровья населения представляют собой важнейшую медицинскую и социальную проблему. С каждым годом эта проблема становится актуальнее, т.к. возрастает количество случаев заболевания.

В условиях демографического кризиса в стране возрастают требования к профессионализму медицинского персонала и уровню его ответственности. В то же время деятельность акушерки явно недооценивается обществом, как в материальном, так и в моральном плане.

Роль акушерки как специалиста, имеющего дело с интимной стороной жизни женщины, требует эмоциональной сдержанности, тактичности, чуткого и внимательного отношения к пациентке. Она должна обладать такими свойствами души, как выдержка, терпение, способность к состраданию.

В дипломной работе я изучила причины бесплодия, роли социальных работников в профилактике бесплодия, составила план ухода за пациентом.

Актуальность: бесплодие является как медицинской, так и социальной проблемой. Важность ее обусловлена, в первую очередь, отрицательным естественным приростом населения в России. При частоте, превышающей 15%, бесплодие – один из важных факторов, определяющих демографическую ситуацию.

Цель: выявить роль акушерки в профилактике, диагностике и лечении бесплодия у женщин.

Задачи:

- рассмотреть определение болезни и симптомы женского бесплодия;

- рассмотреть патогенез женского бесплодия;
- рассмотреть особенности диагностики и профилактики женского бесплодия;
- провести анкетирование среди пациенток, а также среди акушерок;
- разработать рекомендации для акушерок по профилактики женского бесплодия.

Объект исследования: женское бесплодие

Предмет исследования: профилактика и диагностика бесплодия

База исследования: ГБУЗ РБ Бирская ЦРБ

- Методы обследования:
- Анализ научной литературы
- Социологический
- Научные публикации по данной теме

## **Глава 1. Общие положения женского бесплодия**

### **1.1 Женское бесплодие**

Бесплодие (лат. - Sterilitas) - это неспособность человека детородного возраста воспроизводить детей. Женщина, которая не смогла забеременеть в течение года регулярной половой жизни без применения контрацептивов, считается бесплодной.

Бесплодие бывает как женским, так и мужским. Мужской фактор составляет около 40-60%. Следовательно, диагноз бесплодия у женщины может быть поставлен только после того, как оно было исключено исследованием у мужчины.

Бесплодие у женщин составляет около 50% от общего числа бесплодных браков. Женское бесплодие, в отличие от других видов, является особенно сложным процессом, поскольку именно женский организм отвечает за формирование плода .

Бесплодие - это гинекологическое заболевание, которое проявляется потерей способности женской репродуктивной системы воспроизводить здоровые яйцеклетки, которые могут быть оплодотворены мужской спермой, то есть потерей зачатия и репродуктивной функции или патологией матки по отторжению оплодотворенной яйцеклетки. [1]

#### *Этиология женского бесплодия*

Причины бесплодия социально обусловлены, они являются следствием аборт, гинекологических заболеваний, передающихся половым путем, а также неблагополучных родов.

Аборт (от лат. Abortus – «выкидыш») - искусственное прерывание беременности. Ежегодно во всем мире проводится от 36 до 53 миллионов аборт, то есть около 4% женщин детородного возраста ежегодно подвергаются этой операции. Аборт является причиной вторичного бесплодия в 41% случаев. В России аборты остаются способом регулирования рождаемости.

Из-за абортов частота самопроизвольных выкидышей увеличивается в 810 раз. Около 60% первороденных в возрасте старше 30 лет страдают от выкидышей, вызванных первыми абортами. Аналогичным образом, бесплодие может быть вызвано тем фактом, что яичники женщины в возрасте 36 лет снижают воспроизводимость яйцеклеток.

У женщин бесплодие могут вызвать: постоянное нервное напряжение, психосоматические расстройства, нарушения обмена веществ, авитаминоз, неправильное питание и другие.

Заболевания репродуктивной системы и экстрагенитальная патология также могут быть предпосылкой женского бесплодия.

Резистентность к инсулину является одной из наиболее распространенных причин женского бесплодия. Это происходит из-за того, что нарушается обмен веществ в организме женщины, в результате чего уровень инсулина превышает нормальные значения. Из-за этого мужские гормоны начинают вырабатываться в женском организме в больших количествах, что приводит к гормональному дисбалансу.

Причиной эндокринного бесплодия являются нарушения работы половых желез, щитовидной железы, гиперплазия надпочечников со вторичным поражением яичников, опухоли гипоталамо-гипофизарной области, черепно-мозговые травмы и травмы грудной клетки .

Иммунологическое бесплодие может быть связано с тем, что при контакте женского организма со сперматозоидами вырабатываются антитела к чужеродному организму. Также проблемой может быть большое количество лейкоцитов, которые находятся в эякуляте мужчины.

Причинами трубно-перитонеального бесплодия являются:

1. врожденные аномалии;
2. хроническое воспаление яичников и фаллопиевых труб;
3. наличие полипов в слизистой оболочке маточных труб;
4. операции в брюшной полости или на половых органах;
5. Венерические заболевания;

6. Аборты;
7. осложнения после родов.

Возможные причины маточного бесплодия:

1. пороки развития матки;
2. Полипы;
3. Синехии;
4. хронический эндометрит;
5. Венерические заболевания и т.д.

К экстрагенитальным факторам относятся: заболевания кишечника, почек, печени, ожирение, диабет, заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания щитовидной железы, нервно-мышечные заболевания и др.

Существенными предпосылками для возникновения идиопатического варианта бесплодия чаще всего являются:

1. страхи, связанные с беременностью и материнством;
2. постоянный контроль физиологических процессов, связанных с всегда отрицательными тестами на беременность;
3. физические или психоэмоциональные стрессы, связанные с длительной усталостью, нервной обстановкой на работе или дома, в результате которых женщина постоянно находится в состоянии хронического стресса;
4. невозможность зачатия и/или рождения ребенка;
5. навязчивое желание забеременеть;
6. страх перед беременностью и (или) послеродовыми осложнениями и т.д.

Женское бесплодие часто возникает из-за воспалительных заболеваний придатков и полового недоразвития. По этой причине сперматозоид с яйцеклеткой не может попасть в фаллопиеву трубу, так как ампула или части матки герметичны, поскольку ранее были перенесены воспалительные заболевания органов малого таза.

Определенное место в женском бесплодии занимают новообразования тела матки, эндоцервицит, эрозия шейки матки, снижающие возможность зачатия. Если менструальная функция нарушается при ановуляторных циклах, яйцеклетка не созревает, что, в свою очередь, приводит к невозможности беременности.

Причиной бесплодия также является наличие различных врожденных пороков развития половых органов женщины, например: отсутствие яичников, двойная или раздвоенная матка, гипоплазия фаллопиевых труб, матки или яичников и т.д. При всем этом беременность может не наступить у некоторых пар из-за биологической несовместимости.

Около половины женщин, страдающих бесплодием, имеют сочетание двух или более факторов, которые приводят к нарушению репродуктивной функции [2].

#### *Симптомы женского бесплодия*

Основной признак бесплодия у женщин — это отсутствие беременности при регулярной половой жизни без применения методов контрацепции. Также бесплодие проявляется симптомами тех заболеваний, из-за которых беременность не наступает.

При воспалительных заболеваниях и инфекционных процессах:

1. неприятные выделения из половых путей;
2. боли в животе;
3. зуд и дискомфорт в наружных половых органах;
4. повышение температуры тела.

При миоме матки и эндометриозе:

1. боли внизу живота и при половых актах;
2. обильные менструации;
3. нарушения менструального цикла — менструации продолжительностью более 7 дней и чаще, чем через 21 день;

При гормональной дисфункции и заболеваниях органов, вырабатывающих гормоны:

1. нарушения менструального цикла;
2. перерывы между менструациями более 35 дней или отсутствие менструаций.

## **1.2 Патогенез женского бесплодия**

Женское бесплодие возникает в результате заболеваний репродуктивной системы, при которых нарушаются следующие процессы:

1. Созревание яйцеклетки;
2. Оплодотворение яйцеклетки;
3. Имплантация оплодотворённой яйцеклетки;
4. Развитие плодного яйца и дальнейшее вынашивание беременности.

При половом акте миллионы сперматозоидов, содержащиеся в сперме мужчины, попадают во влагалище женщины. Недостаточное количество здоровых сперматозоидов или их отсутствие препятствует возникновению беременности и называется мужским фактором бесплодия. Через два часа после полового акта большинство сперматозоидов погибает во влагалище. Только самые «сильные и здоровые» сперматозоиды проникают через шейку матки в матку. Бесплодие может возникнуть, если сперматозоиды не могут преодолеть цервикальный канал (шеечный фактор бесплодия). [3]

Причины непроходимости цервикального канала:

- 1) полип шейки матки — это опухолевидное образование, растущее из стенки цервикального канала в его просвет, имеющее ножку или широкое основание;
- 2) рубцовая деформация шейки матки, появляющиеся, в основном после родов или хирургических вмешательств на органах половой системы;
- 3) аномальное положение матки (резкий загиб кзади или кпереди);
- 4) иммунологические причины (сперматозоиды теряют подвижность в слизи канала).

Из матки сперматозоиды проникают в маточные (фаллопиевы) трубы. Непроходимость маточных труб определяет трубный фактор бесплодия. Основная причина непроходимости маточных труб - спаечный процесс после перенесённых воспалительных заболеваний.

Сперматозоиды стремятся оплодотворить созревшую яйцеклетку, которая выходит из доминантного фолликула в одном из яичников. Нарушение овуляции и отсутствие созревшей яйцеклетки называется ановуляцией. Это состояние является причиной эндокринного бесплодия. [4]

Причины отсутствия овуляции:

1. нарушение работы органов, вырабатывающих гормоны (гипофиза, гипоталамуса, яичников, щитовидной железы, надпочечников);
2. преждевременное истощение (старение) яичников — отсутствие примордиальных фолликулов (мелких фолликулов, находящихся в начальной стадии своего развития), из которых созревает яйцеклетка .

Оплодотворение яйцеклетки происходит в просвете маточной трубы. Далее оплодотворённая яйцеклетка движется по маточной трубе в сторону матки. При непроходимости маточных труб перемещение яйцеклетки к матке затруднено или становится невозможным.

После того как произойдёт овуляция, яичники начинают вырабатывать прогестерон. Под действием гормона утолщается внутренняя слизистая оболочка тела матки (эндометрий), и оплодотворённая яйцеклетка полностью погружается в него. Хронические воспалительные заболевания (эндометрит, инфекции, эндометриоз, гормональная дисфункция, миома матки) и другие патологические процессы мешают продвижению яйцеклетки и её имплантации в эндометрий. Это может приводить к присоединению бластоцисты (ранняя стадия развития зародыша) к маточной трубе и развитию внематочной беременности.

К остановке развития зародыша и выкидышу может привести неправильное прикрепление яйцеклетки к эндометрию. Мутации генов в

сперматозоидах, яйцеклетке или уже в оплодотворённой яйцеклетке также могут стать причиной неразвивающейся беременности. [5]

### **1.3 Классификация женского бесплодия**

Женское бесплодие подразделяют на несколько видов:

1. первичное бесплодие - это отсутствие беременностей в анамнезе женщины;

2. вторичное бесплодие – это бесплодие у женщины, которая ранее уже рожала. Так же этот вид бесплодия относится к тем женщинам, у которых был выкидыш;

3. абсолютное бесплодие ставят тем женщинам, у которых отсутствует матка или же фаллопиевы трубы;

4. относительное бесплодие означает, что есть факторы препятствующие наступлению беременности;

5. физиологическое бесплодие у женщин возникает в допубертатный и постменопаузальный периоды, а так же в период лактации.

Подразделяют женское бесплодие на:

1. врожденное бесплодие, обусловлено наследственной и врожденной патологией;

2. приобретенное бесплодие, связано с перенесенными ранее воспалительными заболеваниями.

Классификация бесплодия по данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ):

1. эндокринное бесплодие;

2. иммунологическое бесплодие;

3. трубно-перитонеальное бесплодие;

4. маточное бесплодие;

5. экстрагенитальная форма бесплодия;

6. психосексуальное бесплодие;

7. бесплодие неясного генеза [6].

Эндокринное бесплодие – это комплекс гормональных нарушений, ведущих к отсутствию или к нерегулярности овуляций у женщин. Восстановление нарушенных функций приводит к наступлению беременности примерно в 70-80% случаев. В иных ситуациях перспективным устранением эндокринного бесплодия считается метод экстракорпорального оплодотворения.

Иммунологическое бесплодие – это отсутствие способности к зачатию у женщин, не имеющих физиологических отклонений в репродуктивной системе. Следствием заболевания является непереносимость собственных или партнерских биологических жидкостей, их компонентов и состоит в уничтожении чужеродных тел – сперматозоидов иммунной системой.

Трубно-перитонеальное бесплодие является последствием спаечных процессов вызванных воспалительными заболеваниями, хирургическими вмешательствами в брюшной полости и на половых органах.

Маточное бесплодие – это отсутствие беременности у женщины детородного возраста по причине имеющихся патологий матки.

Экстрагенитальная форма бесплодия – это соматические заболевания, которые могут собственно оказывать влияние на генеративную функцию или косвенно через развивающиеся гормональные нарушения.

Ключевой особенностью психогенного бесплодия является отсутствие видимых причин, препятствующих зачатию. В группе риска женщины 30-35 лет сосредоточенные на построении карьеры, а также женщины, эмоционально зависящие от своего окружения.

Бесплодие неясного генеза может объясняться рядом негативных факторов, не связанных с фертильностью и наличием пока неизвестных науке конкретных причин. [7]

#### **1.4 Диагностика женского бесплодия**

Чтобы определить уровень фертильности практически любой пары, достаточно 12 месяцев, при условии, что эта пара ведет регулярную половую

жизнь. Согласно статистике, беременность наступает в первые 3 месяца систематических незащищенных половых актов у 30% пар, в течение 6 месяцев у 60% и в течение года у 10%. Если беременность не наступила в течение года, вам следует обратиться к врачу.

Наиболее правильным решением проблемы бесплодия является комплексное обследование, поскольку оно позволяет определить, есть ли причина, препятствующая зачатию ребенка, или нет. Чтобы исключить возможные риски осложнений во время беременности, беременности и родов, необходимо обратиться к специалисту на этапе планирования беременности.

Диагностика и лечение женского бесплодия проводится в клиниках вспомогательных репродуктивных технологий, в женских консультациях и гинекологических стационарах.

В начале обследования на бесплодие очень важна консультация гинеколога. Это позволяет оценить проблемы в целом и выявить возможные причины бесплодия [8].

Обследование женщины начинается с тщательного сбора анамнеза. Первое собеседование с пациентом проводится в соответствии с рекомендациями ВОЗ. В то же время врач должен уточнить следующие моменты:

1. как долго длится бесплодие;
2. сколько беременностей и родов было в прошлом и каков был их результат;
3. осложнения после абортов и родов;
4. какие методы контрацепции я использовала и как долго;
5. были ли нарушения сексуальной функции, такие как контактные выделения из крови, диспареуния;
6. были ли в анамнезе инфекции органов малого таза и заболевания, передающиеся половым путем;

7. какие заболевания шейки матки были диагностированы и какая терапия была назначена;

8. есть ли какие-либо хронические заболевания;

9. были ли какие-либо операции, связанные с риском развития процесса склеивания;

10. какие лекарства она принимала или принимает.

Затем проводится медицинский осмотр - это метод диагностики, который включает в себя общий осмотр, который позволяет выявить любые патологии половых органов.

Гинекологический осмотр проводится в кресле с помощью гинекологических зеркал. Во время обследования врач оценит состояние и степень развития наружных и внутренних половых органов, тип волос на лобке, появление выделений и их характер. Отклонение в строении половых органов может быть симптомом врожденных патологий репродуктивной системы. Что касается гормональных проблем, то на это может указывать выпадение волос по мужскому типу [9].

Обследование на бесплодие обязательно включает функциональные пробы, которые позволяют получить информацию об уровне женских гормонов, типе овуляции и наличии антиспермальных теллец.

Функциональные диагностические тесты включают:

1. цервикальный индекс - это исследование, которое отражает качество цервикальной слизи шейки матки и оценивает уровень насыщения женского организма эстрогенами.;

2. ежедневное измерение базальной температуры тела в заднем проходе. В результате полученных данных строится кривая, подтверждающая наличие или отсутствие овуляции, активность яичников.

3. Тест Шуварского или посткоитальный тест - это исследование секрета шейки матки через несколько часов после полового контакта. Он дает понять, насколько секрет женских половых путей способствует проникновению сперматозоидов в полость матки. [10]

В случае женского бесплодия обследование на инфекционное заболевание проводится в соответствии с Постановлением Министерства здравоохранения Российской Федерации №572н. Он включает в себя такие меры, как:

1. взятие мазка из цервикального канала для цитологического анализа;
2. взятие мазка из цервикального канала и уретры на предмет наличия флоры;
3. сделайте мазок на предмет чистоты влагалища.;
4. анализ полимеразной цепной реакции на 12 инфекций Для этой цели берется мазок из цервикального канала;
5. Анализы крови на ВИЧ, сифилис, гепатит D и C .

Аналогичным образом, для диагностики женского бесплодия показаны такие лабораторные методы исследования:

1. Обследование на содержание лютеинизирующего, фолликулостимулирующего гормонов, пролактина, эстрадиола.

Назначается при нарушениях менструальной функции;

2. Анализ на гормоны щитовидной железы, тестостерон, кортизол – уровень этих гормонов определяется в плазме крови на 5-7 день цикла. Проводится анализ, чтобы определить его влияние на фолликулярную фазу;

3. определение уровня прогестерона. Выполните этот анализ, чтобы определить наличие овуляции и работу желтого тела. Они выполняются только на 20-22 день менструального цикла;

4. Обследование на наличие антиспермальных тел. Анализ проводится путем взятия материала из шейки матки и крови из вены;

5. тестирование на инфекции, передающиеся половым путем.

Аппаратная и инструментальная диагностика женского бесплодия включает:

1. Ультразвуковое исследование щитовидной железы, молочных желез и органов малого таза с доплерометрией;
2. маммография;

3. гистеросальпингография;
4. кольпоскопия;
5. гистероскопия;
6. хромосальпингоскопия;
7. рентгенография турецкого седла и черепа;
8. диагностическое выскабливание полости матки;
9. лапароскопия.

При отсутствии эндоскопической информации диагноз бесплодия считается неподтвержденным. Все женщины с этим заболеванием проходят гистероскопию с отдельным диагностическим выскабливанием. Эта процедура проводится в первой половине менструального цикла, потому что в это время эндометрий становится тонким и не скрывает возможных причин бесплодия.

Заключительный этап диагностики часто совпадает с первым этапом лечения - лапароскопией. Лапароскопия - это эндоскопическая операция, которая проводится под местной анестезией. Во время процедуры врач тщательно осматривает органы малого таза и проводит необходимые терапевтические манипуляции.

Проводится лапароскопия:

1. женщины с регулярным менструальным циклом, потому что у многих есть заболевание, связанное с органической патологией органов малого таза.;
2. женщины с неясной причиной бесплодия;
3. женщины с бесплодием, вызванным синдромом поликистозных яичников, и неэффективным медикаментозным лечением в течение шести месяцев;
4. женщины в возрасте до 35 лет, страдающие трубно-перитонеальным бесплодием в течение 5 лет, а также с целью лечения.

В любом случае, набор диагностических тестов индивидуален для каждой женщины. Обследование довольно длительное, часто длится несколько месяцев, потому что оно связано с фазами менструального цикла.

Тщательное выявление причин заболевания позволяет выбрать оптимальную терапевтическую тактику. Одновременно с обследованием пациента отправляют на диагностику и к партнеру. Это необходимо для исключения возможности бесплодия по мужскому фактору. [11]

### 1.5 Виды профилактики женского бесплодия

Профилактика первичная (Primary prevention) - комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, общих для всего населения, отдельных региональных, социальных, возрастных, профессиональных и иных групп и индивидуумов.

*Первичная профилактика включает:*

А) Меры по снижению влияния вредных факторов на организм человека (улучшение качества атмосферного воздуха, питьевой воды, структуры и качества питания, условий труда, быта и отдыха, уровня психосоциального стресса и других, влияющих на качество жизни), проведение экологического и санитарно-гигиенического контроля.

Б) Меры по формированию здорового образа жизни, в том числе:

- создание информационно-пропагандистской системы повышения уровня знаний всех категорий населения о негативном влиянии факторов риска на здоровье, возможностях его снижения;
- обучение здоровью;
- меры по снижению распространенности курения и потребления табачных изделий, снижению потребления алкоголя, профилактика потребления наркотиков и наркотических средств;

- побуждение населения к физически активному образу жизни, занятиям физической культурой, туризмом и спортом, повышение доступности этих видов оздоровления.

В) Меры по предупреждению развития соматических и психических заболеваний и травм, в том числе профессионально обусловленных, несчастных случаев, инвалидизации и смертности от неестественных причин, дорожно-транспортного травматизма и др.

Г) Выявление в ходе проведения профилактических медицинских осмотров вредных для здоровья факторов, в том числе и поведенческого характера, для принятия мер по их устранению с целью снижения уровня действия факторов риска.

Д) Проведение иммунопрофилактики различных групп населения.

Е) Оздоровление лиц и групп населения, находящихся под воздействием неблагоприятных для здоровья факторов с применением мер медицинского и немедицинского характера.

Профилактика вторичная (secondary prevention) - комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний, ограничений жизнедеятельности, вызывающих дезадаптацию больных в обществе, снижение трудоспособности, в том числе инвалидизации и преждевременной смертности.

*Вторичная профилактика включает:*

А) Целевое санитарно-гигиеническое воспитание, в том числе индивидуальное и групповое консультирование, обучение пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием или группой заболеваний.

Б) Проведение диспансерных медицинских осмотров с целью оценки динамики состояния здоровья, развития заболеваний для определения и проведения соответствующих оздоровительных и лечебных мероприятий.

В) Проведение курсов профилактического лечения и целевого оздоровления, в том числе лечебного питания, лечебной физкультуры, медицинского массажа и иных лечебно-профилактических методик оздоровления, санаторно-курортного лечения.

Г) Проведение медико-психологической адаптации к изменению ситуации в состоянии здоровья, формирование правильного восприятия и отношения к изменившимся возможностям и потребностям организма.

Д) Проведение мероприятий государственного, экономического, медико-социального характера, направленных на снижение уровня влияния модифицируемых факторов риска, сохранение остаточной трудоспособности и возможности к адаптации в социальной среде, создание условий для оптимального обеспечения жизнедеятельности больных и инвалидов (например: производство лечебного питания, реализация архитектурно-планировочных решений и создание соответствующих условий для лиц с ограниченными возможностями и т.д.).

Профилактика третичная - реабилитация (син. восстановление здоровья) (Rehabilitation) - комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, утраченных функций с целью возможно более полного восстановления социального и профессионального статуса, предупреждения рецидивов и хронизации заболевания. [12]

#### *Ресурсное обеспечение медицинской профилактики*

Для проведения профилактической работы с населением необходимо:

А) Обеспечить первичное звено здравоохранения (врачей: участковых, семейных, а также акушерок, медсестер и др. мед. персонал):

- пособиями, руководствами по организации профилактики;
- памятками, буклетами для населения.

Б) Информационная поддержка - этоинформирование населения о существующей проблеме здоровья населения и способах ее разрешения. Информационная поддержка может осуществляться в следующих формах:

- использование средств массовой информации (радио, телевидение, местная пресса);
- наглядная агитация (листочки в общественных зданиях, сан. бюл в ЛПУ);
- беседы, лекции в ЛПУ и на предприятиях;
- устное информирование медработниками обратившихся пациентов, знакомых, родственников).

## **1.6 Формы и методы медицинской профилактики населения**

В зависимости от того, с кем проводится профилактическая работа, каковы её конкретные цели, используются разнообразные формы и методы индивидуального, группового и массового обучения. К их числу относятся:

- беседы;
- лекции;
- «школы здоровья»;
- радио- и телевизионные передачи;
- видеофильмы, магнитофонные записи, компьютерные обучающие системы;
- наглядная пропаганда (экспозиции, выставки, санбюллетени, плакаты и т.д.);
- научно-популярные публикации (брошюры, памятки, буклеты) и др.;
- конференции, семинары, «круглые столы»;
- проведение социологических исследований в виде анкетирования населения.

Время ставит перед всеми нами новые сложные задачи, решение которых возможно только на основе современных технологий, в том числе информационных. Наряду с использованием эффективных классических инструментов (наружная и печатная реклама, радио и телевидение)

необходимо активно осваивать и Интернет, другие современные направления информационного воздействия. Именно такой подход даёт возможность достичь эффекта синергии (динамичный рост за счёт слияния усилий) и достижения результата профилактической работы, соответствующего запросам настоящего периода и ближайшей перспективы.

Не все методы работы с населением одинаково эффективны. Например, наиболее быстрый способ предоставления необходимой информации неограниченному числу слушателей - радиолекция, даёт только 5% усвоения. Самостоятельное чтение - 10% усвоения, аудиовизуальные средства - 20%, а использование наглядных пособий - 30%. Использование всех этих методов совместно позволяет запоминать и усваивать информацию всеми каналами восприятия, поэтому является более эффективным.

### **1.7 Профилактика заболеваний, приводящих к бесплодию**

Как уже упоминалось выше, женское бесплодие не является болезнью, но соблюдение ряда правил во многих случаях поможет избежать ситуаций, при которых зачатие становится невозможным. К профилактике женского бесплодия относится ведение здорового образа жизни, упорядоченная половая жизнь, использование контрацептивов, своевременное лечение урогенитальных инфекций и воспалений органов малого таза. Очень важно регулярно посещать гинеколога, ведь болезнь гораздо легче предупредить или лечить тогда, когда она ещё не перешла в тяжелую форму.

Последние десятилетия характеризуются значительными достижениями в области диагностики и лечения различных форм бесплодия. К таким научным достижениям относятся:

- расшифровка механизмов регуляции и контроля менструального цикла женщины;
- внедрение в клиническую практику эндоскопических методов диагностики и лечения различных форм женского бесплодия;

- разработка и внедрение в клиническую практику методов экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) [6].

Важнейшей составной частью всех профилактических мероприятий является формирование у населения медико-социальной активности и установок на здоровый образ жизни . [13]

## **Глава 2. Роль акушерки в профилактике, диагностике и лечении бесплодия у женщин**

### **2.1 Общая характеристика медицинского учреждения**

ГБУЗ РБ Бирская ЦРБ - одно из ведущих специализированных медицинских учреждений Башкортостана, оказывающее все виды специализированной, высокотехнологичной медицинской стационарной помощи в области акушерства, гинекологии, неонатологии, а так же осуществляющее амбулаторную, консультативно-диагностическую, консультативно-дистанционную помощь женщинам и новорожденным детям.

Бирская ЦРБ является организационно-методическим центром лечебно-профилактических учреждений районов и городов Республики Башкортостан. Он имеет три основных профиля - хирургический, терапевтический, гинекологический и консультативный, имеются вспомогательное терапевтическое и диагностическое отделения.

Все отделения больницы являются базой для клинических отделений Башкирского государственного медицинского университета. Благодаря сотрудничеству кафедр и специализированных курсов Медицинского колледжа, практической медицины и науки осуществляется кадровая политика в сфере здравоохранения Республики Башкортостан, решается широкий круг научных вопросов, постоянно изыскиваются и внедряются новые современные методы профилактики, диагностики и лечения.

Клиническая больница оснащена современными медицинскими оборудованьями, позволяющим осуществлять мониторинг за состоянием матери и плода, наркозно-дыхательной, реанимационной, рентгенологической, ультразвуковой, лапароскопической аппаратурой. Использование высоких технологий позволяет выхаживать недоношенных детей, в том числе с экстремально низкой массой тела.

Деятельность ориентирована на принципах: доступности бесплатности, конфиденциальности, квалифицированности, научно обоснованности и эффективности лечебно-диагностического процесса наставничества и

взаимовыручки персонала, преемственности сопровождение женщины с периода планирования беременности, анализ достигнутых результатов и повышения качества лечебно-диагностического процесса, доброжелательного отношения к матери и ребенку. [14]

Медицинская помощь населению республики оказывается медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, а также согласно порядкам оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». [15]

При оказании гражданину медицинской помощи в рамках Территориальной программы гражданин имеет право на выбор медицинской организации и на выбор врача в порядке, утверждённом приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» [16] и в соответствии с Федеральными законами от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», [17] от 23 ноября 2010 г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». [18]

Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориальноучастковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина). В выбранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей

практики (семейного врача), врача-специалиста или фельдшера путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации.

Руководитель медицинской организации в течение двух рабочих дней со дня получения заявления информирует пациента в письменной или устной форме (посредством почтовой связи, телефонной связи, электронной связи) о врачах соответствующей специальности и сроках оказания медицинской помощи указанными врачами, о количестве врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

В случае, если в реализации Территориальной программы принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему профилю, лечащий врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора медицинской организации.

При выборе врача и медицинской организации гражданин имеет право на получение информации в доступной для него форме, в том числе размещенной в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее – сеть «Интернет»), о медицинской организации, об осуществляемой ею медицинской деятельности и о врачах, об уровне их образования и квалификации.

## **2.2 Результаты исследования**

В настоящее время число женщин страдающих бесплодием ежегодно увеличивается, в связи с этим нами был проведен анализ статистических данных мы изучили количество женщин страдающих бесплодием с 2020 по 2022 гг, в Российской Федерации, взятых с официального сайта Министерства здравоохранения Российской Федерации. В соответствии с

этим мы сделали таблицу, рассмотрим анализ статистических данных в таблице 2.1.

Таблица 2.1 – Анализ статистических данных РФ

Показатель:	2020г.	2021г.	2022г.
	Общее количество женщин страдающих бесплодием РФ		
Бесплодие	279 219	281 614	284 317

Рассмотрим данные таблицы 2.1 на рисунке 2.1.

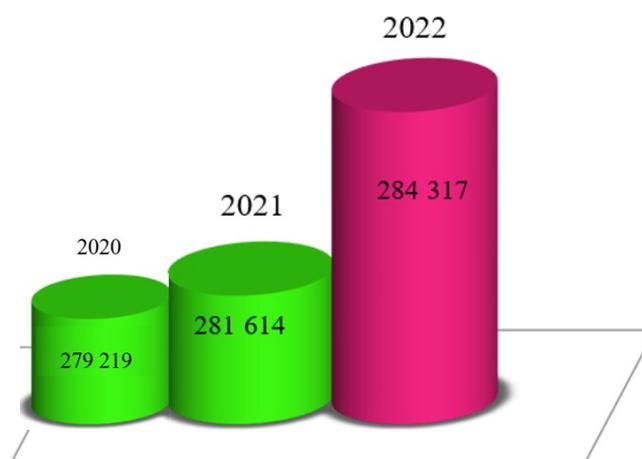


Рисунок. 2.1 - Общее количество женщин с бесплодием на территории РФ

В соответствии с рисунком 2.1, в ходе анализа было выявлено, что в 2020 году количество женщин, страдающих бесплодием в РФ составляло 279 219 женщин, а в 2021 году количество женщин, страдающих бесплодием составляло 281 614 человек, а на момент 2022 года эта цифра выросла до 284 317 женщин.

Так же нами был проведен анализ статистических данных мы изучили количество женщин, страдающих бесплодием с 2020 по 2022 гг, на территории Республики Башкортостан, взятых с официального сайта Министерства здравоохранения Республики Башкортостан. В соответствии с этим мы сделали таблицу, рассмотрим анализ статистических данных в таблице 2.2.

Таблица 2.2 – Анализ статистических данных Башкортостан

Показатель:	2020г.	2021г.	2022г.
	Общее количество женщин страдающих бесплодием Башкортостан		
Бесплодие	821	1137	1457

Рассмотрим данные таблицы 2.1 на рисунке 2.1.

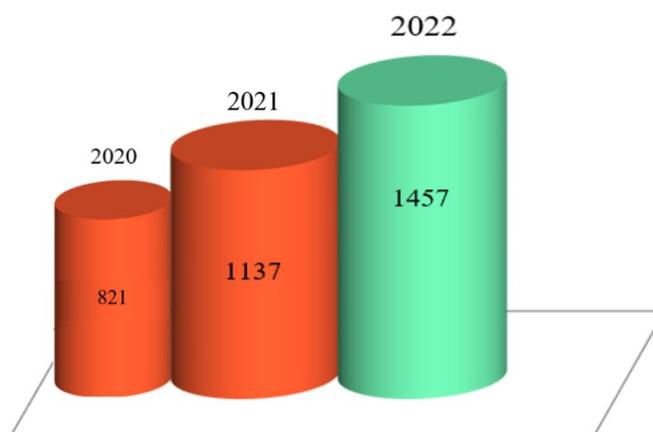


Рисунок. 2.2 - Количество женщин с бесплодием на территории Республики Башкортостан

В соответствии с рисунком 2.2 на территории Башкортостана в 2020 году зарегистрировано 821, а в 2021 году зарегистрировано 1137 женщин и в 2022 году - 1457.

Мы провели анализ гинекологических заболеваний с 2020 по 2022г на базе ГБУЗ РБ Бирская ЦРБ среди женщин их общее количество составляло 100 человек. Рассмотрим данные на рисунке 2.3.

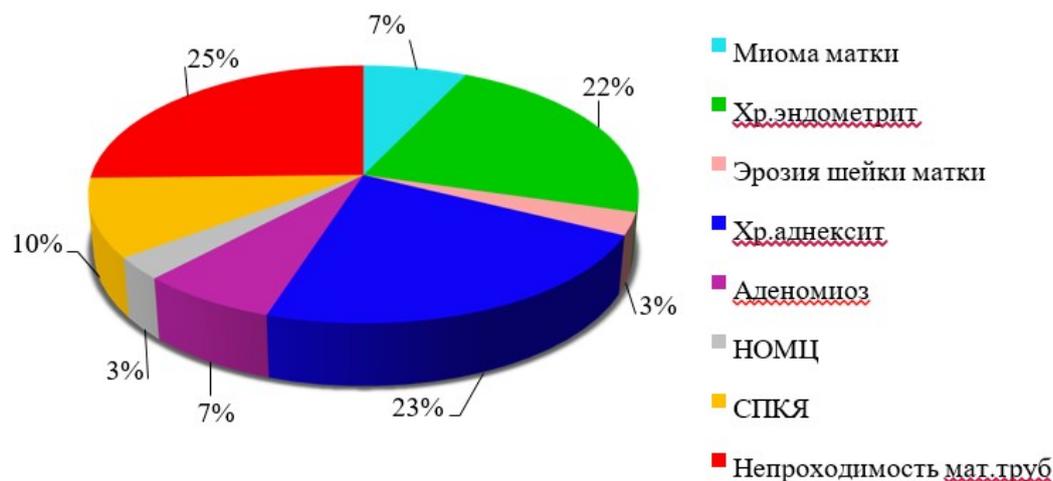


Рисунок 2.3 - Наличие гинекологических заболеваний в исследуемой группе

Таким образом, в соответствии с рисунком 2.3 анализ гинекологических заболеваний в исследуемой группе показывает, что из числа исследуемых женщин, были выявлены сопутствующие гинекологические заболевания. Из них непроходимость маточных труб наблюдается у 25% исследуемых, у 23% хронический аднексит, 22% хронический эндометрит, 10% с синдромом поликистозных яичников, у 7% миома матки, и по 3% эрозия шейки матки и нарушение овариально - менструального цикла.

Так же нами были изучены истории болезни в гинекологическом отделении с 2020 по 2022г на базе ГБУЗ РБ Бирская ЦРБ среди женщин их общее количество составляло 100 человек. Рассмотрим данные на рисунке 2.4.

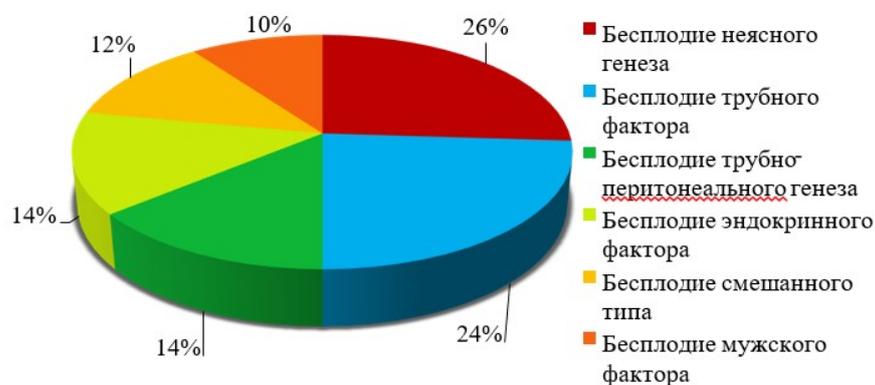


Рисунок 2.4 - Причины женского бесплодия

В соответствии с рисунком 2.4 анализ историй болезни показывает, что процент женщин страдающих бесплодием неясного генеза составляет 26%, у 24% встречается бесплодие трубного генеза, по 14% у бесплодия трубно-перитонеального и эндокринного генеза и 10% занимает мужское бесплодие.

Для уточнения причины бесплодия разработан алгоритм обследования, который подходит для направления на ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение) и применения ВРТ (вспомогательных репродуктивных технологий):

1. Физикальное обследование. К бесплодию может привести множество заболеваний, поэтому пациентку осматривают полностью. Врач оценивает состояние кожи, волос и молочных желёз, затем переходит к осмотру половых органов.

2. Микроскопическое исследование мазка из цервикального канала и влагалища методом ПЦР для выявления в соскобе из цервикального канала следующих бактерий:

1. *Neisseria gonorrhoeae* (гонорея);
2. *Chlamydia trachomatis* (хламидия);
3. *Ureaplasma spp.* (виды уреаплазмы);
4. *Mycoplasma hominis* (микоплазма хоминис);
5. *Mycoplasma genitalium* (микоплазма гениталиум);
6. *Trichomonas vaginalis* (влагалищная трихомонада).

3. Оценка овуляции. Овуляторную функцию можно определить одним из следующих методов:

1. исследование уровня прогестерона в крови (за 7 дней до менструации);
2. проведение мочевого теста на овуляцию;
3. ультразвуковой мониторинг овуляции (УЗИ), который позволяет оценить созревание фолликулов, произошедшую овуляцию и формирование жёлтого тела;

4. биопсия эндометрия с гистологическим исследованием биоптата (материала, полученного путём биопсии) показана при подозрении на патологические процессы эндометрия, например при хроническом эндометрите, полипах и гиперплазии.

4. Оценка овариального резерва при УЗИ — это подсчёт числа фолликулов в яичниках. Низкий овариальный резерв — это менее трёх антральных фолликулов (фолликулов на последней стадии созревания).

5. Определение гормонов в крови проводится на 2-5 день менструального цикла. При отсутствии менструаций (аменорее) анализы можно сдавать в любой день. Определяют концентрацию следующих гормонов:

1. ФСГ (фолликулостимулирующего);
2. АМГ (антимюллерова);
3. ПРЛ (пролактин);
4. ЛГ (лютеинизирующего);
5. Е2 (эстрадиола);
6. Т (тестостерона);
7. ТТГ (тиреотропного).
8. антител к тиреопероксидазе .

6. Инструментальная диагностика бесплодия у женщин:

1. УЗИ малого таза рекомендовано всем женщинам с бесплодием для оценки размеров матки и яичников и выявления образований матки и придатков. УЗИ покажет аномалии развития внутренних половых органов, патологии эндометрия (полипы, гиперплазия, хронический эндометрит) и поможет определить толщину эндометрия и количество антральных фолликулов. УЗИ рекомендовано при подозрении на СПКЯ — при заболевании яичники увеличены, и присутствует более 12 фолликулов.

2. Оценка проходимости маточных труб проводится методами гистеросальпингографии (ГСГ, исследование при помощи рентген-аппарата с введением контрастных веществ) и/или соногистеросальпингографии (УЗИ с

контрастным веществом), по показаниям — лапароскопии (операция через небольшие разрезы). С помощью ГСГ и соногистеросальпингографии также определяют размер и форму матки, её врождённые и приобретённые аномалии. К приобретённым аномалиям относятся субмукозная миома, полипы, внутриматочные синехии.

3. Магнитно-резонансная томография (МРТ) выявляет пороки развития внутренних половых органов, новообразования, очаги эндометриоза, опухоль гипофиза.

4. Гистероскопия позволяет оценить состояние канала шейки матки, полости матки, а также устья фаллопиевых труб.

5. Лапароскопию выполняют при подозрении на трубный фактор бесплодия: спайки в малом тазу, эндометриоз, пороки развития внутренних половых органов.

7. Обследование мужчины. Основным методом оценки фертильности мужчины — спермограмма (оценка показателей эякулята). При уменьшении количества сперматозоидов, их слабой подвижности и нарушениях в строении рекомендованы консультации генетика и уролога.

7. Консультации других специалистов:

1. терапевта — при соматических заболеваниях;
2. эндокринолога — при заболеваниях эндокринной системы;
3. консультация нейрохирурга — при подозрении на аденому гипофиза;
4. консультация онколога — при подозрении на опухоли молочных желёз;
5. консультации других специалистов при выявлении соответствующей патологии.

### **2.3 Выявление уровня информированности населения о причинах, приводящих к женскому бесплодию**

Статистика респондентов ГБУЗ РБ Бирская ЦРБ:

2023 год;

- Бесплодие - 50
- Беременные - 50
- ргнц направлено - 7
- Эко роды - 4

2022;

- Прошли на закреп. участке - 8
- Впервые учет - 3
- Ожидают эко соглс - 2
- Сняты с дисп. учета - 3
- Эко роды – 8

2021;

- Эко - 7

В результате изучения уровня информированности населения о причинах, приводящих к бесплодию, мы получили следующие результаты:

На первый вопрос «Знаете ли вы о причинах приводящих к бесплодию?» мы получили следующие результаты.

О причинах, приводящих к бесплодию знают 82% опрошенных беременных (41 пациент), 18% (9 пациентов) не знают о причинах в соответствии с рисунком 2.9.

- 74% опрошенных бесплодных (47 пациентов) знают о причинах, приводящих к бесплодию, 26%(13 пациентов) не информированы о причинах, приводящих к бесплодию в соответствии с рисунком 2.8.

## Информированность о причинах приводящих к бесплодию:

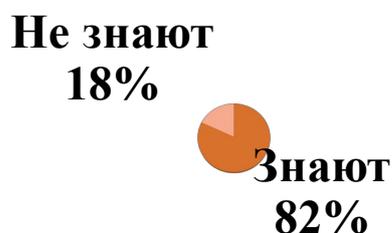


Рисунок 2. 9 - Беременные женщины

## Информированность о причинах приводящих к бесплодию:



Рисунок 2.8 – Женщины, страдающие бесплодием

Таким образом, акушеркам необходимо проводить беседы с целью информирования женщин страдающих бесплодием о причинах приводящих к бесплодию.

На второй вопрос «Какая по вашему мнению основная причина женского бесплодия: 1 - врожденные пороки; 2 – аборт; 3 - заболевания передающиеся половым путем; 4 - вредные привычки; 5 - гинекологические заболевания; 6 - наследственный фактор?»

- основные причины бесплодия, по мнению женщин, страдающих бесплодием: 22% (11 пациентов) считают, что основная причина — это

врожденные пороки развития, 17% (8 пациентов) считают аборты основной причиной бесплодия в соответствии с рисунком 2.11, также к основным причинам бесплодия относят, по мнению женщин, страдающих бесплодием: 20% (10 пациентов) заболевания передающиеся половым путем, вредные привычки 12% (6 пациентов), 20% (10 пациентов) считают, что это гинекологические заболевания, 9% (5 пациента) наследственный фактор и др;

- основные причины бесплодия, по мнению беременных: 30% (15 пациентов) считают первоочередной причиной бесплодия вредные привычки, 28% (14 пациентов) аборты, 13% (7 пациентов) заболевания, передающиеся половым путем в соответствии с рисунком 2.10, также к основным причинам бесплодия относят, по мнению беременных: 11% (5 пациентов) врожденные пороки развития, 18% (пациентов) наследственный фактор, несовместимость супругов и/или партнеров и др.



Рисунок 2.11 - По мнению женщин, страдающих бесплодием

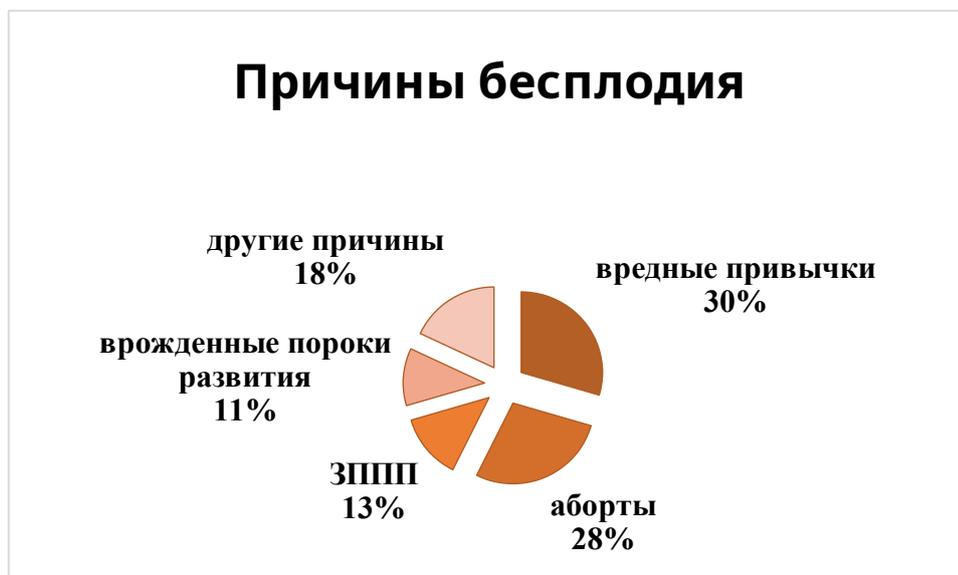


Рисунок 2.10 - По мнению беременных

Большинство опрошенных считают, что все факторы, описанные выше влияют на женское бесплодие. Теоретический анализ литературы выявил негативное влияние вредных привычек на женское бесплодие. Из исследования мы выявили, что информация, которой владеют пациентки, недостаточно объективна:

На третий вопрос «Откуда вы получаете информацию о женском бесплодии?» мы получили следующие результаты:

- Информацию женщины, страдающие бесплодием, в основном получают от медицинских работников 40% (20 пациентов), 37%(18 пациентов) из средств массовой информации, 24%(12 пациентов) от родственников в соответствии с рисунком 2.12.

- Информацию беременным пациенткам на тему бесплодие в основном получили от медицинского работника 40% (20 пациентов), из средств массовой информации 37%(18 пациентов), от родственников 23%(12 пациентов) в соответствии с рисунком 2.13.



Рисунок 2.12 – Женщины, страдающие бесплодием



Рисунок 2.13 - Беременные женщины

Из диаграммы следует, что, в основном, главным источником осведомленности о бесплодии женщин являются интернетресурсы, друзья, родители. Такая картина свидетельствует о недостаточной работе акушерки в сфере просвещения и информативной работе среди женщин, хотя зачастую, именно акушерка имеет большую осведомленность в конкретном вопросе. Акушерка имеет теоретическую и практическую подготовки может обеспечить большой запас достоверных необходимых знаний.

Таким образом, исходя из всех результатов анкетирования можно сказать что, акушерка является неотъемлемой частью женской консультации, и отмечается его положительное значение. Ведь именно акушерки, как

наиболее близко расположенные к населению специалисты, должны активно участвовать в информировании женщин по вопросам профилактики и сохранения репродуктивного здоровья женщин.

Проведя тщательный анализ исследования, мы пришли к следующим выводам, что в настоящее время население недостаточно осведомленно по вопросам сохранения и профилактики женского бесплодия; многие женщины не ответственно относятся к своему собственному здоровью.

Несмотря ни на что акушерка должна быть главным источником подобной информации, так как именно она имеет теоретический и практический опыт в этой сфере. Работа акушерки в плане укрепления и пропаганды должна включать не только непосредственное информирование пациента, для улучшения состояния здоровья, но и дачу рекомендаций, которые будут основываться, непосредственно, на индивидуальных проблемах.

#### **2.4 Роль акушерки в диагностике и профилактике женского бесплодия**

Роль средних медицинских работников в решении проблемы бесплодия трудно переоценить.

Акушерка любого медицинского учреждения содержит в порядке всю документацию больного, ведет строгий учет больных, следит за своевременным проведением профилактических мероприятий, осуществляет патронаж больных на дому, вызывает их на прием к врачу, дает направление на различные исследования. Кроме лечебной, акушерка проводит и санитарно-просветительскую работу, в том числе и на дому у больных.

Акушерка, выполняя свои профессиональные обязанности, является автономным исполнителем, отвечающим за услуги, которые предоставляет, поэтому умение принимать решения в пределах своей компетенции является важной характеристикой ее труда.

В связи с невозможностью иметь ребенка возникает самая тяжелая стрессовая ситуация, какую можно себе представить. Процесс диагностики причин бесплодия и лечение усиливают стресс. Многочисленные анализы крови, ультразвуковые исследования, посткоитальный тест и другие процедуры негативно влияют на эмоциональное состояние пациенток, уже не говоря о болезненных методах обследования (гистеросальпингография, лапароскопия, гистероскопия и т. д.).

Проблема бесплодия является тяжелой в моральном плане не только для пациентов, но и для медицинского работника. Тяжело вторгаться в чужую интимную жизнь, где и так имеются большие проблемы. Акушерка должна придерживаться определенных правил поведения и принципов врачебной морали. Она должна уметь хранить тайну своих пациентов, уметь проявить внимание и чуткость. Обсуждать публично болезни своих пациентов, разглашать их имена, диагнозы заболеваний и методы лечения категорически запрещено.

Роль акушерки, как специалиста, имеющего дело с интимной стороной жизни женщины, требует эмоциональной сдержанности, тактичности, чуткого и внимательного отношения к пациентке. Она должна обладать такими свойствами души, как выдержка, терпение, способность к состраданию.

Для правильной работы необходимо составить план сестринского ухода, составляет его акушерка.

Планирование заключается в анализе всех сведений, полученных о пациенте, и создании на их основе реального плана ухода за ним.

План ухода координирует работу акушерский уход, обеспечивает его преемственность, помогает поддерживать связи с другими специалистами и службами.

Работа акушерки по уходу за пациентами:

- Обеспечение лечебно-охранительного режима.
- Обеспечение наблюдения за состоянием пациента.

- Обеспечение подготовки пациента к дополнительным методам обследования.
- Обеспечение и соблюдение диетотерапии.
- Обеспечение медикаментозного лечения.
- Обеспечение, по назначению врача, консультаций специалистов.
- Обеспечение психологической помощи.
- Сестринская педагогика.
- Ведение медицинской документации.

## **2.7 Рекомендации по профилактике женского бесплодия для акушерок**

Рекомендации для акушерок женской консультации по проведению профилактических мероприятий заболеваний трубно-перитонеального характера, приводящих к бесплодию

Рекомендации содержат описание комплекса мероприятий для совершенствования работы акушерки в области лечебно-профилактической санитарно-просветительской работы.

Цель создания методических рекомендаций – обобщение полученных данных в ходе изучения темы исследования.

Анкетирование, изучение статистических данных, практические занятия, тестирование, консультирование, индивидуальные беседы лежат в основе практической и просветительной деятельности медицинского работника среднего звена в плане профилактики женского бесплодия.

Именно такая деятельность легла в основу наших рекомендаций. Они направлены на систематизирование работы медицинской сестры с целью профилактики нарушений репродуктивного здоровья женщины.

1. Работа с пациентами в плане формирования здорового образа жизни.

2. Работа с населением по информированию о негативном влиянии вредных привычек на репродуктивного здоровье.

3. Оказание помощи в выработке правил гигиены, как одного из аспекта индивидуального здоровья человека.

4. Оказание помощи женщинам в желании изменить свои вредные привычки и побудить к приобретению здоровых привычек.

5. Проведение работы, направленной на ознакомление с линией правильного поведения, отношения к своему здоровью. Знакомство с основными направлениями в жизни для сохранения своего здоровья.

6. Работа с женщинами по вопросам профилактики инфекций, передающихся половым путем.

Для реализации данных задач можно предложить использование следующего:

анкетирование; консультирования отдельных людей; тренинги, призывающие обучать населения по вопросам; просмотр обучающих видеофильмов; просветительские материалы, представленные в форме санитарных бюллетеней, буклетов и листовок;

регулярно приводящиеся семинары, лекции, дискуссионные беседы, конференции по изучаемой проблеме с приглашенными специалистами и врачами.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной работе при решении задач были получены следующие результаты:

1) Бесплодие - это гинекологическое заболевание, которое проявляется потерей способности женской репродуктивной системы воспроизводить здоровые яйцеклетки, которые могут быть оплодотворены мужской спермой, то есть потерей зачатия и репродуктивной функции или патологией матки по отторжению оплодотворенной яйцеклетки.

2) Также бесплодие проявляется симптомами тех заболеваний, из-за которых беременность не наступает:

При воспалительных заболеваниях и инфекционных процессах:

- неприятные выделения из половых путей;
- боли в животе;
- зуд и дискомфорт в наружных половых органах;
- повышение температуры тела.

3) Женское бесплодие возникает в результате заболеваний репродуктивной системы, при которых нарушаются следующие процессы:

- Созревание яйцеклетки.
- Оплодотворение яйцеклетки.
- Имплантация оплодотворённой яйцеклетки.

4) Наиболее правильным решением проблемы бесплодия является комплексное обследование, поскольку оно позволяет определить, есть ли причина, препятствующая зачатию ребенка, или нет. Чтобы исключить возможные риски осложнений во время беременности, беременности и родов, необходимо обратиться к специалисту на этапе планирования беременности.

Диагностика и лечение женского бесплодия проводится в клиниках вспомогательных репродуктивных технологий, в женских консультациях и гинекологических стационарах.

К профилактике женского бесплодия относится ведение здорового образа жизни, упорядоченная половая жизнь, использование контрацептивов, своевременное лечение урогенитальных инфекций и воспалений органов малого таза. Очень важно регулярно посещать гинеколога, ведь болезнь гораздо легче предупредить или лечить тогда, когда она ещё не перешла в тяжелую форму.

В ходе работы была поставлена цель, выявить роль акушерки в профилактике и диагностике женского бесплодия.

В ходе проведенных исследований я выявила готовность акушерок женской консультации к организации и проведению профилактических и диагностических мероприятий. Большинство респондентов имеют большой опыт работы и высокий уровень квалификации, но профилактическая работа проводится не всеми или в недостаточном объеме. Только 50% акушерок занимаются различными видами профилактики женского бесплодия. В то же время 85% акушерок не испытывают затруднений при проведении профилактических мероприятий. Основными причинами безразличия медицинского персонала к профилактике заболеваний, приводящих к женскому бесплодию, являются: нехватка времени, отсутствие практического опыта, недостаточная осведомленность о видах профилактики. Изучая виды терапевтических и профилактических мероприятий при заболеваниях маточной брюшины, я обнаружила, что акушерки охватывают не все возможные направления. Поэтому необходимо искать и внедрять новые, современные и эффективные методы санитарно-гигиенических работ.

В связи с выявленными проблемами я подготовила практические рекомендации для акушерок женской консультации по проведению профилактических мероприятий для женщин. Также были разработаны рекомендации для женщин по профилактике заболеваний, приводящих к бесплодию, которые должны использоваться медицинским персоналом вторичного звена в профилактических мероприятиях.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. М.Н. Побединский Бесплодие женщин / М.Н. Побединский. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2018. – 679 с.
2. Н.А. Данилова Бесплодие. Проблемы зачатия и их решение / Н.А. Данилова, И.А. Бауман. - М.: Вектор, 2018. - 128 с..
3. Первушина, Е. В. Здоровье женщины. Репродуктивная система / Е.В. Первушина. - Москва: Гостехиздат, 2019. – 958 с.
4. Прилепская В.Н., Фокина Т.А. Фоновые заболевания шейки матки: патогенез, диагностика, лечение [Текст] // Акуш. и гин. - 2020. - № 6. - С. 12-15.
5. Причины отсутствия овуляции <https://eko-sodeistvie.ru/articles/prichiny-otsutstviya-ovulyacii/> 2019 год.
6. ВОЗ <https://www.who.int/ru> 2022 год.
7. М.Н. Побединский Бесплодие женщин / М.Н. Побединский. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2019. - 679с.
8. Кулаков В.И. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению/В.И. Кулаков, Т.А. Назаренко, Н.И. Волков под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 784с.
9. Клиническая лабораторная диагностика: национальное руководство в 2-х т. – Т.1. / под ред. В.В. Долгова, В.В. Меньшикова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 928 с.
10. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / Под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 784 с.
11. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю» акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»» (с изменениями и дополнениями) Система ГАРАНТ:  
<https://base.garant.ru/70352632/#ixzz4jA57qriC>.

12. Андреева М.Д. Патогенетическая профилактика репродуктивных потерь у женщин с тромбофилией и антенатальной гибелью плода в анамнезе // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2019. – Т. 14. – № 1. – С. 79-82.
13. Билалов Ф.С. Научное обоснование модернизации профилактической помощи населению и формирования трёхуровневой системы ее организации на региональном уровне [Текст]: дис. ... докт. мед. наук: 14.02.03. / Билалов Ф.С. – Уфа, 2021. – 322 с.
14. ГБУЗ РБ Бирская ЦРБ <http://birskcrb.ru/>.
15. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Система ГАРАНТ: <https://base.garant.ru/70352632/#ixzz4jA57qriC>.
16. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 апреля 2012 г. № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» Система ГАРАНТ: <https://base.garant.ru/70352632/#ixzz4jA57qriC>.
17. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Система ГАРАНТ: <https://base.garant.ru/70352632/#ixzz4jA57qriC>
18. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 23 ноября 2010 г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» Система ГАРАНТ: <https://base.garant.ru/70352632/#ixzz4jA57qriC>.
19. Гриднев, О.В. Анализ контроля за эффективностью работы трехуровневой системы первичной медико-санитарной помощи населению города /О.В. Гриднев, А.Ю. Абрамов, В.В. Люцко //Современные проблемы науки и образования. – 2022. – № 2; URL: <http://www.science-education.ru/116-12822> (0,43 п.л., авт. – 0,15 п.л.).

20. Люцко, В.В. Оптимизация управления качеством медицинской помощи в условиях реформирования здравоохранения /В.В. Люцко, А.Ж. Степанян, Д.Ю. Каримова //Фундаментальные исследования. - 2018. - №12. – С. 257-259. (0,2 п.л., авт. – 0,1 п.л.).

21.

*Анкетирование населения по выявлению уровня информированности населения о причинах, приводящих к женскому бесплодию*

Анкета для беременных:

Мы заранее благодарим Вас за участие в этом исследовании и надеемся, что Вам будет интересно ответить на наши вопросы.

1. Ваш возраст
  - 15-18 лет
  - 18-25 лет
  - 25-35 лет
  - Старше 35 лет
2. Были ли у Вас нарушения менструальной функции
  - Да
  - Нет
3. Если да, то какие \_\_\_\_
4. Начало половой жизни
  - До 18 лет
  - 18-25 лет
  - Старше 25 лет
5. Были ли у Вас роды
  - Да
  - Нет
6. Роды были нормальными или преждевременными
7. Вредные привычки
  - Никотиновая зависимость
  - Алкогольная зависимость
  - Наркотическая зависимость
  - Другое
8. Знаете ли Вы о причинах приводящих к бесплодию
  - Да
  - Нет
9. Если да, то откуда узнали
  - СМИ
  - Родственники/знакомые
  - Медицинский работник женской консультации
  - Другое \_\_\_\_\_
10. Перечислите основные причины бесплодия (если знаете)
  - 1) \_\_\_\_\_
  - 2) \_\_\_\_\_
  - 3) \_\_\_\_\_

Спасибо за участие!

Анкета для женщин, страдающих бесплодием:

Мы заранее благодарим Вас за участие в этом исследовании и надеемся, что Вам будет интересно ответить на наши вопросы.

1. Ваш возраст
  - 15-18 лет
  - 19-25 лет
  - 27-35 лет
  - Старше 35 лет
2. Возраст Вашего мужа
  - 15-18 лет
  - 19-25 лет
  - 26-35 лет
  - Старше 36 лет
3. Какой по счёту у Вас брак
  - Первый
  - Второй
  - Третий
  - Четвёртый
4. Есть ли дети от первого брака у Вашего нынешнего мужа
  - Да
  - Нет
5. Есть ли дети у Вашего бывшего (-их) мужа (-ей)
  - Да
  - Нет
6. Были ли у Вас нарушения менструальной функции
  - Да
  - Нет
7. Если да, то какие \_\_\_\_\_
8. Начало половой жизни
  - До 18 лет
  - 19-25 лет
  - Старше 26 лет
9. Были ли у Вас роды
  - Да
  - Нет
10. Роды были нормальными или преждевременными
11. Вредные привычки
  - Никотиновая зависимость
  - Алкогольная зависимость
  - Наркотическая зависимость
  - Другое \_\_\_\_\_
12. Были ли у Вас гинекологические заболевания
  - Да
  - Нет

13. Если да, то какие \_\_\_\_\_
14. Были ли у Вас гинекологические операции  
Да  
Нет
15. Если да, то какие \_\_\_\_\_
16. Были ли у Вас воспалительные заболевания  
Да  
Нет
17. Есть ли у Вас отклонения в развитии и местоположении матки и яичников  
Да  
Нет
18. Если да, то какие \_\_\_\_\_
19. Знаете ли Вы о причинах приводящих к бесплодию  
Да  
Нет
20. Если да, то откуда узнали  
СМИ  
Родственники/знакомые  
Медицинский работник женской консультации  
Другое \_\_\_\_\_
21. Перечислите основные причины бесплодия (если знаете)  
1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_
22. Сколько лет состоите на учёте по бесплодию  
До 3х лет  
4-5 лет  
6-10 лет  
11-15 лет  
Более 16 лет
23. Установлен ли диагноз бесплодия  
Да  
Нет
24. Если да, то укажите причину бесплодия \_\_\_\_\_

Спасибо за участие!

Рекомендации для женщин по профилактике заболеваний, приводящих к бесплодию.

Профилактика женского бесплодия:

У женщин профилактика бесплодия должна проводиться еще с самых ранних лет, и заключатся в соблюдении правил гигиены, предупреждении воспалительных процессов органов малого таза, также избегать переохлаждения, ранних половых отношений. При нарушении менструального цикла нужно обращаться к врачам еще задолго до планирования беременности.

Профилактика включает:

- Своевременное и эффективное лечение воспалительных заболеваний внутренних половых органов и инфекций, передающихся половым путем.!

- Защищенные половые контакты (использование презервативов) во избежание заражения инфекциями, передающимися половым путем. Тщательно выбирайте половых партнеров и используйте барьерные методы контрацепции(презервативы) – только так вы защитите себя от нежелательной беременности (в последствие и от абортов), и различных инфекций.

- Желательно отсутствие абортов.

- Соблюдение правил личной гигиены.

- Отсутствие вредных привычек.

Ведите здоровый образ жизни, которые позволит вашему организму развиваться без патологий. Не курите и не злоупотребляйте алкогольными напитками.

- Нормализация гормонального фона.

- Нормализация веса.

- Регулярное посещение гинеколога (2 раза в год) – ведь вылечить любое заболевание проще на ранних стадиях.

- Исключение чрезмерных физических и психоэмоциональных нагрузок.
- Нормализация половой функции (либидо, регулярная половая жизнь и т.д.).

Чем раньше женщина обратится за помощью к специалистам, тем больше шансов появиться на успешное выздоровление и появление долгожданного малыша.

Предложения для акушерок женской консультации по проведению профилактических мероприятий по заболеваниям молочных желез.

Рекомендации содержат описание комплекса мероприятий для совершенствования работы акушерки в области лечебно-профилактической санитарно-просветительской работы.

Рекомендации предназначены для акушерок женских консультаций, поликлиник, акушерок и фельдшеров ФАП.

Цель создания методических рекомендаций – обобщение полученных данных в ходе анкетирования акушерок и изучения особенностей их работы.

1. Подходите к процессу лечебно-профилактической санитарно-просветительской работы творчески с предварительной консультацией врача.

2. Осуществляйте лечебно-профилактическую работу, используя различные формы и методы для большей информированности населения.

3. Для получения более эффективного результата (большего охвата населения и информированности) необходимо использовать средства массовой информации: телевидение, Интернет, радиовещание и др.

4. Для проведения профилактической работы с населением необходимо:

5. А) Обеспечить первичное звено здравоохранения (врачей: участковых, семейных, а также акушерок, медсестер и др. мед. персонал);

- пособиями, руководствами по организации профилактики;
- памятками, буклетами для населения;

Б) Информационная поддержка - это информирование населения о существующей проблеме здоровья населения и способах ее разрешения.

Информационная поддержка может осуществляться в следующих формах:

- Использование средств массовой информации (радио, телевидение, местная пресса)

- Наглядная агитация (листовки в общественных зданиях, сан. бюл в ЛПУ)
- Беседы, лекции в ЛПУ и на предприятиях
- Устное информирование медработниками обратившихся пациентов, знакомых, родственников).