

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ»  
(Н И У «Б е л Г У»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**ЦМК Клинических дисциплин**

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АКУШЕРКИ В  
ПРОФИЛАКТИКЕ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ**

Дипломная работа студентки

очной формы обучения  
специальности 31.02.02 Акушерское дело  
3 курса группы 03051624  
Гущиной Юлии Алексеевны

Научный руководитель  
Преподаватель Бухарина С.А

Рецензент  
Врач акушер-гинеколог  
ОГБУЗ «Белгородская областная  
клиническая больница  
Святителя Иоасафа»,  
Перинатальный центр №2  
С.Ю. Ласкаев

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ОГЛАВЛЕНИЕ .....	2
ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ.....	5
1.1. Определение и этиология женского бесплодия.....	5
1.2. Классификация женского бесплодия.....	8
1.3. Диагностика женского бесплодия.....	10
1.4. Лечение женского бесплодия .....	14
1.5. Профилактика женского бесплодия.....	17
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ.....	20
2.1. Материалы и методы исследования.....	20
2.2. Результаты собственного исследования.....	20
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	34
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ ЛИТЕРАТУРЫ.....	36
ПРИЛОЖЕНИЕ .....	38

## ВВЕДЕНИЕ

На протяжении многих лет демографическая ситуация в России является одной из ключевых медицинских и социальных проблем национального масштаба. Несмотря на целенаправленную деятельность нашего государства по повышению рождаемости, естественный прирост населения в большинстве субъектов Российской Федерации находится на низком уровне.

Как показывает статистика бесплодия, на данный момент в России 17% супружеских пар не имеет детей. Процент бесплодия по данным всемирной организации здравоохранения составляет 15% и более, что представляет угрозу для демографической ситуации страны.

В 2017 году в Белгородской области на 1000 человек населения приходилось 58,4% страдающих болезнями мочеполовой системы.

Частота заболеваний ведущих к женскому бесплодию:

- Расстройство овуляции – возникает при нарушении процесса созревания яйцеклетки, когда не происходит овуляция (35-40%).

- Трубный фактор – возникает при отсутствии или непроходимости обеих маточных труб, когда яйцеклетка не может попасть в полость матки (20-30%).

- Гинекологические заболевания – это воспалительные заболевания матки и придатков (15-25%).

- Иммунологические причины – это образование антиспермальных антител (2%) [2].

Издавна от семьи ждали наследников. Отсутствие их всегда воспринималось и воспринимается в настоящее время как самое большое несчастье, которое только может пасть на долю человека.

В 21 веке бесплодие в браке остается важной медицинской и социальной проблемой, так как неспособность иметь детей изменяет социальную, психологическую адаптацию в обществе и ведет к снижению качества жизни.

Несравненно эмоционально значимым является именно женское бесплодие из-за того, что социальная роль женщины неразрывно связана с материнством.

Изучая структуру бесплодного брака, можно получить данные о состоянии репродуктивного здоровья популяции, что косвенно дает представление об уровне и качестве медицинской помощи, а также уровне общей и медицинской культуры населения.

Проблема бесплодия с каждым годом становится все более значимой для здравоохранения.

**Актуальность данной темы** обусловлена так же тем, что ежегодно отмечается рост частоты бесплодия примерно на 200-250 человек детородного возраста. Бесплодие приводит к возникновению депопуляции населения, а также ряду других немаловажных проблем. Прежде всего, оно остается одним из главных причин расторжения брака, так как многие пары не знают, как принять бесплодие. Не исключая социальные проблемы, бесплодие приводит к личным трагедиям, к снижению психического и физического здоровья женщин.

**Цель дипломной работы:** изучить причины, особенности диагностики и лечения женского бесплодия, определить роль акушерки в профилактике бесплодия.

**Задачи исследования:**

1. По результатам теоретического анализа темы определить ведущие причины и пути профилактики бесплодия.
2. Путем анкетирования выявить уровень информированности женщин о причинах, приводящих к бесплодию.
3. Подготовить памятку для женщин по профилактике бесплодия и основных причин его приводящих.

**Объектом исследования** является проблема женского бесплодия и профессиональная деятельность акушерки в его профилактике.

**Предметом исследования** явились статистические данные по распространенности и причин бесплодия и медицинская документация.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

## 1.1. Определение и этиология женского бесплодия

Бесплодие (лат. - Sterilitas) – это невозможность лица детородного возраста к воспроизводству детей. Бесплодной считается та женщина, которая не смогла забеременеть на протяжении одного года регулярной половой жизни без применения каких-либо контрацептивных средств.

Бесплодие бывает как женским, так и мужским. Мужской фактор составляет примерно от 40-60%. Следовательно, диагноз бесплодия у женщины может быть поставлен только после исключения его у мужчины путем исследований .

Бесплодие у женщин составляет около 50% от всего количества бесплодных браков. Женское бесплодие в отличие от других видов, представляет собой особо сложный процесс, так как именно женский организм отвечает за формирование плода [11].

Бесплодие – это гинекологическое заболевание, проявляющееся потерей способности половой системы женского организма воспроизвести здоровые яйцеклетки способные к оплодотворению мужскими сперматозоидами, то есть потеря функции зачатия и деторождения или патология матки отторгать оплодотворенную яйцеклетку.

Этиология женского бесплодия.

Причины бесплодия имеют социальную обусловленность, являясь следствием абортов, гинекологических, перенесенных венерических заболеваний, а так же неблагополучных родов.

Аборт (от лат. Abortus – «выкидыш») – это искусственное прерывание беременности. Ежегодно в мире производится, от 36 до 53 млн. абортов, т. е. каждый год около 4% женщин детородного возраста подвергаются этой

операции. Аборт является причиной вторичного бесплодия в 41% случаев. В России аборт остается одним из способов регулирования рождаемости.

Вследствие аборта частота самопроизвольных выкидышей возрастает в 8-10 раз. Около 60% первородящих в возрасте старше 30 лет страдают невынашиваем беременностями, вызванными первыми абортами. Так же бесплодие может быть вызвано тем, что к 36 годам яичники женщины снижают воспроизводимость яйцеклеток.

У женщин бесплодие могут вызывать: постоянное нервное напряжение, психосоматические расстройства, нарушения обмена веществ, авитаминозы, плохое питание и другие.

Болезни половой системы и экстрагенитальная патология аналогично может стать предпосылкой женского бесплодия.

Инсулиновая резистентность – это одна из частых причин женского бесплодия. Возникает из-за того, что в организме женщины нарушается метаболизм, вследствие чего уровень инсулина превышает нормальные показатели. По этой причине в женском организме начинают вырабатываться в больших количествах мужские гормоны, что приводит к гормональному дисбалансу.

Причиной эндокринного бесплодия служат нарушения функций половых желез, щитовидной железы, гиперплазии коры надпочечников с вторичным вовлечением яичников, опухоли гипоталамо-гипофизарной области, черепно-мозговые травмы и травмы грудной клетки [6] .

Иммунологическое бесплодие может быть связано с тем, что при контакте женского организма со сперматозоидами происходит выработка антител на чужеродный организм. Проблемой может стать и большое количество лейкоцитов находящееся в эякуляте мужчины.

К причинам трубно-перитонеального бесплодия относят:

1. врожденные аномалии;
2. хронические воспаления яичников и маточных труб;
3. наличие полипов в слизистой оболочке маточной трубы;

4. операции в брюшной полости или на половых органах;
5. ЗППП;
6. аборты;
7. осложнения после родов.

Возможные причины маточного бесплодия:

1. пороки развития матки;
2. полипы;
3. синехии;
4. хронический эндометрит;
5. ЗППП и др.

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

Существенными предпосылками к возникновению идиопатического варианта бесплодия чаще всего являются:

1. страхи, связанные с беременностью и материнством;
2. постоянный контроль над физиологическими процессами связанный с неизменно отрицательными тестами на беременность;
3. физические или психоэмоциональные нагрузки связанные с длительным утомлением, нервной обстановкой на работе или дома из-за чего женщина постоянно находится в состоянии хронического стресса;
4. невозможность зачатия и (или) рождения ребенка;
5. навязчивое желание забеременеть;
6. боязнь гестационных и (или) послеродовых осложнений и др.

Женское бесплодие часто обусловлено воспалительными заболеваниями придатков и половым недоразвитием. Фаллопиевы трубы становятся непроходимы из-за спаивания ампулярного или маточного отделов вследствие

перенесенных ранее воспалительных заболеваний органов малого таза по этой причине сперматозоиды с яйцеклеткой не могут проникнуть в маточную трубу.

Определенное место в женском бесплодии занимают новообразования тела матки, эндоцервицит, эрозия шейки матки снижают возможность зачатия. При нарушении менструальной функции с ановуляторными циклами, яйцеклетка не созревает, что опять же приводит к невозможности наступления беременности.

Так же причиной бесплодия являются наличия различных врожденных пороков развития половых органов женщины, например таких как: отсутствие яичников, двурогая или двойная матка, гипоплазия маточных труб, матки или яичников и прочее. При всем этом у некоторых пар беременность может не наступать из-за биологической несовместимости.

Примерно у половины женщин страдающих бесплодием отмечается сочетание от двух и более факторов приводящих к нарушению репродуктивной функции [13].

## **1.2. 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:

1. эндокринное бесплодие;
2. иммунологическое бесплодие;
3. трубно-перитонеальное бесплодие;
4. маточное бесплодие;
5. экстрагенитальная форма бесплодия;
6. психосексуальное бесплодие;
7. бесплодие неясного генеза [1].

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 так же 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 [14].

### **1.3. Диагностика женского бесплодия**

Для определения уровня фертильности практически любой пары достаточно 12 месяцев при условии, что эта пара живет регулярной половой жизнью. По статистике за первые 3 месяца систематически незащищенных половых актов беременность наступает у 30% пар, в течение 6 месяцев у 60% и у 10% в течение года. Если на протяжении года беременность все-таки не наступила, следует обратиться к врачу.

Наиболее правильное решение при бесплодии - это комплексное обследование, так как оно позволяет определить наличие или отсутствие причины, препятствующей зачать ребенка. Для устранения возможных рисков осложнения в процессе беременности, вынашивания и родов является обращение к специалисту еще на этапе планирования беременности.

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

В начале проведения обследования при бесплодии очень важна консультация гинеколога. Она позволяет оценить проблемы в целом и выделить возможные причины бесплодия [3].

Обследование женщины начинается с тщательного анамнеза. Первую беседу с пациенткой проводят в соответствии с рекомендациями ВОЗ. При этом врач должен прояснить такие моменты как:

1. сколько длится бесплодие;
2. сколько беременностей и родов было в прошлом, и каков был их исход;
3. осложнения после абортов и родов;
4. какими методами контрацепции пользовалась и как долго;
5. отмечались ли нарушения половой функции, такие как контактные выделения крови, диспареуния;
6. были ли в прошлом воспаления в малом тазу и ИППП;
7. какие заболевания шейки матки диагностировались и, какая была назначена терапия;
8. имеются ли хронические заболевания;
9. были ли операции связанные с риском развития спаечного процесса;
10. какие медикаменты принимала или принимает.

Затем проводится физикальное обследование – это метод диагностики, который включает общий осмотр позволяющий выявить патологии половых органов, если они имеются.

Гинекологическое исследование проводится на кресле с помощью гинекологических зеркал. Во время обследования врач оценивает состояние и степень развития наружных и внутренних половых органов, тип оволосения на лобке, появление выделений и их характер. Отклонение в строении половых органов может быть симптомом каких-либо врожденных патологий половой системы. Касательно проблем гормонального характера может свидетельствовать оволосение по мужскому типу [8].

Обследование при бесплодии обязательно включает функциональные тесты позволяющие получить информацию об уровне женских гормонов, характере овуляции и наличии антиспермальных тел.

К тестам функциональной диагностики относятся:

1. цервикальный индекс – это исследование, которое отражает качество цервикальной слизи шейки матки и оценивает уровень насыщенности эстрогенами женского организма;
2. ежедневное измерение базальной температуры в заднем проходе. Вследствие полученных данных строится кривая, которая подтверждает наличие или отсутствие овуляции, активности яичников.
3. проба Шуварского или посткоитальный тест – это исследование цервикального секрета через несколько часов после полового контакта. Он дает понять, насколько секрет женских половых путей помогает попаданию сперматозоидов в полость матки.

При женском бесплодии выполняется инфекционный скрининг в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ № 572н. Он включает в себя такие мероприятия как:

1. взятие мазка для цитологического анализа из цервикального канала;
2. взятие мазка из цервикального канала и уретры на флору;
3. взятие мазка на степень чистоты влагалища;
4. анализ полимеразной цепной реакции на 12 инфекций для этого берут мазок из цервикального канала;
5. исследования крови на ВИЧ, сифилис, гепатиты D и C [7].

Аналогично для диагностики женского бесплодия показаны такие лабораторные методы исследования:

1. обследование на уровень лютеинизирующего, фолликулостимулирующего гормонов, пролактина, эстрадиола. Назначают его при нарушениях менструальной функции;
2. анализ на тиреоидные гормоны, тестостерон, кортизол – уровень данных гормонов определяют в плазме крови на 5-7 день цикла. Проводят анализ для установления их влияние на фолликулярную фазу;

3. обнаружение уровня прогестерона. Выполняют данный анализ для определения наличия овуляции и работы желтого тела. Проводят только на 20-22 день менструального цикла;
4. обследование на наличие антиспермальных тел. Проводят анализ путем взятия материала из шейки матки и крови из вены;
5. анализы, на инфекции передающиеся половым путем.

К аппаратной и инструментальной диагностике женского бесплодия относятся:

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.

Без сведений эндоскопии диагноз бесплодия считается неподтвержденным. Всем женщинам с данным заболеванием проводится гистероскопия с отдельным диагностическим выскабливанием. Проводится данная процедура в первой половине менструального цикла, поскольку в это время эндометрий тонкий и не скрывает возможные причины бесплодия.

Завершающий этап диагностики, в тоже время зачастую является первым этапом лечения – лапароскопия. Лапароскопия – это эндоскопическая операция, которую проводят под местной анестезией. Во время процедуры врач тщательно осматривает органы малого таза, а так же проводит необходимые лечебные манипуляции.

Лапароскопия проводится:

1. женщинам с регулярным менструальным циклом потому, как у многих заболевание связано с органической патологией органов малого таза;
2. женщинам с неясной причиной бесплодия;
3. женщинам, с бесплодием вызванным синдромом поликистозных яичников и малоэффективным медикаментозным лечением в течение полугода;
4. женщинам до 35 лет страдающим трубно-перитонеальным бесплодием в течение 5 лет, а так же с целью лечения.

В каждом случае набор диагностических тестов индивидуален для каждой женщины. Обследование достаточно длительное, зачастую занимает несколько месяцев, поскольку связано с фазами менструального цикла.

Тщательное установление причин заболевания даст возможность подобрать оптимальную тактику терапии. Одновременно с обследованием пациентки отправляют на диагностику и партнера. Необходимо это для того, чтобы исключить вероятность мужского фактора бесплодия [10].

#### **1.4. Лечение женского бесплодия**

С учетом обнаруженных причин бесплодия учитываются различные виды бесплодия, которые подразделяют на консервативные, хирургические и методы вспомогательных репродуктивных технологий.

Лечение проводят в несколько этапов:

1 этап – это консервативное лечение. В зависимости от того какой тип бесплодия был диагностирован назначают лечение. Для этого необходимо вызвать обострение хронического воспалительного процесса гениталий. Проводят курс инъекций пирогенала в нарастающей дозе от 2,5-5 мкг до 50-100мкг через день. Затем проводится терапия физическими методами в результате достижения местной тканевой и общей реакции.

Совместно с лечением необходимо провести клиническое обследование: мазок из цервикального канала и влагалища на флору, общий анализ крови, выявление возбудителей заболевания с помощью лабораторных методов, определение чувствительности флоры к антибиотикам и бактериологическое исследование мазка, гинекологический осмотр для определения реакции на проводимое лечение.

Спустя месяц после проведения лечения назначают курсы физиотерапии в зависимости от исходного гормонального фона. Затем после 2-3 месяцев указанного лечения проводят гистеросальпингографию для оценки функционального состояния матки и маточных труб. При обнаружении патологий в малом тазу показана эндоскопическая коррекция данной патологии.

2 этап – это хирургическое лечение. Оптимальным методом хирургического лечения является оперативная лапароскопия и гистероскопия позволяющая получать доступ к органам брюшной полости и малого таза.

Лапароскопия – это щадящая операция, сконцентрированная на установлении и устранении патологических процессов, приводящих к бесплодию. В процессе операции выполняют несколько небольших надрезов в брюшной стенке в околопупочной области и с помощью лапароскопа и специальных инструментов осуществляют хирургическое вмешательство. Период реабилитации составляет от 3 до 5 дней.

Гистероскопия – это обследование внутренних стенок матки с помощью гистероскопа позволяющее при необходимости провести оперативные манипуляции. Вводят гистероскоп через влагалище в канал шейки матки, а далее в полость матки [4].

Противопоказаниями к эндоскопическому лечению служат:

1. эндометриоз маточных труб;
2. туберкулез гениталий;
3. острый и подострый сальпингоофорит;
4. выраженный спаечный процесс брюшной полости.

Во время оперативной эндоскопии проводится рассечение рубцово-измененного ампулярного отдела маточных труб и рассечение спаек эндокоагулятором при температуре не выше 100°C. Проводятся манипуляции на фаллопиевых трубах наполненных раствором метиленового синего или индигокармина в I фазе менструального цикла.

На восстановление нормальной функции маточных труб и профилактику развития спаечного процесса в малом тазу назначают лечение физическими методами после очередной менструации.

Коррекция гормональных расстройств и стимуляция яичников проводят при эндокринной форме бесплодия. Применяются в основном монофазные комбинированные эстроген-гестагенные препараты на подобии микрогенона, марвелона и бисекурина. Назначают данные препараты с 1 по 21 день менструального цикла после еды в одно и то же время по 1 таблетке, длительность от 3-5 циклов. В дальнейшем лечение может быть проведено прямыми стимуляторами овуляции: кломифен, кломид, серофен, перготайм на протяжении 3 циклов в дозе от 50 до 100мг. в сутки с 5 по 9 день менструального цикла. Контролируется процесс созревания фолликула с помощью ультразвукового мониторинга и динамики содержания гормонов в крови. Примерно у 70-80% женщин с эндокринной формой бесплодия наступает беременность, если было правильно подобрано лечение [5].

Для лечения иммунологического бесплодия применяют метод искусственного оплодотворения посредством искусственной инсеминации спермой мужа. Данный метод дает возможность миновать иммунный барьер цервикального канала и содействует наступлению беременности в 30-40% случаев.

Трубно-перитонеальную и маточную форму женского бесплодия лечат хирургическим путем. Эффективность данного метода составляет 25-40%.

При экстрагенитальном бесплодии начинают курс индивидуального лечения направленный на ремиссию и облегчения заболевания в период зачатия и вынашивания ребенка.

На эффективность лечения бесплодия влияет возраст обоих супругов, в особенности женщины, так как вероятность наступления беременности стремительно снижается после 37 лет. В связи с этим к лечению бесплодия следует приступать как можно раньше. Многие формы бесплодия поддаются коррекции традиционными либо альтернативными способами лечения, поэтому не стоит отчаиваться и терять надежду раньше времени.

Если не наступает беременность после проводимого консервативного и хирургического лечения в дальнейшем прибегают к методу экстракорпорального оплодотворения [15].

Показаниями к проведению искусственного оплодотворения являются:

1. трубная непроходимость или отсутствие матки;
2. безуспешное лечение эндокринной формы бесплодия;
3. абсолютное мужское бесплодие;
4. истощение функции яичников;
5. некоторые случаи маточной формы бесплодия;
6. сопутствующая патология, при которой беременность невозможна.

Основные методы искусственного оплодотворения:

1. метод внутриматочной инсеминации спермой мужа или донора;
2. метод экстракорпорального оплодотворения;
3. внутриклеточная инъекция сперматозоида внутрь яйцеклетки;
4. использование донорской яйцеклетки или эмбриона;
5. суррогатное материнство.

### **1.5. Профилактика женского бесплодия**

Для предотвращения такого заболевания, как женское бесплодие необходимо проводить профилактику населения, которая заключается в своевременности и должна быть направлена на формирование здорового образа жизни, сокращение гинекологической заболеваемости женщин, разумного сексуального поведения и предотвращение абортов.

Дабы в будущем девушкам не пришлось столкнуться с проблемой бесплодия, рекомендуется придерживаться следующих правил:

1. необходимо проводить профилактику детских заболеваний, влияющих на формирование половой системы и вызывающих воспаление гениталий;
2. отслеживать нарушения в физическом развитии в подростковом возрасте;
3. своевременно выявлять нарушения менструального цикла;
4. рекомендуется отказаться от употребления алкоголя и курения;
5. посещать гинеколога не реже 1 раза в год;
6. использовать надежную контрацепцию. Очень важно, чтобы подбором контрацептивных средств занимался квалифицированный специалист;
7. правильное питание;

Основная же деятельность по пропаганде здорового образа жизни возлагается на плечи родителей, педагогов-психологов учебных заведений, а так же медицинский персонал, а именно участковых акушерок. Для того чтобы избежать воспалительных заболеваний, а в частности бесплодия необходимо проводить санитарно-просветительскую работу с молодым поколением заблаговременно.

Профилактика абортс включает в себя несколько аспектов это раннее просвещение девочек по теме беременности, поддержка женщины решившей родить, контрацепция и разумный подход в планировании семьи.

Очень важно наладить доверительные отношения с девочкой-подростком, постепенно подготавливая ее к нюансам взрослой жизни. Следует в доступной форме рассказать о том, как предотвратить нежелательную беременность и о половом воспитании в целом.

Для более взрослых девушек в центрах по планированию семьи и женских консультациях есть возможность получить буклеты, рассказывающие подробно о статистике негативных последствий после абортс в России и

подробные рекомендации о том, как их избежать, а так же от медицинских работников [12].

Заботиться о профилактике эндокринных форм бесплодия следует с детского возраста. Уменьшение и предупреждение детских инфекций, хронического тонзиллита, ревматизма, гриппа, токсоплазмоза в детском или подростковом возрасте позволит избежать нарушений в функции яичников и процессов гипоталамо-гипофизарной регуляции.

Большое значение имеет правильное эмоциональное и физическое воспитание, потому как функция яичников нередко страдает по причине умственного перенапряжения, психологических и сексуальных травм. Очевиден тот факт, что часто эндокринное бесплодие развивается после патологических родов, абортов, воспалительных инфекций женской половой системы, интоксикации, поэтому следует уделять внимание профилактике данных состояний.

Профилактические меры так же включают своевременное выявление и полное лечение заболеваний половых органов инфекционного и воспалительного характера. В связи с этим необходимо использовать барьерные методы контрацепции для защиты от инфекций [9].

Психологические проблемы в равной мере с другими проблемами оказывают негативное влияние на репродуктивную функцию женщины. Зачастую именно нервное перенапряжение является причиной проблем с зачатием. Для того чтобы в дальнейшем забеременеть, выносить и родить ребенка необходимо избегать стрессовых ситуаций, а при необходимости рекомендуется посещение психолога.

## **ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ**

### **2.1. Материалы и методы исследования**

Материалами для исследования послужили данные, полученные при анализе 50 историй гинекологических больных, статистические данные женщин пролечившихся от бесплодия в гинекологическом отделении ОГБУЗ «Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа» и анкетирование женщин в женской консультации ОГБУЗ «Городская поликлиника города Белгорода поликлиническое отделение №8» в количестве 30 человек.

В процессе исследования мною были использованы такие методы, как:

1. Научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме.
2. Статистический (анкетирование и анализ медицинской документации).
3. Эмпирический.

### **2.2. Результаты собственного исследования**

В настоящее время число женщин страдающих бесплодием ежегодно увеличивается, в связи с этим нами был проведен анализ статистических данных за 2017-2018 гг. по Российской Федерации и Белгородской области, взятых с официального сайта Министерства здравоохранения Российской Федерации. В ходе анализа было выявлено, что в 2017 году количество женщин страдающих бесплодием в РФ составляло 280 613 человек, а на момент 2017 года эта цифра выросла до 284 314 женщин (Рис. 1). А по Белгородской области в 2016 году зарегистрировано 1137 женщин, в 2018 году - 1457 (Рис. 2).

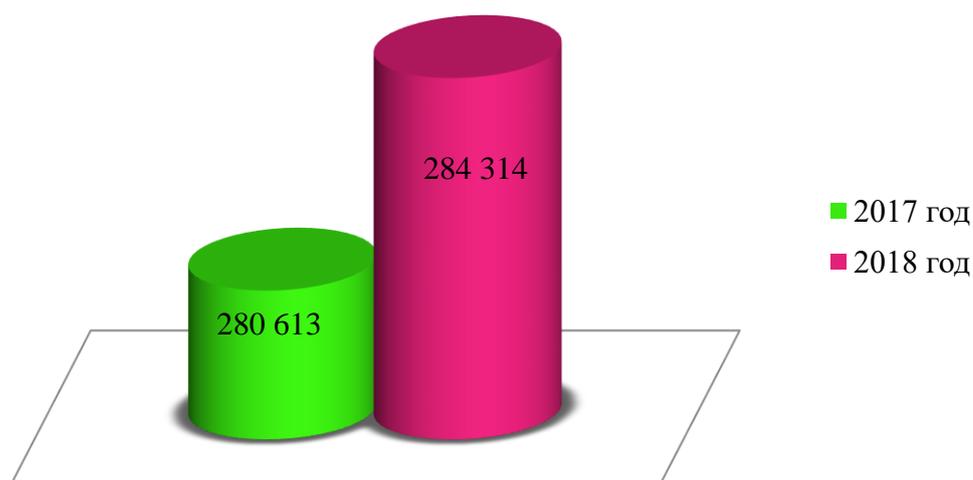


Рис. 1 Общее количество женщин с бесплодием на территории Российской Федерации

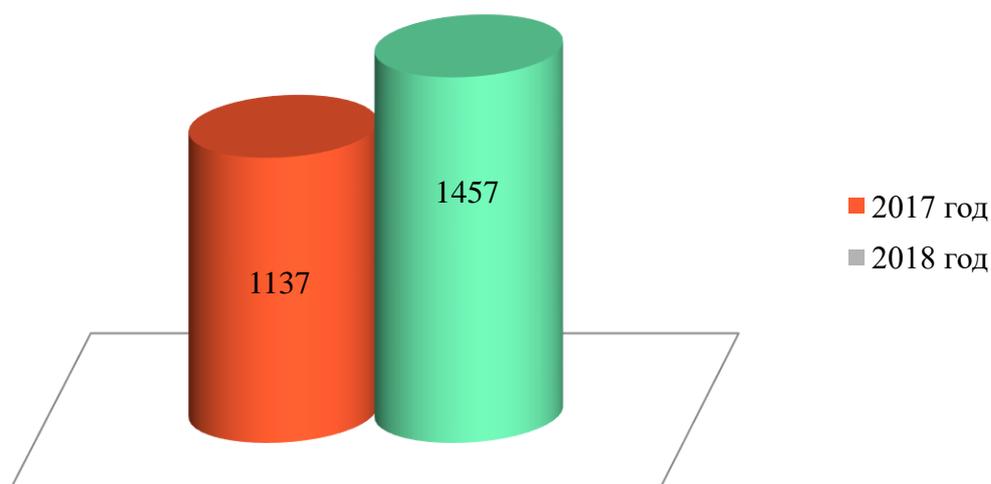


Рис. 2 Количество женщин с бесплодием на территории Белгородской области

В ОГБУЗ «Городской поликлиники города Белгорода поликлинического отделения №8» нами были взяты статистические данные женской консультации женщин, состоящих на диспансерном учете с бесплодием за 2016-2018гг. Был проведен анализ, из которого мы видим, что за 2016-2017 года количество женщин состоящих на диспансерном учете составляет 7 человек, но вот к 2018

году показатель вырос вдвое и составляет 14 человек (Рис. 3). Из чего следует сделать вывод, что уровень заболеваемости растет.

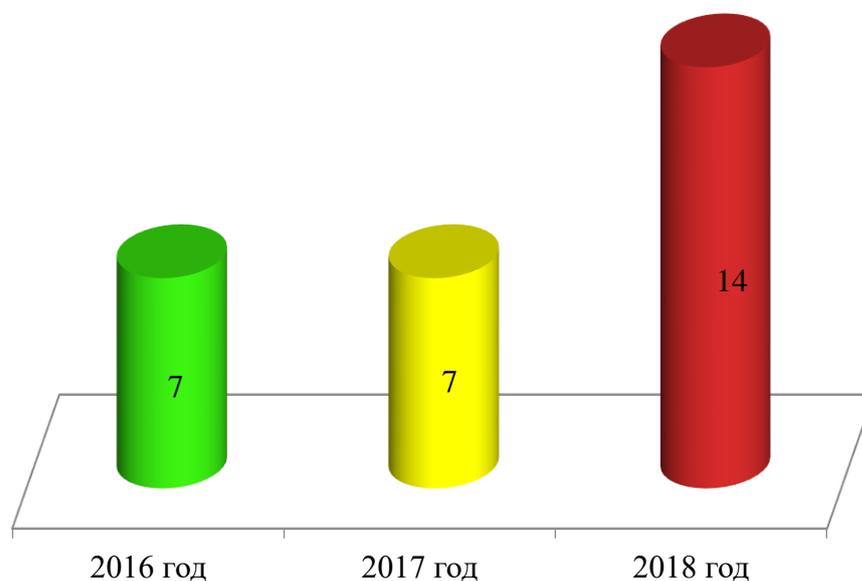


Рис.3 Количество женщин состоящих на диспансерном учете в поликлинике №8 Г. Белгорода

Для определения уровня заболеваемости женским бесплодием был проведен анализ статистических данных гинекологического отделения за период 2016-2018 гг. За 2016 год в отделении гинекологии было пролечено 510 женщин, в 2017 году 366 женщин, а в 2018 году 200 (Рис. 4). Согласно этому напрашивается вывод, что количество женщин страдающих бесплодием снижается, но данный показатель может быть не достоверным, так как необходимо учитывать количество госпитализированных и в другие стационары города.

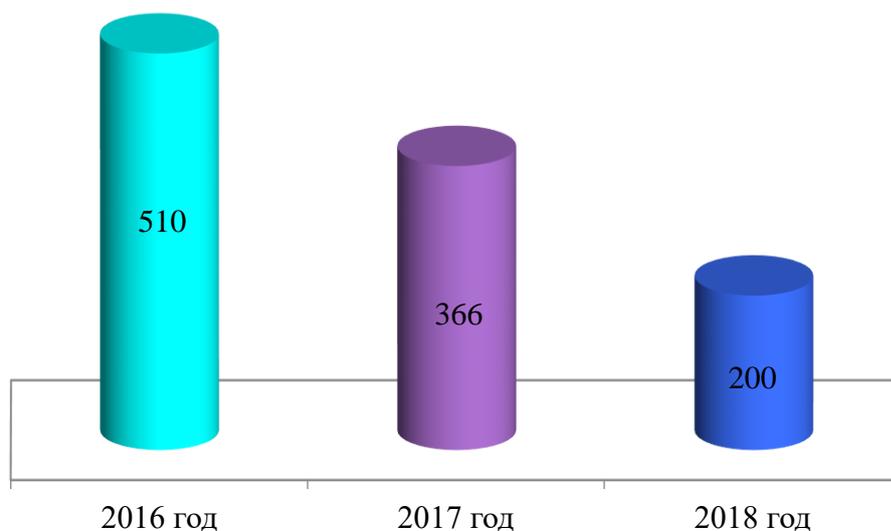


Рис.4 Уровень заболеваемости женщин

Мною был проведен анализ историй болезни женщин, страдающих бесплодием. В результате исследования было выявлено, что 34% женщин в возрасте от 26 до 30 лет, 30% от 31 до 34 лет, 28 % от 35 до 39 лет и 8% от 40 до 45 лет (Рис. 5).

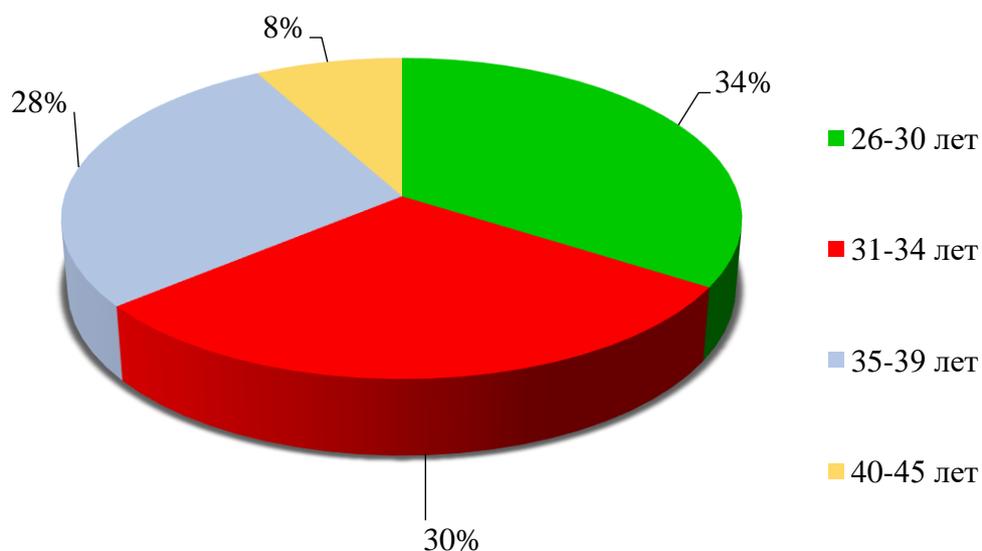


Рис.5 Возраст женщин

Из числа исследуемых женщин беременность не наступала у 54%, были беременны 1 раз - 24%, 2 раза - 14% , 3 раза беременность наступала у 2%, 4 беременности было у 4% и 5 беременностей наступало у 2% исследуемых (Рис. 6).

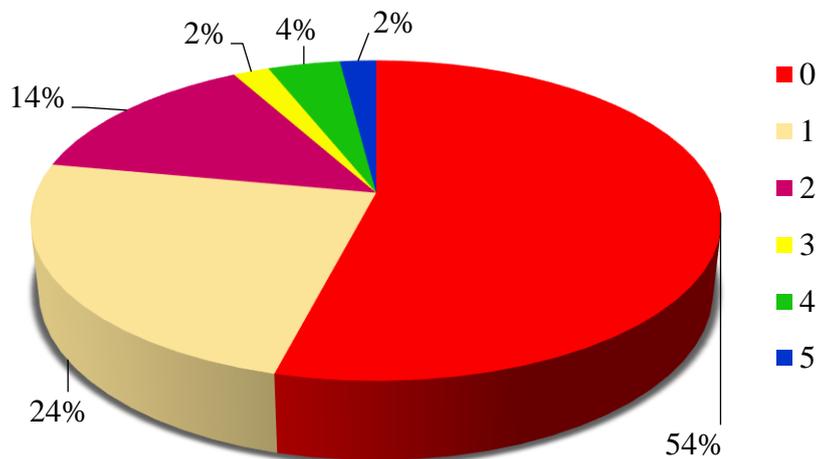


Рис.6 Количество беременностей

В ходе анализа историй болезни было выявлено, что 74% женщин ни разу не рожали, у 22% роды были 1 раз, 4% рожали 2 раза (Рис. 7).

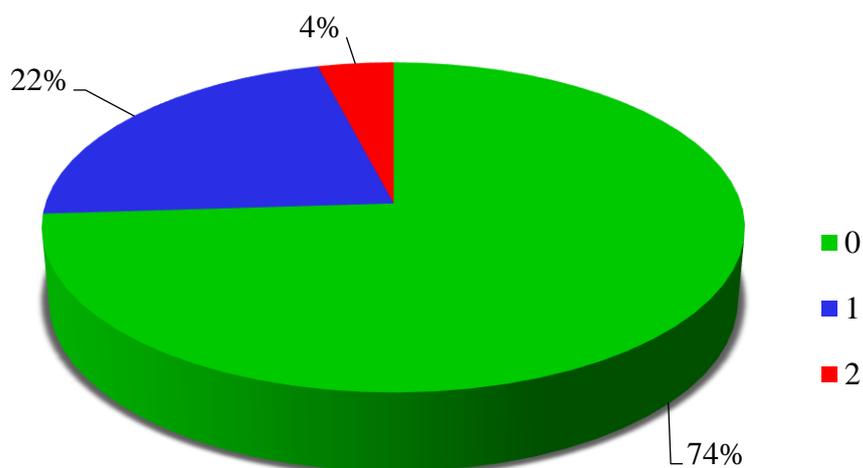


Рис. 7 Количество родов

Исходя, из результатов диаграммы было выявлено, что 86% исследуемых женщин не делали абортов ни разу, 12% делали аборт 1 раз и 2% делали аборт 2 раза (Рис. 8).

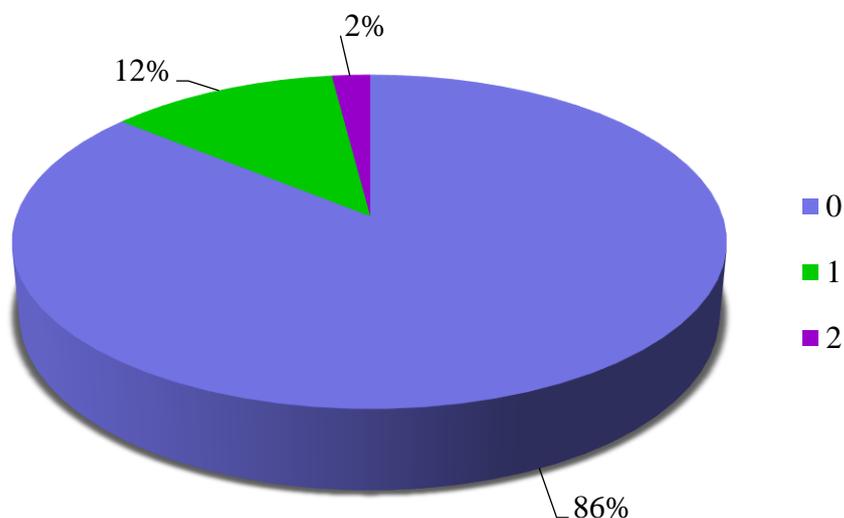


Рис. 8 Количество абортов

Среди исследуемых историй болезни было выявлено 80% женщин, у которых не наблюдалось самопроизвольного прерывания беременности, у 12% - 1 раз, у 8% - 2 раза (Рис. 9)

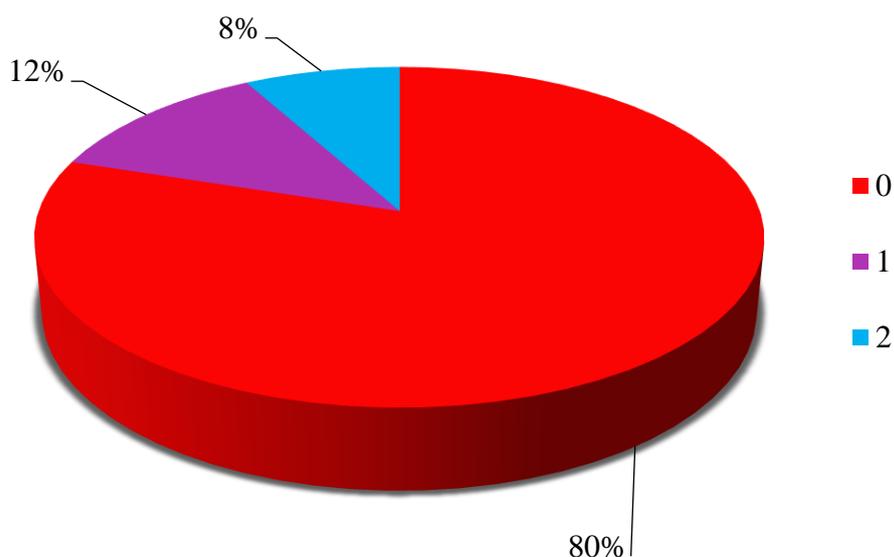


Рис. 9 Количество выкидышей

По итогам анализа историй была выявлена продолжительность бесплодия. От 2 до 6 лет встречается у 52%, 42% женщин страдают бесплодием от 7 до 10 лет и 6% от 11 до 15 лет (Рис. 10).

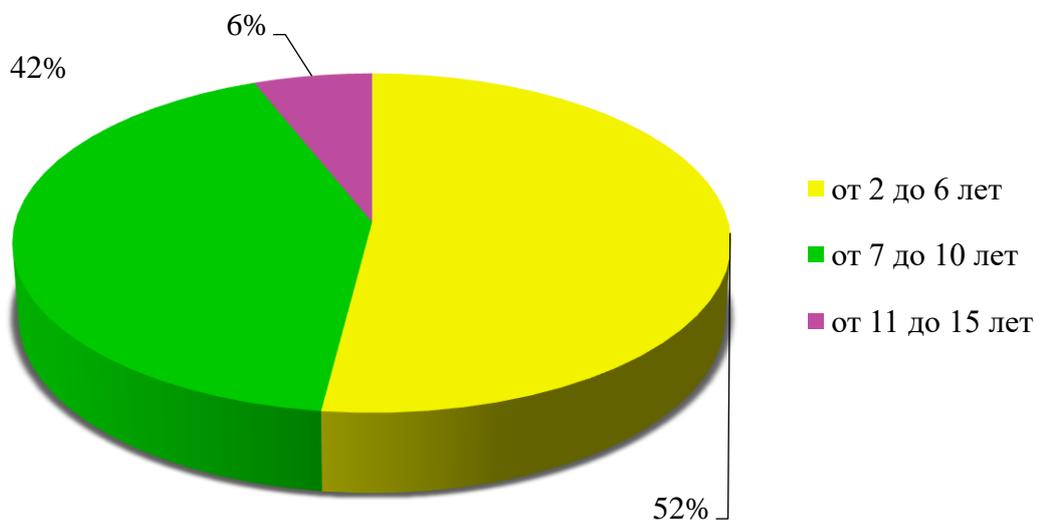


Рис. 10 Продолжительность бесплодия

Среди исследуемых историй болезни было выявлено, что у 82% женщин менструации регулярные, у 18% не регулярные (Рис. 11).

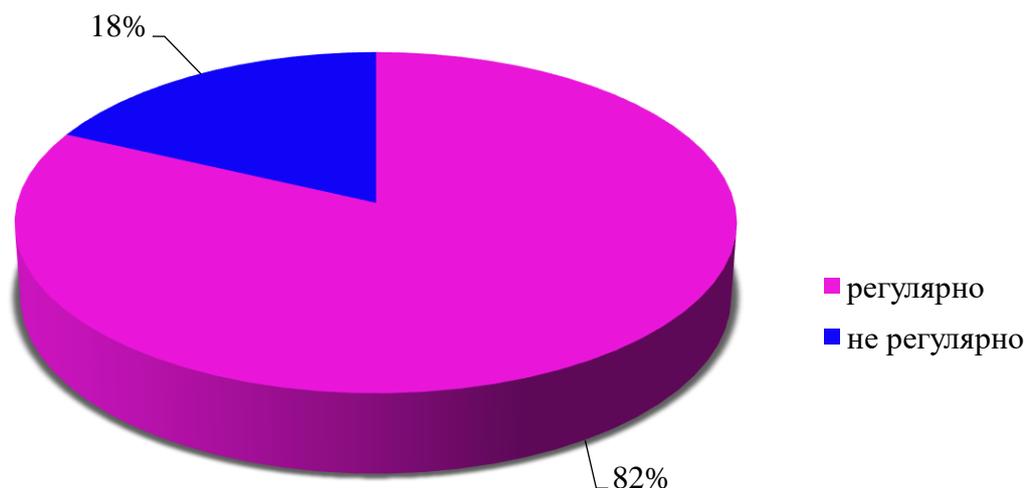


Рис. 11 Характеристика менструального цикла

Продолжительность менструального цикла у 56% пациенток составляет 24-29 дней, у 34% от 30 и более дней, у 10% от 18 до 23 дней (Рис. 12).

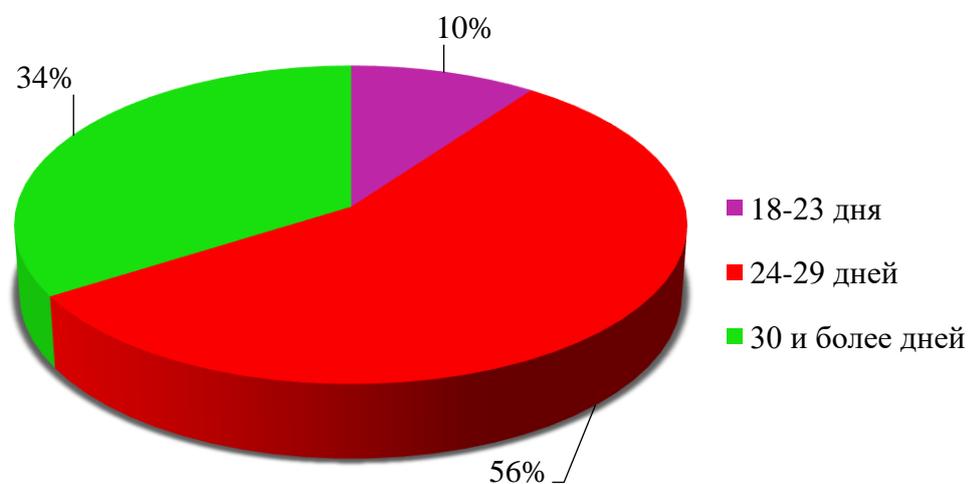


Рис. 12 Продолжительность менструального цикла

По результатам исследования было выявлено 82% женщин, которые не болели инфекциями передающиеся половым путем, 12% были пролечены от уреаплазмоза и 6% от хламидиоза (Рис. 13).

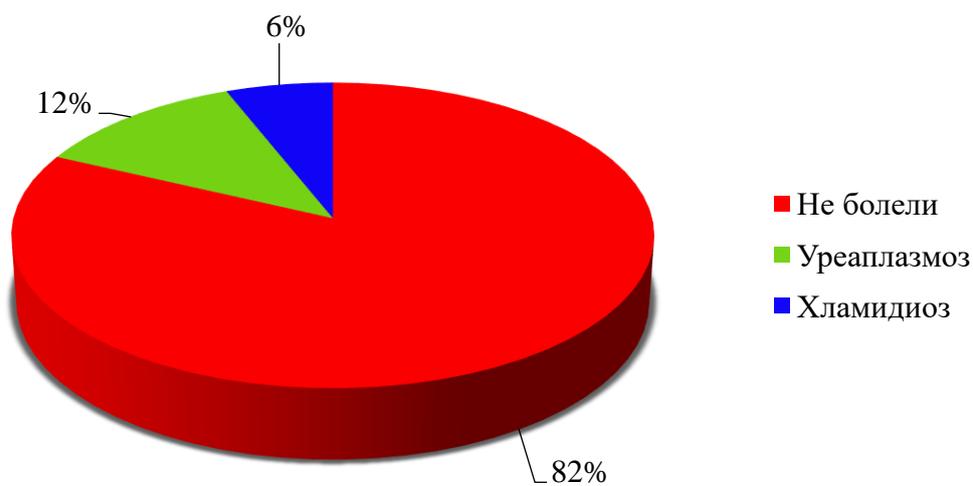


Рис. 13 Наличие ИППП у исследуемых женщин

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 оварально - менструального цикла (Рис. 14).

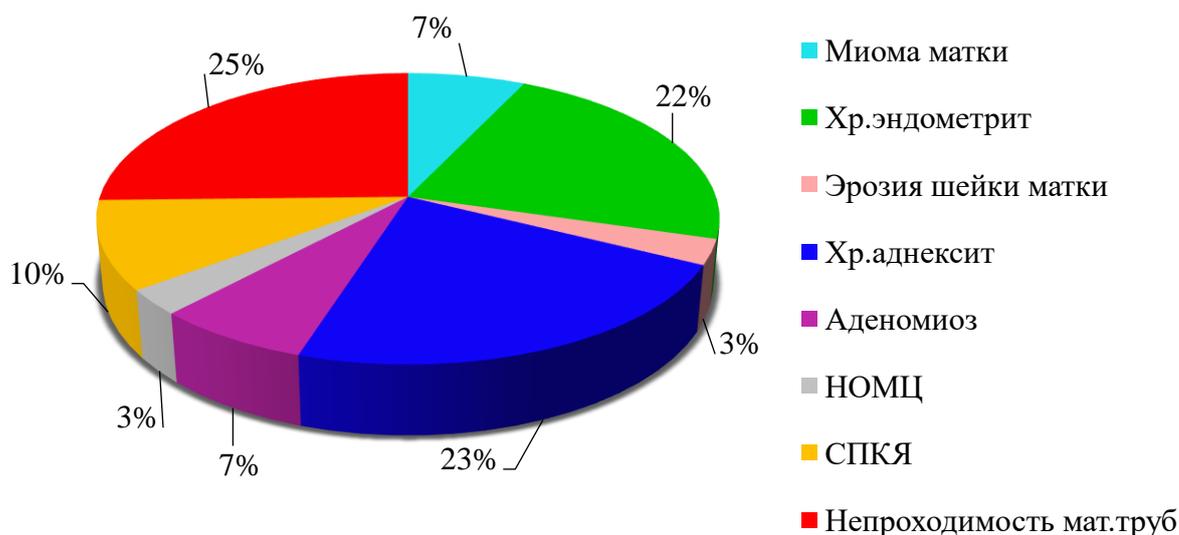


Рис. 14 Наличие гинекологических заболеваний в исследуемой группе

Анализ историй болезни показал, 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. (Рис. 15)

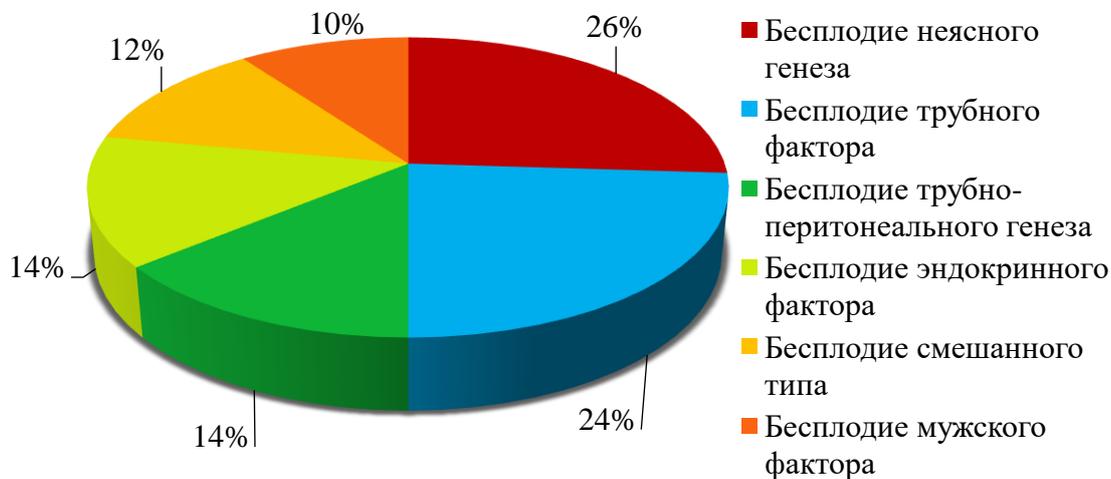


Рис. 15 Причины женского бесплодия

Нами проведено анкетирование 30 человек с целью выявления уровня информированности женщин о причинах, приводящих к бесплодию.

Из числа респондентов 57% женщин в возрасте от 18-24 лет, 23% от 25 до 35 лет и 20% от 36 до 45 лет (Рис. 16).

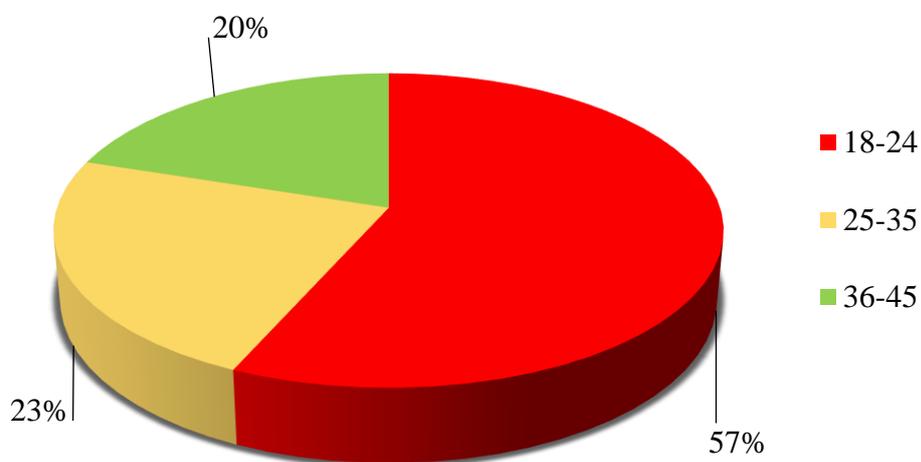


Рис. 16 Возраст анкетированных женщин

По результатам анкетирования было выявлено, что у 70% респондентов наблюдались расстройства менструального цикла, а 30% не сталкивались с данной проблемой (Рис.17).

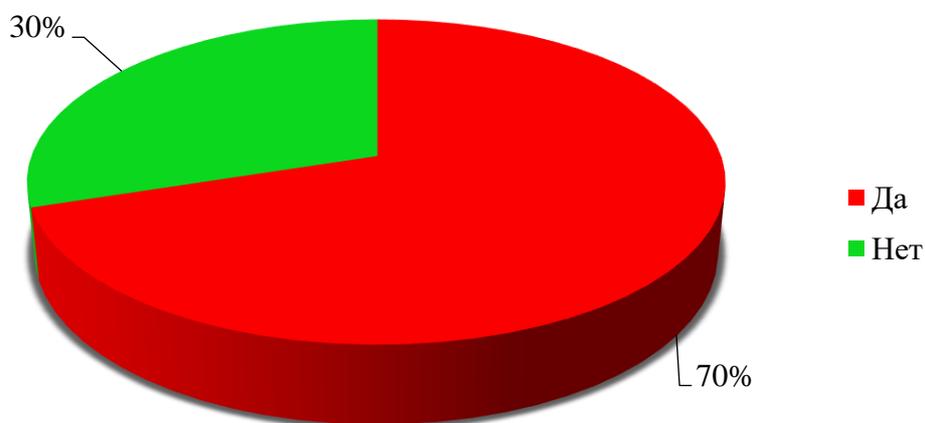


Рис. 17 Расстройства менструального цикла

По итогам проведенного исследования было выявлено, что 36% женщин были беременны 2 раза, 27% - 1 раз, 20% - не были беременны ни разу и 17% - 3 и более раз (Рис. 18).

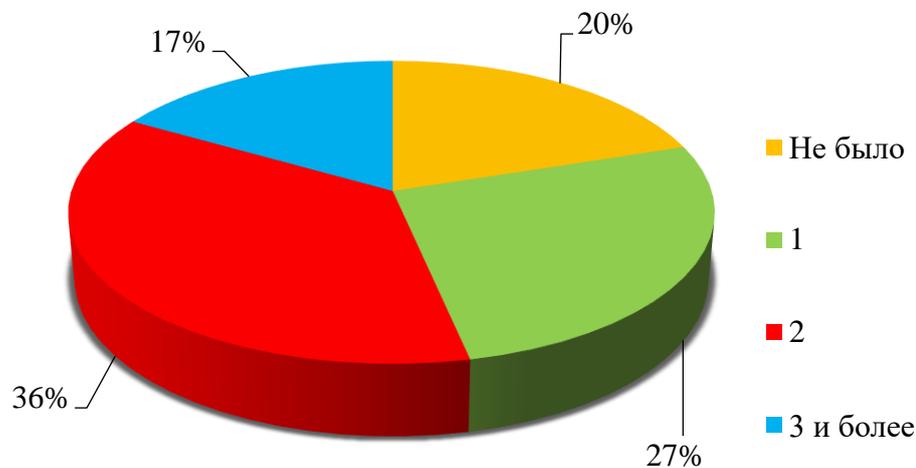


Рис. 18 Количество беременностей

Из общего числа проанкетированных нами женщин было обнаружено 42% респондентов, у которых производились аборт, у 37% беременность завершилась родами и у 21% выкидышем (Рис. 19).

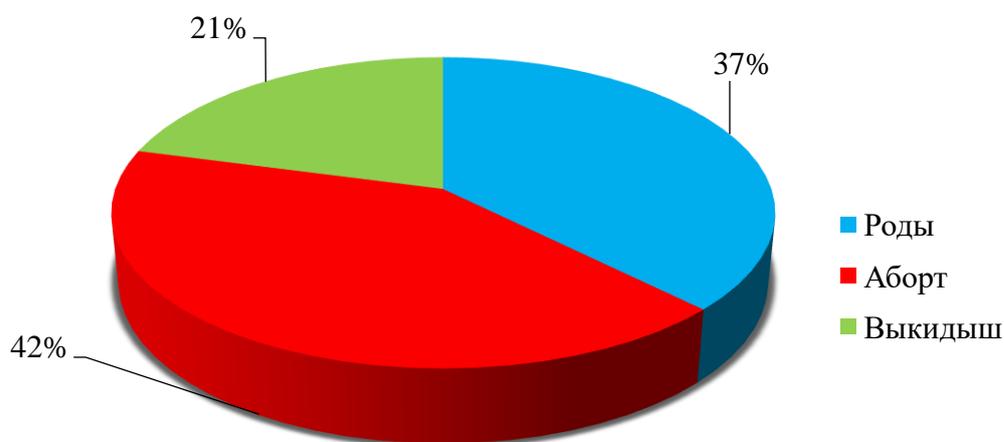


Рис. 19 Исход беременностей

Из всего числа проанкетированных женщин 60% знают, что такое бесплодие, 20% затрудняются ответить и 20% не знают что такое бесплодие (Рис.20).

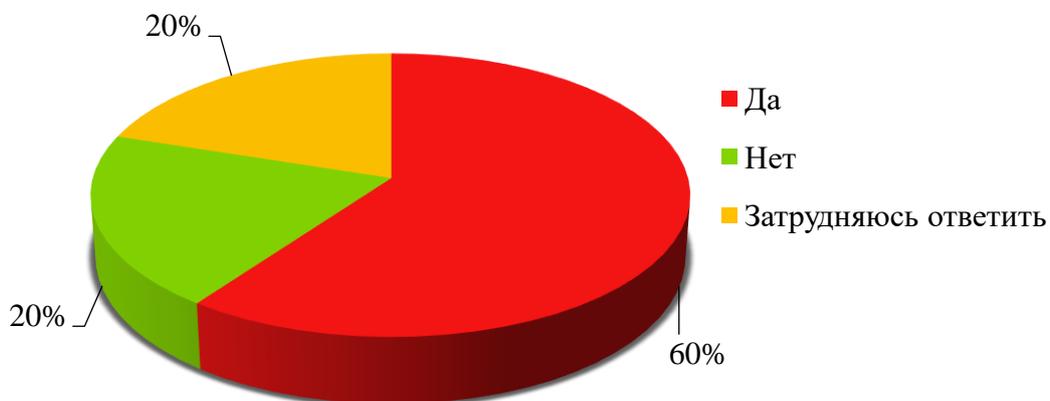


Рис. 20 Информированность женщин о причинах бесплодия

В результате анкетирования было установлено, что 53% респондентов считают проблему бесплодия актуальной, 27% склоняются к тому, что проблема не актуальна и 20% затрудняются ответить (Рис. 21).

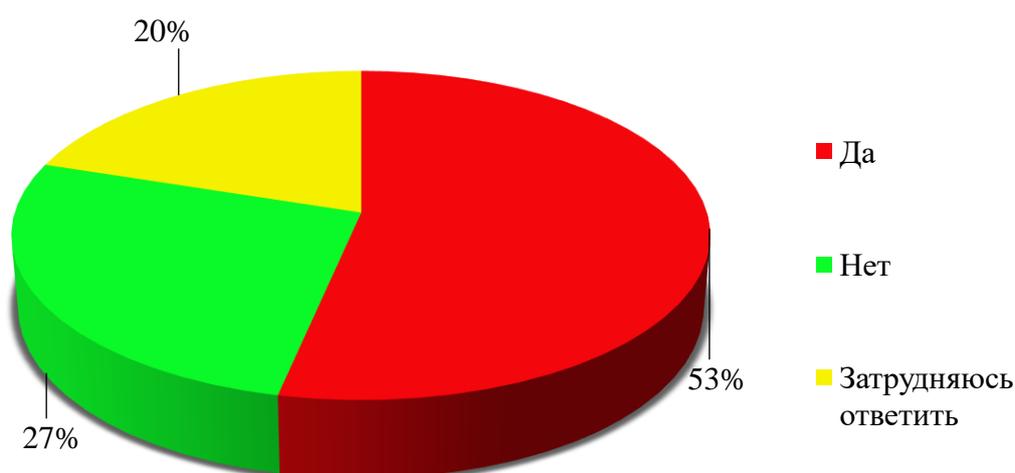


Рис. 21 Актуальность проблемы бесплодия

В ходе анкетирования нами было установлено, что из 30 участниц 32% женщин основной причиной бесплодия выбрали аборт, 26% считают причиной инфекции передающиеся половым путем, 19% считают главной причиной гинекологические заболевания, 16% - экстрагенитальные заболевания и 7% выбрали стрессы (Рис. 22).

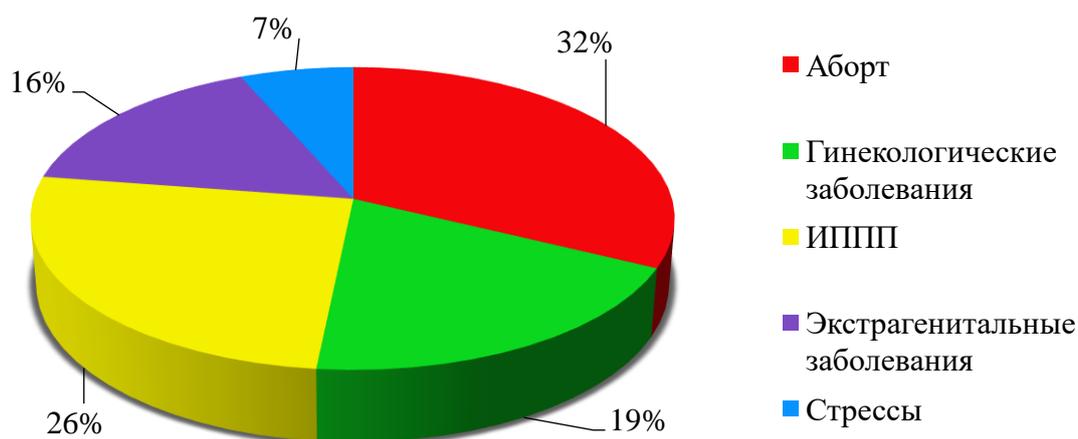


Рис. 22 Причины бесплодия

По результатам анкетирования нами было выявлено 87% женщин, которые ответили то, что им не приходилось сталкиваться с бесплодия и 13% женщин ответили, что страдают бесплодием (Рис. 23).

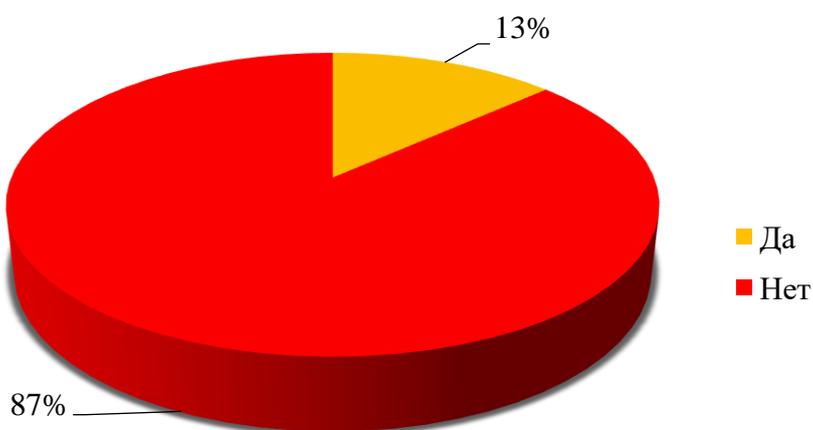


Рис. 23 Количество бесплодных женщин

В ходе анкетирования было выявлено, что из 30 участников 80% женщин ответили, что с ними не проводились беседы в женской консультации на тему: «Профилактика женского бесплодия» и только 20% дали положительный ответ (Рис. 24).

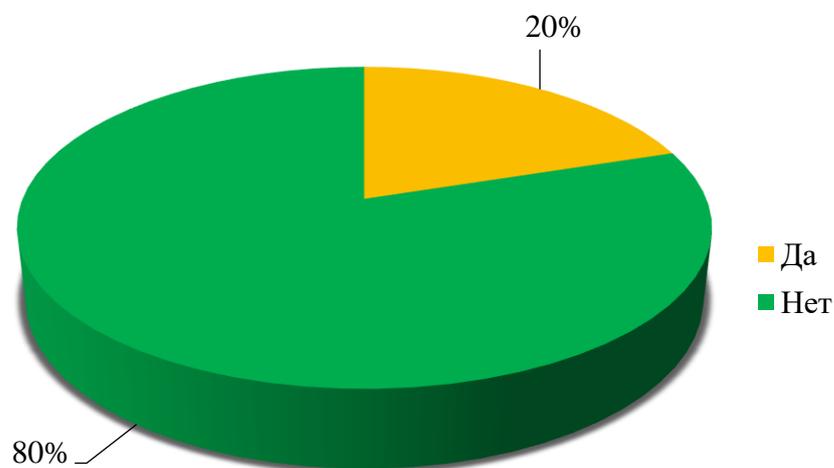


Рис. 24 Проведение санитарно просветительской работы в женской консультации

Среди 30 проанкетированных женщин 64% респондентов ответили, что посещают гинеколога 1 раз в год, 30% женщин ходят на прием 1 раз в 6 месяцев и только 6% посещают гинеколога только тогда, когда их что-то беспокоит (Рис. 25).

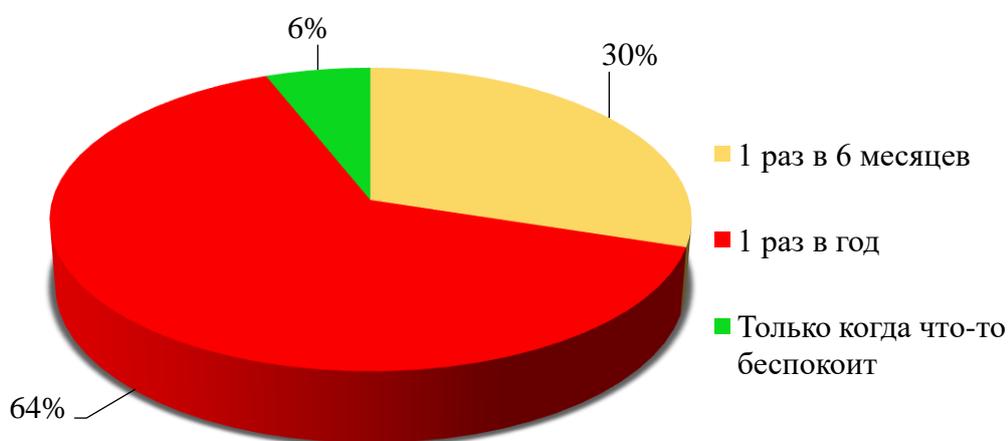


Рис. 25 Посещение гинеколога

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С каждым годом большая часть пар фертильного возраста сталкивается с проблемами репродуктивного здоровья. Одной из главных проблем является бесплодие, причем как женское, так и мужское. На сегодняшний день более 15% супружеских пар не могут зачать ребенка.

Существует большое количество причин приводящих к нарушению функции зачатия. Основными причинами, приводящими к женскому бесплодию, являются: заболевания эндокринной системы, искусственное прерывание беременности, а так же большую роль играют социальные факторы и особенности полового поведения. К ним относится раннее начало половой жизни, наличие нескольких половых партнеров и отсутствие контрацепции, которое в дальнейшем может приводить к инфицированию и развитию воспалительных заболеваний органов малого таза, в результате чего возникает бесплодие.

С целью предотвращения развития женского бесплодия необходимо проводить профилактику, которая будет направлена на снижение числа ранних абортов, регулярные посещения гинеколога, снижение числа воспалительных заболеваний органов малого таза, а так же просвещать о современных методах контрацепции.

Первоначально следует делать акцент на культуру полового воспитания. Для этого необходимо проводить беседы в учебных заведения с молодежью. Поскольку раннее начало проведения профилактических мероприятий позволит исключить большое количество гинекологических заболеваний в дальнейшем уже у взрослого населения.

Основная же работа с женщинами по профилактике первичного и вторичного бесплодия возлагается на плечи акушерок женской консультации. Акушерками осуществляется индивидуальная работа с женщинами, как в женской консультации, так и на территории закрепленного за ней района.

Вследствие проведенного нами анкетирования было выявлено, что из 30 опрошенных женщин 80% респондентов ответили, что работа по профилактике женского бесплодия с ними не проводилась и лишь 20% дали положительный ответ. Из этого следует сделать вывод, что профилактические работы проводятся, но не в достаточном количестве. Для этого с целью предупреждения бесплодия, необходимо как можно больше приложить сил по пропаганде здорового образа жизни.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бекманн, Ч.Р. Акушерство и гинекология [Текст] / Ч. Р. Бекманн. - М.: Медицинская литература, 2017. - 260 с.
2. Гордеева, Г. Д. Акушерство и гинекология [Текст] / Г.Д. Гордеева, Г.К. Степанковская. - М.: Эксмо, 2016. - 400 с.
3. Дуда, В.И. Гинекология [Текст] / В. И. Дуда и др.—Мн.: Харвест, 2004.- 560 с.
4. Кретьова, Н. Е. Акушерство и гинекология [Текст] / Н.Е. Кретьова, Л.М. Смирнова. - М.: Медицина, 2014. - 352 с.
5. Кулаков, В. И. Гинекология [Текст] / В.И. Кулаков, В.Н. Серов, А.С. Гаспаров. - М.: Медицинское информационное агентство, 2018. - 616 с.
6. Подзолкова, Н.М. Эндокринное бесплодие: от программируемого зачатия до экстракорпорального оплодотворения [Текст] / Н.М. Подзолкова, И.В. Кузнецова, Ю.А. Колода.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 112 с.
7. Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»» от 1 ноября 2012г. N 572 н. (Зарегистрировано в Минюсте России 2 апреля 2013г. N 27960)
8. Радзинский, В.Е. Руководство к практическим занятиям по гинекологии [Текст] // Под ред. В.Е.Радзинского, - М.: МИА, 2014.- 361 с.
9. Савельева, Г.М. Гинекология. Национальное руководство. Краткое издание [Текст] / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, И. Б. Манухина. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2013. – 704 с.
10. Савельева, Г.М. Гинекология: Учебник [Текст] / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г Бреусенко. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008 — 432 с.: ил.
11. Серова, В.Н. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации [Текст] / В.Н. Серова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 656 с.

12. Сидорова, Т. В. Амбулаторно-поликлиническая помощь в акушерстве и гинекологии / Под редакцией И.С. Сидоровой, Т.В. Овсянниковой, И.О. Макарова. - М.: МЕДпресс-информ, 2015. - 720 с.
13. Славянова, И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии : учеб. пособие [Текст] / И.К. Славянова. — 6-е изд., доп. и перераб. — Ростов н/Д : Феникс, 2010. — 395 с. : ил. — (Медицина).
14. Стрижаков, А. В. Акушерство и гинекология [Текст] / А. В. Стрижаков. – М., 2015. – 213 с.
15. Яковенко, Е.М. Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) и другие методы преодоления бесплодия [Текст] / Е.М. Яковенко, С.А. Яковенко. – 2017. – 280 с.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ**

**Уважаемые участники!**

Пожалуйста, прочтите внимательно вопросы данной анкеты и по возможности ответьте искренно на поставленные вопросы.

**Анкета является анонимной!**

1) Ваш возраст:

А. 18 - 24 лет

Б. 25 - 35 лет

В. 36 - 45 лет

2) Сталкивались ли Вы с расстройствами менструального цикла?

А. Да

Б. Нет

3) Сколько раз Вы были беременны?

А. Не была беременна

Б. 1 раз

В. 2 раза

Г. 3 и более раз

4) Чем закончилась беременность?

А. Роды

Б. Аборт

В. Выкидыш

5) Знаете ли Вы что такое бесплодие?

А. Да

Б. Нет

В. Затрудняюсь ответить

6) Как Вы считаете, актуальна ли проблема бесплодия в настоящее время?

А. Да

Б. Нет

В. Затрудняюсь ответить

- 7) Какую из причин бесплодия Вы считаете основной?
- А. Аборты
  - Б. Гинекологические заболевания
  - В. Инфекции передающиеся половым путем
  - Г. Экстрагенитальные заболевания
  - Д. Стрессы
- 8) Страдаете ли Вы бесплодием?
- А. Да
  - Б. Нет
- 9) Проводились ли с Вами беседы в женской консультации на тему:  
«Профилактика женского бесплодия»?
- А. Да
  - Б. Нет
- 10) Как часто вы посещаете гинеколога?
- А. 1 раз в 6 месяцев
  - Б. 1 раз в год
  - В. Только когда что-то беспокоит

**Спасибо за участие!**