

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ»**  
(НИУ «БелГУ»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**ЦМК Клинических дисциплин**

**ВЛИЯНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ  
МАЛОГО ТАЗА НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕНЩИН**

**Дипломная работа студентки**

очной формы обучения  
специальности 31.02.02 Акушерское дело  
3 курса группы 03051624  
Мирошниченко Анастасии Петровны

Научный руководитель  
преподаватель Бухарина. С. А

Рецензент  
Врач акушер-гинеколог  
ординатор отделения гинекологии ОГБУЗ  
«Городская больница №2 г. Белгорода  
Колесников Юрий Васильевич

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ ПО ВОПРОСАМ ВЛИЯНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕНЩИН. ....	5
1.1. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний органов малого таза.....	5
1.2.Классификация воспалительных заболеваний органов малого таза.....	6
1.3.Клинические проявления воспалительных заболеваний органов малого таза.....	11
1.4.Методы диагностики воспалительных заболеваний органов малого таза.....	16
1.5 Основные методы лечения воспалительных заболеваний органов малого таза.....	17
1.6. Планирование беременности при воспалительных заболеваниях органов малого таза.....	18
1.7.Осложнения беременности и родов, введение беременности у пациенток с воспалительных заболеваний органов малого таза. ....	19
ГЛАВА 2. СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИСХОДА БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА.....	23
2.1 Материалы и методы исследования.....	23
2.2 Результаты анализа статистических данных и исследований медицинской документации исхода беременности и родов у женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза. ....	24
2.3 Выводы.....	34
ЗАКЛЮЧЕНИЕ. ....	36
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	38
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	40

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы.** Заметно, что за последние годы отмечается резкий рост числа воспалительных заболеваний органов малого таза, особенно это наблюдается у женщин репродуктивного возраста. В современном мире по частоте встречаемости среди гинекологических заболеваний воспалительные заболевания органов малого таза занимают первое место, в связи с возрастанием инфекций, передаваемых половым путем (ИППП).

Спектр возбудителей воспалительных заболеваний женских половых органов, составляющих 40-60% гинекологических больных, за последние годы сильно увеличился. Снизилась частота бактериальных инфекций и в значительной степени увеличился уровень хламидийной, микоплазменной и вирусной инвазии. 25 % воспалительных заболеваний составляют вирусные инфекции, а на хламидиоз и микоплазмоз приходится более половины всей инфекционной патологии гениталий. Хронический эндометрит встречается у 2,5-10% гинекологических больных, сальпингоофорит обнаружен у 21,8% пациенток, гонорея встречается у 40% пациенток, хламидиоз составляет 30% у гинекологических больных. Микст-инфекция, в виде различных сочетаний хламидий, микоплазм, гонококков, трихомонад, дрожжеподобных грибов *Candida*, стало наиболее распространённой причиной воспалительных заболеваний органов малого таза.

С воспалительными заболеваниями органов малого таза связаны различные нарушения менструальной и репродуктивной функцией (бесплодие, повышенный риск внематочной беременности, внутриутробная гибель плода, инфицирование плода, преждевременные роды, произвольные выкидыши на различных сроках беременности, замершая беременность, анэмбриония, гипоксия плода и др.). Во время родов встречаются такие осложнения как: несвоевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, многоводие и др. В послеродовом периоде так же имеются осложнения: развитие послеродового эндомиометрита, появление кровянистых выделений,

изменения иммунной системы и др., а также вовлечение в патологию других органов и систем.

**Цель исследования:** изучить течение беременности, родов и послеродового периода у женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза.

**Задачи исследования:**

1. Изучение теоретических основ проблемы воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин репродуктивного возраста.
2. Анализ медицинской документации, выявить исход беременности и родов у женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза.
3. Выявление особенностей течения беременности и родов у женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза.
4. Разработать и подготовить буклет влияние воспалительных заболеваний органов малого таза на репродуктивную функцию женщин.

**Объект исследования:** профилактика воспалительных заболеваний органов малого таза, беременность и роды у женщин с ВЗОТ.

**Предмет исследования:** профессиональная деятельность акушерки в профилактике ВЗОТ.

**Методы исследования, использованные для решения задач:**

1. Научно – теоретический анализ медицинской литературы по данной теме.
2. Сравнительный анализ изученной медицинской документации.
3. Статистическая обработка информации материалов исследования.

# **ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ ПО ВОПРОСАМ ВЛИЯНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕНЩИН**

## **1.1. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний органов малого таза**

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОТ) – это группа заболеваний, вызванных патогенными микроорганизмами (такие как, гонококки, хламидии, трихомонада, цитомегаловирус и др.) и условно-патогенными микроорганизмами (стафилококки, стрептококки, микоплазмы и уреаплазмы) [2]. Нередко причиной ВЗОТ являются смешанные возбудители.

Этиология.

Основной путь передачи возбудителей – половой акт. Но и так же возможны заражение в быту, распространение возбудителей через кровь, лимфу, и вертикальный путь передачи (от матери к ребенку) во время родов.

В зависимости от возбудителя различают воспалительные процессы неспецифические и специфические.

К возбудителям неспецифической этиологии относятся: стафилококки, стрептококки, кишечная палочка, а к возбудителям вызывающим специфические воспалительные заболевания, относятся: гонококк, трихомонада, Candida, туберкулезная микобактерия, микоплазма, хламидии и вирусы [8].

Высокий уровень заболеваемости ВЗОТ отмечается у девушек в репродуктивном возрасте (от 15 до 24 лет), после 30 лет частота заболеваемости ВЗОТ в значительной степени уменьшается. Это характерно в первую очередь тем, что меняется половое поведение и социальный статус женщин. Следовательно, риск развития ВЗОТ напрямую связано с частой

сменой половых партнеров и другими факторами. Также причиной инфицирования может быть диагностические и хирургические манипуляции на орган малого таза [4].

Можно выделить следующие факторы, появление заболеваний в органах малого таза:

- Отсутствие постоянного полового партнера;
- Половой акт без применения методов контрацепции;
- Несоблюдение правил личной гигиены;
- Внутриматочные вмешательства, а так же применение внутриматочных спиралей;
- Переохлаждение организма.

#### Патогенез

После попадания инфекции в очаге заражения происходят изменения с возникновением воспалительной реакции. Высвобождаются биологически активные медиаторы воспаления, приводящие к расстройству микроциркуляции с экссудацией и одновременно стимуляцию пролиферативных процессов. Воспалительная реакция характеризуется пятью кардинальными признаками (краснота, припухлость, повышение температуры тела, болезненность и нарушение функций), а так могут возникать общие реакции, проявления которых зависит от интенсивности и распространенности воспалительного процесса. К общим проявлениям воспаления относится (лихорадка, реакция кроветворной ткани с развитием лейкоцитоза, повышенная СОЭ, ускоренный обмен веществ, и др.). Изменяется деятельность нервной, гормональной, сердечно - сосудистой систем [8].

В распространении инфекции у женщин преобладает восходящий путь заражения – из матки в просвет маточной трубы. В воспалительный процесс вовлекаются все слои маточной трубы – сальпингит, яичник поражается в половине всех случаев [1].

ВЗОТ заканчиваются выздоровлением лишь у 3% пациенток, у остальных переходит в хроническую форму заболевания [12].

## **1.2.Классификация воспалительных заболеваний органов малого таза**

Воспалительные заболевания органов малого таза по месту поражения микроорганизмами разделяют на инфекции нижнего и верхнего отделов половых органов [1].

К поражениям нижнего отдела половых органов относится:

- Уретрит –воспаление мочеиспускательного канала;
- Бартолинит –воспаление большой железы преддверия влагалища;

По течению заболевания различают острую и хроническую форму.

Острый бартолинит проявляется в виде: ложного абсцесса (первичный-каналикулит и вторичный – при воспалении ранее сформировавшейся кисты), и истинного абсцесса (проникновении инфекции непосредственно в ткани железы).

Хронический бартолинит характеризуется чередованием обострений и временных улучшений; обострение может возникать при менструациях, снижении иммунитета и при наличии других инфекционных заболеваний; при длительном течении хронической формы бартолинита в железе формируется киста, заполненная воспалительным экссудатом [3].

- Кольпит (вагинит)–воспаление слизистой оболочки влагалища;

Кольпиты подразделяются на:

- 1) Первичные (воспалется слизистая оболочка влагалища);
- 2) Вторичные – восходящие (инфекция попадает из вульвы во влагалище);
- 3) Вторично – нисходящие (инфекция проникает во влагалище из матки);
- 4) Дрожжевой кольпит или кандидозный кольпит – молочница;
- 5) Атрофический и синильный кольпит – развивается преимущественно фоне выраженного снижения гормональной функции яичника и истончения слизистой влагалища.

Кольпит делится на: специфический кольпит (образуется через инфекции, передающиеся половым путем), и неспецифический кольпит (характеризуется действиями условно-патогенных микроорганизмов: стафилококками, стрептококками, кишечной палочкой и др.).

По течению заболевания может быть: острый, подострый, вялотекущий, хронический, латентный, бессимптомный.

– Эндцервицит – воспаление слизистой шейки матки.

По течению заболевание имеет острую и хроническую форму [4].

– Вульвит – воспаление покров наружных половых органов.

Существуют два вида вульвита:

1. Первичный - возникает при несоблюдении гигиены, при травмах мочеполовые свищи, цистит, химические, термические и механические воздействия, гельминтоз, эндокринные заболевания, нерациональное принятие антибиотиков.

2. Вторичный - возникает вследствие воспалительных процессов внутренних половых органов (эндометрит, эндцервицит, кольпит), а так же при воспалительных заболеваниях мочевыделительной системы (цистит, мочеполовые свищи).

– Цервицит – воспаление слизистой оболочки шейки матки.

По течению заболевание может быть: острой формы, хронической

К поражениям верхнего отдела гениталий ВЗОТ относится:

– Эндометрит – воспаление слизистой полости матки;

По течению заболевания эндометрит бывает острый и хронический.

Острый эндометрит – воспаление слизистой оболочки матки с поражением базального слоя эндометрия.

Хронический эндометрит – воспалительный процесс поддерживается повторными внутриматочными вмешательствами [7].

– Параметрит – воспаление околоматочной клетчатки;

Выделяют: боковой параметрит (который возникает в большинстве случаев), передний и задний параметрит.



– Сальпингит – воспаление маточных труб;

По клиническому течению разделяют (острый, хронический, гнойный, двусторонний).

Острый сальпингит – в фаллопиевой трубе собирается жидкость, ткани воспаляются.

Хронический – Начинается спаечный процесс в фаллопиевых трубах, и при этой форме есть вероятность возникновения внематочной беременности.

Гнойный – воспаление возникает и в слизистой маточной трубе, в которой происходит развитие воспалительной реакции (гиперемия, расстройство микроциркуляции, экссудация, отек).

Двухсторонний – в процесс воспаления вовлекаются обе трубы [4].

– Сальпингоофорит (аднексит) – воспаление придатков матки (маточных труб и яичника).

Возникает восходящим путем из матки, нисходящим – с брюшин, по протяжению или лимфогенным – из прямой кишки, сигмовидной кишки, червеобразного отростка и гематогенным путем – из отдельных очагов инфекции организма.

– Тубоовариальный абсцесс – воспаление полости в области маточной трубы и яичника;

Выделяют несколько разновидностей гнойных формирований (пиосальпинкс, тубоовариальная опухоль, пиоварий).

– Пельвиоперитонит – воспаление брюшины малого таза.

Развивается как осложнение воспалительного процесса в органах малого таза, сопутствует сальпингоофориту, пиовару, перекруту ножки опухоли яичника, перфорации матки, некрозу мезоматозного узла.

В классификации выделяют воспалительные заболевания органов малого таза, которые передаются половым путем.

К ним относится:

– Синдром приобретенного иммунного дефицита.

ВИЧ-инфекция, синдром приобретенного иммунодефицита.

СПИД- медленно прогрессирующее заболевание, которое тяжело протекает, с летальным исходом.

В сущности заболевания следует поражение иммунной системы организма человека, пути передачи ( при половом контакте, при повреждении кожи и слизистых, через кровь, проявляется генерализованной лимфоденомапатией [14].

– Гонорея.

Специфический воспалительный процесс, вызванный гонококком, передаваемый половым путем. Внеполовое заражение встречается очень редко (через белье и полотенца). Инкубационный период составляет 3-4 дня.

– Кандидоз – инфекционное заболевания влагалища, распространяется на шейку матки и на вульву.

Грибковая флора попадает в половые органы женщины из кишечника и извне – при непосредственном контакте с источником инфекции (носители и больные), а так же через инфицированные предметы и при половых контактах. Возникновение заражения кандидозным кольпитом происходит при сопутствующих заболеваниях, которые снижают силы организма (сахарный диабет, туберкулез и др.), а так же длительно использование антибиотиков и гормональных контрацептивов, которое приводят к дисбактериозу.

Очень часто кандидоз выявляется у беременных женщин, что обусловлено тем, что происходят изменения в эндокринной и других системах организма [13].

– Трихомониаз.

Одно из самых распространённых заболеваний, которые передаются половым путем, вызывается влагалищной трихомонадой [14].

– Хламидиоз.

Передается половым путем, вызывается хламидиями. Для этого заболевания характерно длительное течение и недостаточно отчетливая клиника, склонность к рецидивам.

– Микоплазмоз.

Урогенитальная инфекция, которая протекает у женщин форме уретрита, цервицита, вагинита, аднексита и др. Имеет латентное течение заболевания.

Обнаруживают у 25% женщин. При этом заболевании дети рождаются с пороками внутриутробного развития [11].

### **1.3. Клинические проявления воспалительных заболеваний органов малого таза**

Для клинической картины при воспалительных заболеваниях органов малого таза, характерно сочетание типичных симптомов:

- Тянущий болевой синдром внизу живота и области таза;
- Боль иррадиирующая во внутреннюю часть бедра;
- Боли внизу живота, иррадиирующая в поясничную зону;
- Покраснение половых губ;
- Обильные выделения с неприятным запахом;
- Зуд во влагалище и жжение;
- Появление кровянистых выделений.

Уретрит.

Жалобы: на жжение, боль и зуд при мочеиспускании, гнойные выделения из мочеиспускательного канала, повышение температуры тела.

При осмотре: отмечается гиперемия, отечность мочеиспускательного канала, гнойные выделения с неприятным запахом.

Бартолинит.

Заболевание начинается с каналикулита (воспаление наружного протока железы).

Жалобы: Острая пульсирующая боль внизу живота, повышение температуры тела, боли внизу живота усиливающиеся при ходьбе,

При осмотре: Припухлость половых губ, покраснение, гиперемия, увеличение бартолиновой железы [6].

Кольпит (вагинит).

Жалобы пациентки: на зуд, жжение, обильные выделения из влагалища, боли внизу живота, болезненность при мочеиспускании.

При осмотре в зеркалах: слизисто-гнойные выделения с зловонным запахом, отечность и покраснение слизистых оболочек влагалища и наружных половых органов

Эндоцервицит.

Жалобы: Недомогание, повышение температуры тела, обильные густые гнойные выделения из влагалища, зуд, жжение (в области вульвы).

При осмотри взеркала: отек и гиперемия слизистой оболочки вокруг наружного зева шейки матки, гнойные выделения из шеечного канала. В острой стадии возможно возникновение эрозий [4].

Вульвит.

Жалобы пациентки: беспокойная боль, недомогание, жжение, болезненность в паховой области (усиливающиеся при ходьбе и мочеиспускании), повышение температуры тела, сукровичные выделения из влагалища с неприятным запахом, густой консистенции.

При осмотре: на поверхности бедер заметны следы расчесов, язвочки с гнойным налетом, сильный отек, гиперемия половых губ и клитора, увеличение паховых лимфатических узлов [9].

Диагноз устанавливается на основании клинической картины и бактериологического исследования.

Цервицит.

Жалобы пациентки на обильные слизистые выделения из влагалища, боль внизу живота.

При осмотре в зеркалах наблюдается, гиперемия и отек наружного отверстия цервикального канала, выпячивание слизистой, мелкие кровоизлияния.

При герпетическом цервиците – шейка матки ярко красного цвета, рыхлая.

При трихомонадном цервиците – небольшие кровоизлияния симптом «земляничного цервикса», атипичные клетки в мазке.

Эндометрит.

Жалобы: ноющие боли внизу живота иррадирующие в поясницу, недомогание, повышение температуры тела, обильные выделения.

При осмотре в зеркалах отмечается отечность, гнойные выделения, матка увеличена, болезненна при пальпации,

В анализе крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, сдвиг формулы влево.

Параметрит.

Клинические проявления появляются через 7 – 10 суток после родов , внутриматочных вмешательств, хирургического прерывание беременности и гинекологических операций.

Жалобы пациенток на повышенную температуру тела, постоянные часто колющие боли в животе, иррадирующие в крестец и поясницу. При нагноении состояние ухудшается отмечается тахикардия, озноб, резкое повышение температуры тела выше 38°C, жажда и головная боль. При вовлечении мочевого пузыря и прямой кишки появляется цистит. Так же нарушается менструальная функция.

Сальпингоофорит (аднексит).

Симптомы делятся на местные и общие.

Для местных симптомов характерно: ноющая боль, расстройство менструальной функции, бели.

К общим симптомам относятся: повышение температуры тела, недомогание, озноб, сухость во рту, тошнота и рвота.

При объективном осмотре отмечается: тахикардия, вздутие живота, болезненность и сухой язык.

При анализе крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, изменение формулы крови [6].

Пельвиоперитонит.

При остром воспалении: резкие боли внизу живота, повышение температуры тела, тошнота, рвота, тахикардия, задержка газов и стула, вздутие живота, болезненное мочеиспускание.

При объективном исследовании отмечается признаки интоксикации, сухой язык, тахикардия.

При осмотре живота отмечается, что брюшная стенка не участвует в дыхательных движениях, болезненность, вздутие, положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

При двуручном исследовании наблюдается нависание заднего свода, болезненность при смещении шейки матки, болезненность при пальпации. Матка и придатки не пальпируются, так как резко болезненные.

В анализе крови: обнаруживается лейкоцитоз, токсическая зернистость, увеличение СОЭ.

Сальпингит.

Начало клинических проявлений связано с окончанием менструации.

Острый сальпингит наблюдается резким ухудшением самочувствия, озноб, боли внизу живота, повышение температуры тела, тошнота, рвота, метеоризм, тахикардия. Появляются серозногноевидные бели (из половых путей и уретры), частые позывы на мочеиспускание, рези, появляется синдром «раздраженной кишки» - частый и жидкий стул [12].

Тубоовариальный абсцесс.

Острое появление клинических симптомов. Возникновение сильных приступообразных болей слева и справа в нижней части живота, иррадиирующие в поясничную область, прямую кишку и на внутреннюю поверхность бедра, появляется лихорадка, озноб, тошнота и рвота, беловатые или желтые гнойные влагалищные бели, болезненность мочеиспускания.

Синдром приобретенного иммунного дефицита (СПИД) и вирус иммунодефицита человека (ВИЧ).

Заболевание начинается остро и имеет разнообразное течение у 50-90 % пациенток: лихорадка, полиморфные высыпания на кожи и на слизистых оболочках, фарингит, полилимфаденит, диарея, лиенальный синдром.

У 10-15% пациенток инфекция протекает с присоединением вторичных инфекций (ангина, пневмония, герпес, грибковые инфекции).

Гонорея.

Инкубационный период составляет в среднем 5-10 суток.

Данное заболевание в основном протекает бессимптомно. К клиническим признакам относится появление обильных влагалищных выделения (белого или желтоватого цвета) с неприятным запахом, на задней губе шейки матки появляется истинная эрозия, тяжесть внизу живота, тянущие боли в области крестца, зуд и жжение во влагалище, формируется гипертрофия шейки матки.

Кандидоз.

Жалобы пациенток на чувство жжения и зуд наружных половых органов, сливкообразные выделения.

При осмотре наблюдаются воспалительные изменения слизистой оболочки наружных половых органов и влагалища, в области малых половых губ, клитора и преддверия влагалища отмечаются тонкостенные пузырьки и эрозии [9].

Трихомониаз.

Наблюдаются: пенистые выделения желтого, зеленого цвета с неприятным запахом, повреждение слизистой гениталий (язвочки и эрозии), болезненное мочеиспускание, боли внизу живота, покраснение и раздражение слизистой, зуд, жжение [13].

Хламидиоз.

У 60% женщин наблюдается бессимптомное течение заболевания. Дискомфорт, жжение в области вульвы и влагалища, рези при мочеиспускании, помутнение мочи, слизисто-гнойные бели, повышение температуры тела.

При остром течении заболевания пациентки жалуются на тянущие, ноющие боли внизу живота, в паховой области и поясницы, болезненность

увеличивается перед менструацией, при резких движениях, месячные становятся болезненные, нерегулярные, скудные [13].

Микоплазмоз.

Характерны необильные прозрачные выделения из влагалища, зуд, жжение при мочеиспускании, боль при половом акте, тянущие боли внизу живота и поясницы, нарушение менструального цикла, межменструальные кровотечения.

#### **1.4. Методы диагностики воспалительных заболеваний органов малого таза**

Ранняя диагностика ВЗОТ у женщин репродуктивного возраста, является залогом успешного и эффективного лечения.

К диагностике ВЗОТ относятся:

- Первичный осмотр врача гинеколога (сбор анамнеза, пальпация, визуальный и гинекологический осмотр).
- Кольпоскопия.
- Взятие мазков из влагалища и цервикального канала.
- УЗИ.
- Биопсия тканей.
- Цитологическое и гистологическое исследование.
- Магниторезонансное обследование (органов малого таза и брюшной полости).
- Компьютерная томография.
- Анализы (кровь, моча).
- Гистероскопия.
- Диагностическая лапароскопия.
- Осмотр с помощью зеркал.
- Бимануальное гинекологическое обследование.



– Бактериоскопия влагалищных мазков.

Диагностику воспалительных заболеваний органов малого таза, начинают с осмотра в зеркалах. К признакам относится: слизистая оболочка влагалища гиперемированная, отечная, кровоточит, покрыта гнойным или серозным налетом [6].

### **1.5 Основные методы лечения ВЗОТ**

Назначается общее и местное лечение, с учетом возбудителя. [9]

К местному лечению относится: спринцевание влагалища растворами антисептиков (гиоксидина, перманганата калия, настойки лекарственных трав, фурацилин, туалет нижних половых органов). Данный вид лечения проводится не более 3-х дней. Также можно применять тампоны с лекарственными средствами (мазь с витаминами А и Е, облепиховое масло, актовегин, солкосерин).

При анаэробной и смешанной микрофлоре назначается, Бетта-1, далацин, метронидазолон «Флагин», при грибковой этиологии: гино-певарил, тержинан, дифлюкан [8].

Вне зависимости от возбудителя для нормально биоциноза влагалища используют эубиотики: бифидумбактерин, вагилак, лактобактерин.

При лечении воспалительных заболеваний органов малого таза необходимо так же лечить сопутствующие гинекологические заболевания, при этом нормализуется содержание гликогена в эпителии влагалища и создается благоприятная среда для развития палочки Дедерлайна (нормальная влагалищная флора) [5].

Так же обязательно при лечении ВЗОТ необходимо лечить полового партнера, так как велик риск повторного инфицирования.

При тяжелом течении заболевания женщина госпитализируется и назначается антибактериальная терапия.

После окончания лечения у женщины берут мазок из влагалища для оценки эффективности лечения. Во время лечения не рекомендуется жить половой жизнью [5].

У 25-35% женщин репродуктивного возраста возникают рецидивы заболевания, поэтому женщине необходимо изменить свою жизнь, чтобы снизить риск возникновения повторных заболеваний [5].

### **1.6. Планирование беременности при ВЗОТ**

Планирование беременности при воспалительных заболеваниях органов малого таза играет главную роль, так как ВЗОТ несет за собой осложнения не только для матери, но и для будущего плода. И вследствие этого к беременности необходимо подходить серьезно.

При планировании беременности женщина должна пройти все необходимые обследования, а так же, немало важно следить за правильным питанием, и образом жизни [10].

Согласно рекомендациям ВОЗ, между родами и последующей беременностью должно пройти не менее 3-х лет, так как именно столько времени женщине требуется на то, чтобы пополнить ресурсы, восстановить силы и вновь подготовить свой организм к вынашиванию и рождению здорового ребенка.

Риск возникновения осложнений для женщин с ВЗОТ и ее будущего ребенка может быть значительно снижен, если женщина будет соблюдать следующие условия жизни: соблюдать правила контрацепции, избегать незапланированных беременностей, и проходить медицинский осмотр гинеколога. Это снижает риск выкидыша, врожденных пороков развития, мертворождения и смертности новорожденных [3].

При планировании беременности рекомендуется принимать ежедневно 5мг фолиевой кислоты и продолжить при наступлении беременности до 12

недель, это снизит риск ВПП (врожденных пороков развития у плода). Необходимо избавиться от вредных привычек до беременности и вести здоровый образ жизни [10].

ВЗОТ имеет факторы риска:

- 1) Несколько половых партнеров;
- 2) Не применение контрацептивов;
- 3) Перенесенные воспалительные заболевания органов малого таза (при этом остается риск сохранения хронического воспалительного процесса и развития дисбактериоза влагалища);
- 4) Операции по прерыванию беременности;
- 5) Переохлаждение;
- 6) Вредные привычки.

Оценка риска должна проводиться при первом посещении женской консультации [2].

### **1.7. Осложнения беременности и родов, введение беременности у пациенток с ВЗОТ**

Воспалительный процесс, возникающий в яичниках может приводить к нарушению их работы, при этом овуляция (выход яйцеклетки (половой клетки) из яичника, не наступает - в этом случае беременность невозможна) [12].

Если в норме овуляция бывает в середине цикла, то при хроническом воспалении заболевания, в результате нарушения выработки гормонов яичниками, она наступает перед менструацией, при этом яйцеклетка старится.

На месте яйцеклетки после овуляции образуется желтое тело. Желтое тело вырабатывает гормон прогестерон, который обеспечивает начало беременности, и является основным фактором сохраняющим беременность в первом триместре. При хроническом сальпингоофорите овуляция происходит несвоевременно, и желтое тело работает неполноценно, вырабатывая

недостаточное количество прогестерона. Этот фактор может служить причиной угрозы прерывания беременности в первом триместре [11].

Причиной внематочной беременности является воспалительный процесс. В результате происходит разрастание соединительной ткани и сужение просвета маточных труб. Так же нарушается работа ресничек мерцательного эпителия клеток, покрывающих изнутри просвет маточных труб и способствующих продвижению яйцеклетки в полость матки [9].

Осложнения воспалительных заболеваний при беременности.

1. Повреждение внутренних слоев матки приводит к изменению системы защиты внутри матки. Внутренний слой матки, стараясь защититься от микробов, вирусов, вызвавших воспаление, воспринимает эмбрион как чужеродный агент (микроб), в результате происходит отторжение (расплавление) эмбриона, вследствие этого выкидыш.

2. Если плодному яйцу все-таки удастся прикрепиться, то в большинстве случаев это происходит в нижних отделах матки, то есть формируется низкое прикрепление или предлежание плаценты. Это состояние служит факторам риска по возникновению кровотечения во время беременности.

3. Хронический воспалительный процесс приводит к изменению антигенной структуры инфицированных клеток эндометрия: и вследствие этого организм начинает вырабатывать антитела к собственным клеткам, что приводит к разрушению клеток собственного организма. Данный процесс является наиболее частой причиной развития синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. К одним из симптомов данного осложнения является образование тромбов. При этом во время беременности возникает микротромбоз в области плаценты, что приводит к отслойке плаценты, внутриутробной задержке роста плода, развитию гестоза часто проявляющегося появлением белка в моче, повышением артериального давления, отеков [15].

4. При хроническом воспалительном процессе половых органов на фоне беременности происходит сбой в иммунной системе, которая способствует

распознаванию и выведению из организма чужеродных веществ. Клетки крови, которые участвуют в иммунном ответе, оказывают токсическое действие на развитие эмбриона и формирование плаценты.

Все нарушения в организме женщины, которые возникают при воспалительном процессе половых органов, могут приводить к следующим патологиям:

- Анэмбриония (отсутствие эмбриона в плодном яйце);
- Неразвивающаяся или замершая беременность (происходит гибель эмбриона);
- Самопроизвольный выкидыш на различных сроках беременности;
- Преждевременные роды;
- Внутриутробная гибель плода;
- Инфицирование плода.

Внутриутробное инфицирование возможно во время беременности, если происходит активация воспалительного процесса.

На ранних сроках беременности внутриутробное инфицирование приводит к формированию различных пороков развития плода. На более поздних сроках, к синдрому задержки роста плода, такой ребенок после родов хуже адаптируется, порой требует дополнительного лечения. Вследствие чего новорожденным, чьи мамы страдали хроническими воспалительными заболеваниями гениталий, проводят дополнительное исследование на инфекции.

Осложнения во время родов.

1. Воспалительные заболевания органов малого таза могут оказывать отрицательное влияние на течение родов. Одним из частых осложнений в родах, является преждевременное или раннее излитие околоплодных вод. Микроорганизмы обладают набором особых ферментов, которые способны повлиять на плодные оболочки и привести к несвоевременному излитию околоплодных вод. В норме воды изливаются, когда начинаются интенсивные схватки, шейка матки полностью или почти полностью открыта, вследствие

наличия воспалительных поражений воды могут излиться до начала схваток [1].

2. Возможно развитие слабости родовой деятельности. Длительный безводный промежуток является предрасполагающим фактором для инфицирования матки, плодных оболочек и плода. Многоводие, которое сопровождается воспалительными процессами, также приводит к развитию первичной или вторичной слабости родовой деятельности (матка чрезмерно растянута и не может хорошо сокращаться во время родов). Затяжные роды, которые возникли на фоне преждевременно излившихся околоплодных вод, а также необходимость применения родостимуляторов при развитии слабости родовой деятельности, что в итоге отрицательно сказывается на состоянии новорожденного [8].

Осложнения в послеродовом периоде.

Воспалительный процесс половых органов повышает вероятность развития послеродового эндометрита, который проявляется недостаточным сокращением матки, появлением болей внизу живота, повышением температуры, усилением кровянистых выделений, появлением характерных зловонных выделений [15].

## **ГЛАВА 2. СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИСХОДА БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА**

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

ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» является ведущим многопрофильным лечебно-профилактическим учреждением в области. В перинатальном центре функционирует 485 коек, из них 110 коек для беременных и рожениц, 110 коек для новорожденных, 150 коек патологии беременных и 55 коек отделения патологии новорожденных и 60 гинекологических. Его основная задача - оказание высококвалифицированной, специализированной и лечебной помощи беременным, роженицам, родильницам, новорожденным и пациенткам гинекологического профиля.

Анализ статистических данных проводился по данным ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» и ОГБУЗ "Городская поликлиника города Белгорода поликлиническое отделение №8".

Нами проанализированы истории родов у 50 женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза за 2015-2018 год, родивших в ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа».

Методами исследования явились:

1. Научно – теоретический анализ медицинской литературы по данной теме.
2. Сравнительный анализ изученной медицинской документации.
3. Статистическая обработка информации материалов исследования.

## 2.2 Результаты анализа статистических данных и исследований медицинской документации исхода беременности, родов и послеродового периода у женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза.

Материалы исследования по изучению анализа исхода беременности и родов у женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза, распределены для последующей статистической обработки по следующим признакам:

- статистические данные
- социально-биологические показатели;
- анамнестические показатели;
- клинические показатели.

### Статистические данные

По результатам статистических данных в ОГБУЗ "Городская поликлиника города Белгорода поликлиническое отделение №8" за 2016 – 2018 год можно увидеть, что количество заболеваемости женщин ВЗОТ возрастало, За 2016г по статистическим данным насчитывалось – 154 женщины, в 2017 году эта цифра возросла до 176 женщин, и к 2018 году уже составляло – 252 женщины, которые имеют воспалительное заболевание органов малого таза.

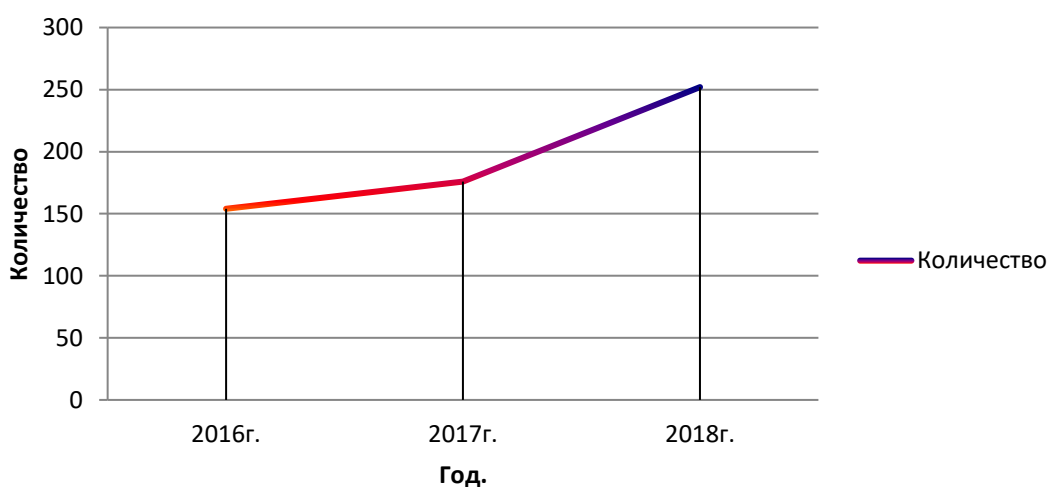


Рис.1. Результаты статистических данных заболеваемости ВЗОТ



По статистическим данным ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа». Было выявлено, что за 2015 - 2018 года возрастало число заболеваемости по данным нозологическим формам: хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз, ВИЧ, кандидозный кольпит, трихомонадный кольпит.

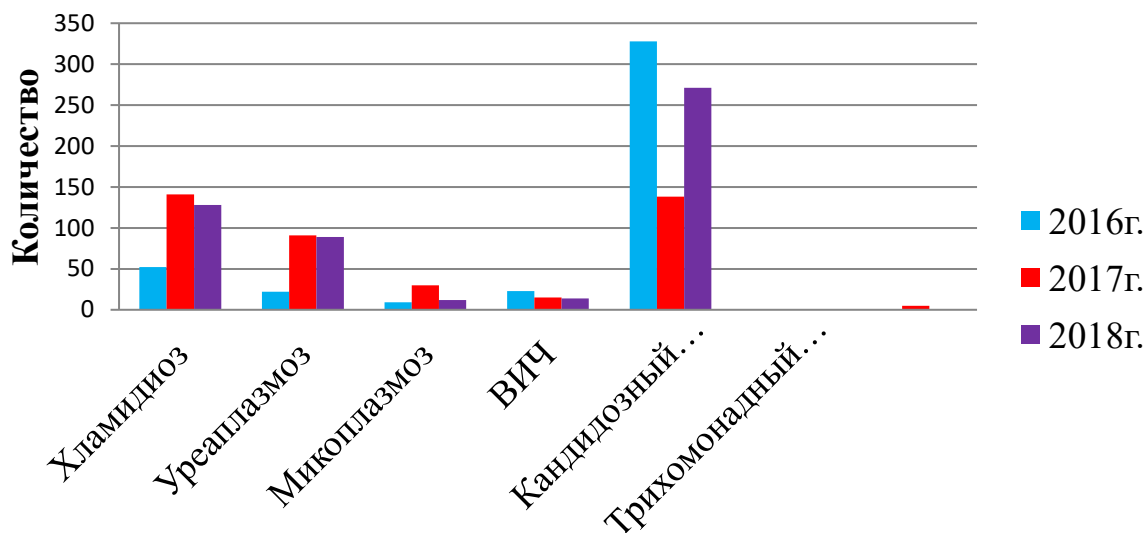


Рис.2. Частота и структура ИППП

#### Социально-бытовые показатели

В результате проведенного нами исследования мы установили, что возраст пациенток в изучаемой группе варьировал от 18 до 35 лет. По возрасту, женщины распределились следующим образом: до 20 лет – 14, от 21-25 лет - 25, от 26-30 лет -6, от 31-35 лет – 5.

■ До 20 лет ■ от 21-25 лет ■ от 26-30 лет ■ от 31-35лет

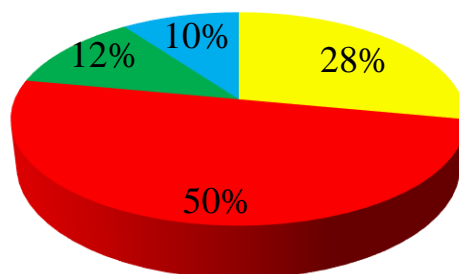


Рис.3. Распределение пациенток исследуемой группы по возрасту

В исследуемой группе пациенток преобладали жительницы сельской местности – 66%, а женщины из города составили 34%.

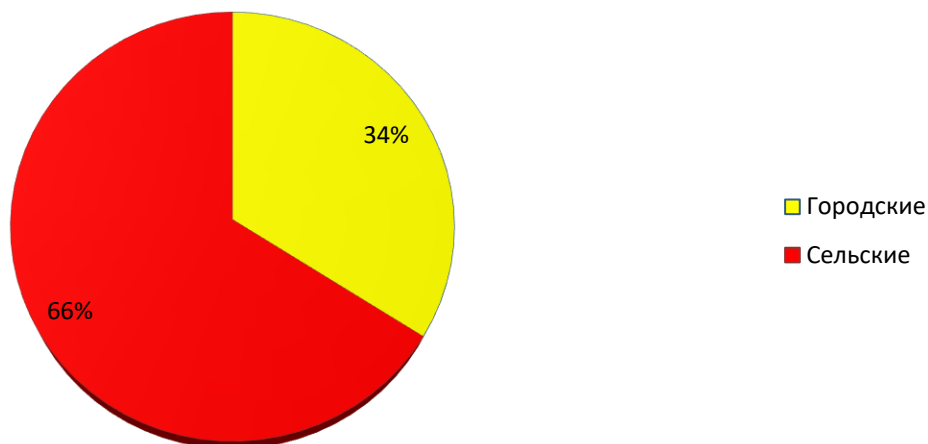


Рис.4. Место жительства пациенток исследуемой группы

Семейное положение женщин исследуемой группы сложилось следующим образом: зарегистрированный брак у 86% женщин, не зарегистрированный брак у 14% пациенток.

■ Брак зарегистрирован    ■ Брак не зарегистрирован

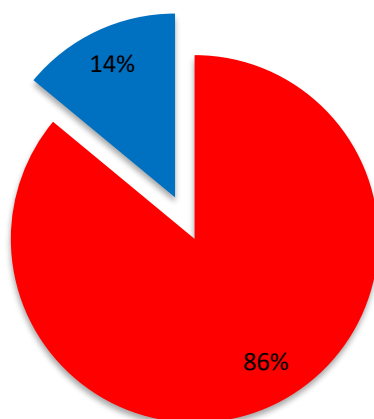


Рис.5. Характеристика семейного положения в исследуемой группе женщин

Анамнестические данные.

В исследуемой группе женщин было выявлено, что у 70% женщин беременность закончилась абортom, а 30% женщин отрицали наличие аборта.

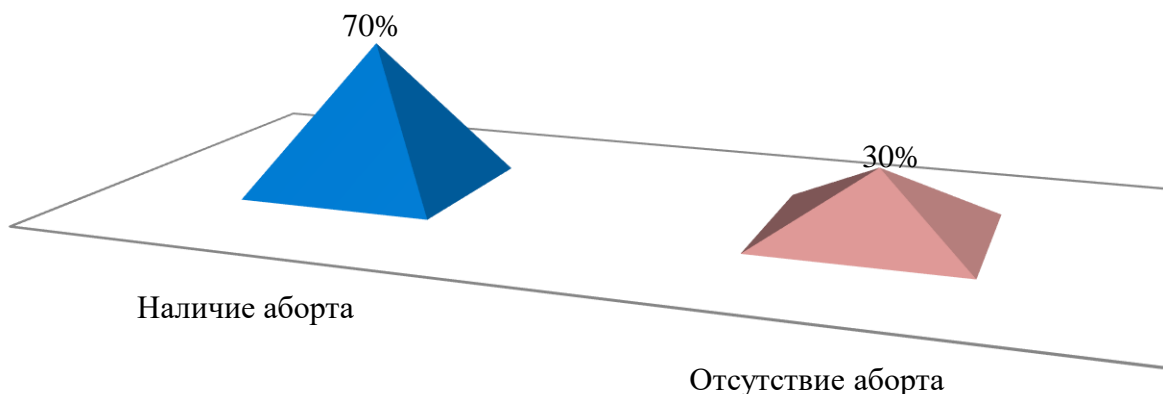


Рис.6. Наличие абортов в анамнезе у женщин

По проанализированным данным в исследуемой группе женщин преобладало наличие 1 аборта в анамнезе 60% женщин, а у 40% женщин было выявлено что в анамнезе имелось 2 и более абортов.

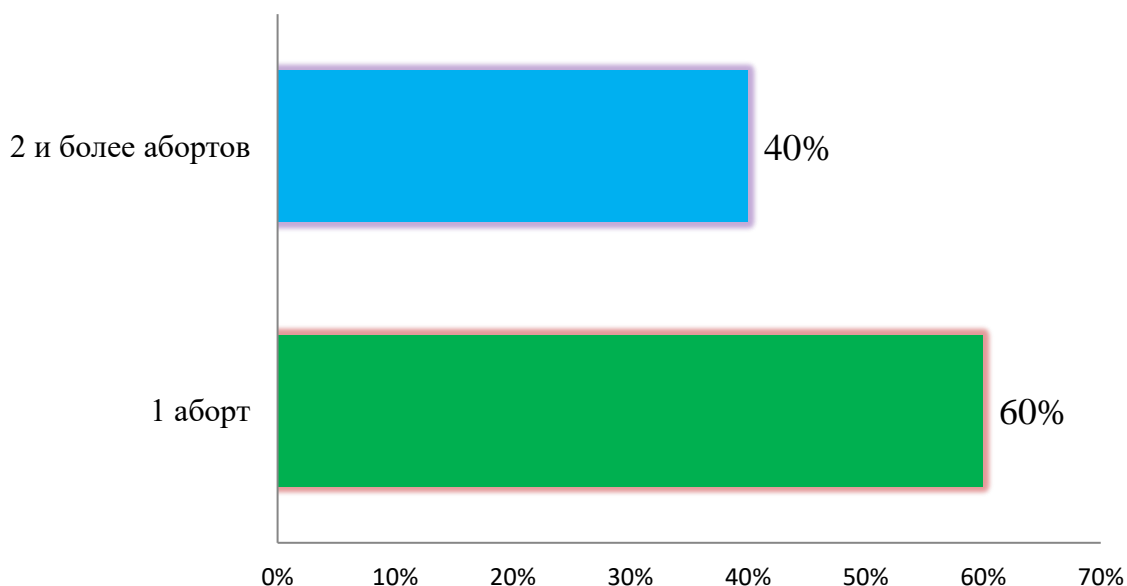


Рис.7. Количество абортов в анамнезе

В исследуемой группе женщин с воспалительными заболеваниями преобладали повторнобеременные женщины 76, а 24% пациенток являлись первобеременными.

■ Повторнобеременные ■ Первобеременные

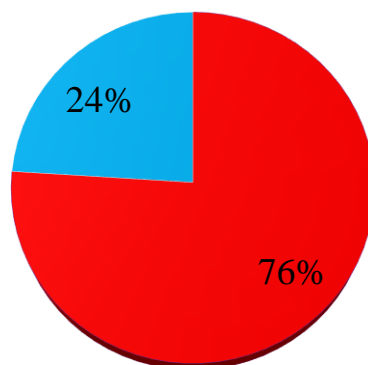


Рис.8. Соотношение первобеременных и повторнобеременных в исследуемой группе женщин

По анализу исследуемой группы женщин было выявлено, что в женской консультации состояли все 50 женщин. В первом триместре беременности на учёт стала 41 пациентка, после 12 недель беременности – 9.

■ В первом триместре ■ После 12 недель

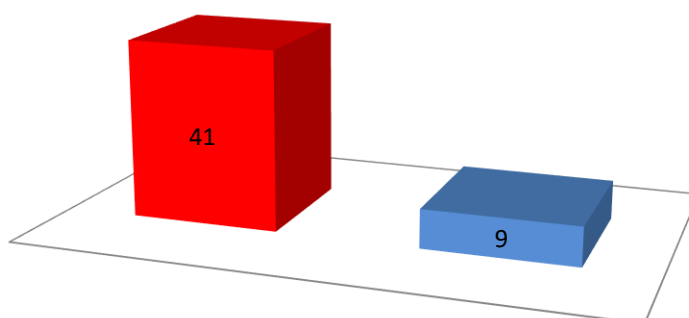


Рис.9. Первичная явка пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза в женскую консультацию

Структура ВЗОТ в исследуемой группе представлена следующими нозологическими формами: аднексит, который составил 32% частоты встречаемости, вагинит составляет 24%, сальпингит - 22%, эндометрит – 14%, вульвит– 6%, эндоцервицит– 2%.

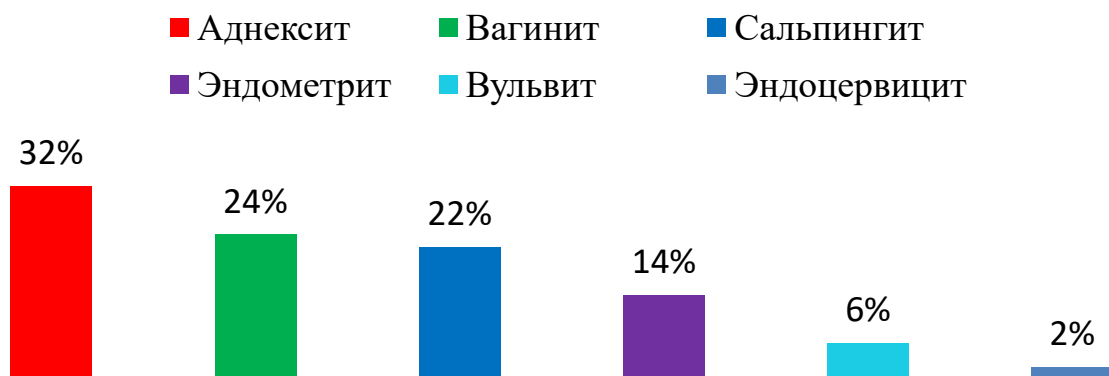


Рис.10. Структура ВЗОТ

В исследуемой группе женщин были выявлены следующие осложнения беременности: гестоз – 22%, угроза преждевременных родов – 14%, ХФПН – 12%, преждевременное излитие околоплодных вод – 4%, внутриутробное инфицирование плода – 4%, и по статистическому анализу было выявлено что 44% пациенток у которых беременность протекала без осложнений.

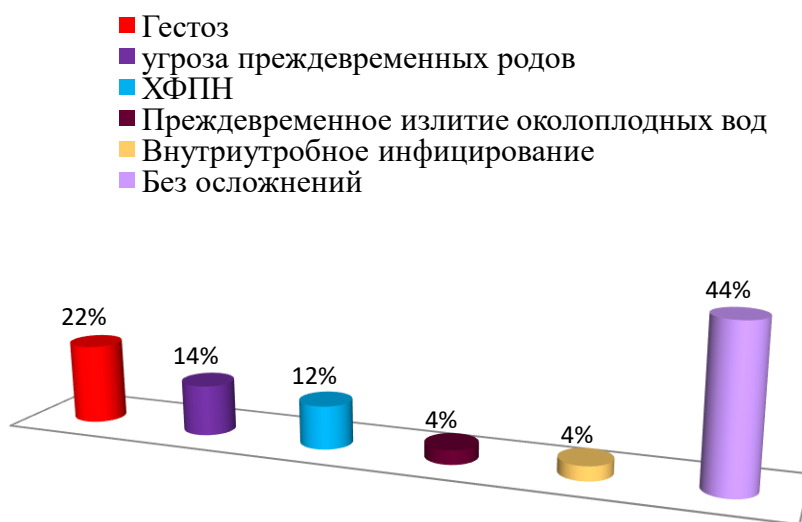


Рис.11. Структура осложнений беременности в исследуемой группе

В исследуемой группе женщин были выявлены сопутствующие гинекологические заболевания, к ним относятся: нарушение менструального цикла данная патология была выявлена у 28% женщин, у 10% пациенток была эрозия шейки матки, эндометриоз был выявлен у 6% женщин, а у 56% женщин не было выявлено сопутствующих гинекологических заболеваний.



Рис.12. Сопутствующие гинекологические заболевания

В исследуемой группе женщин были выявлены экстрагенитальные заболевания. В данной группе преобладали заболевания почек данное заболевание было выявлено у 22% женщин, заболевания желудочно-кишечного тракта составили 10%, заболевания органов дыхания было выявлено у 8% женщин, сердечно-сосудистые заболевания были выявлены у 4% пациенток. У 56% женщин было выявлено отсутствие экстрагенитальных заболеваний.

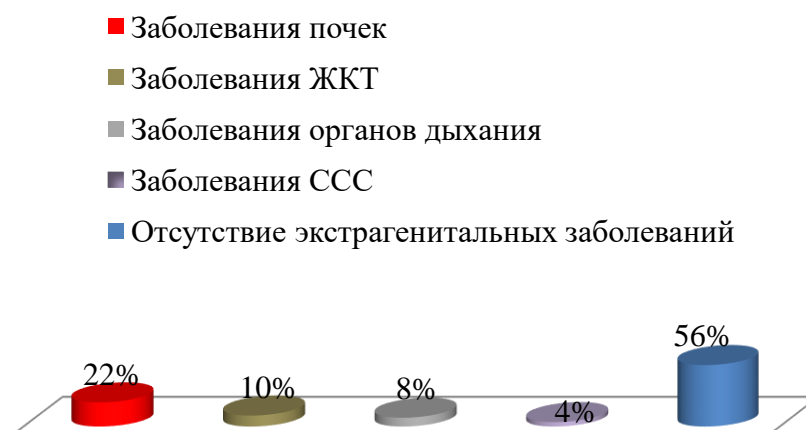


Рис.13. Экстрагенитальные заболевания

По проанализированным данным в исследуемой группе женщин преобладали роды через естественные родовые пути у 31 пациентки, оперативный способ родоразрешения – у 19 пациенток.

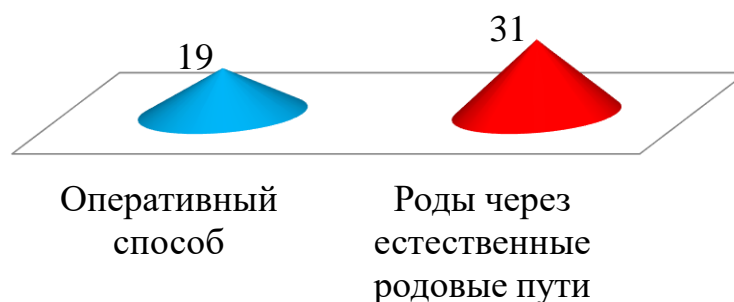


Рис.14. Способы родоразрешения пациенток с ВЗОТ

Показания для оперативного родоразрешения были во всех случаях относительными и сочетанными. Чаще всего встречались возраст и бесплодие в анамнезе - 32 %, аномалии родовой деятельности – 30%, наличие узкого таза и крупного плода – 24%, гестоз беременных имел место в 10% случаев, миопия высокой степени 2 %, предлежание плаценты – в 2% случаев.

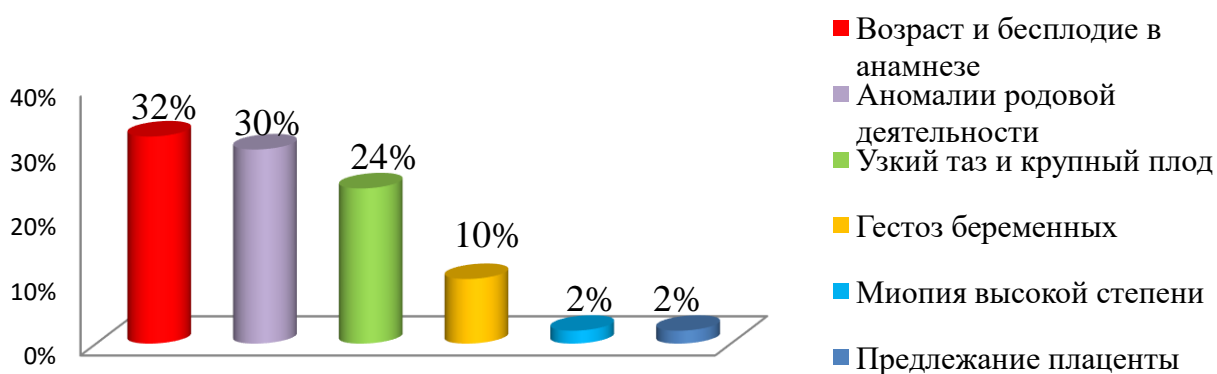


Рис.15. Показания к оперативному родоразрешению у пациенток исследуемой группы

Новорожденные от матерей, имеющих воспалительные заболевания органов малого таза родились с оценкой по шкале Апгар – 5-6 баллов - 3, 6-6 баллов - 4, 5-7 баллов - 8, 6-7 баллов - 7, 7-8 баллов - 9, 8-8 баллов - 8, 8-9баллов - 6, 9-9 баллов – 5.

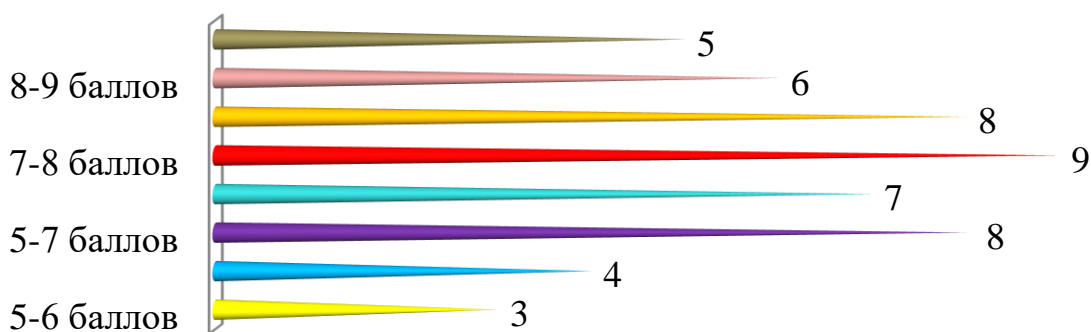


Рис.16. Оценка состояния новорожденных по шкале Апгар у матерей с ВЗОТ

У новорожденных в раннем неонатальном периоде выявлены осложнения: гипоксия – 18%, недоношенность – 14%, инфицирование плода – 4%, а 64% новорожденных родились без патологий.

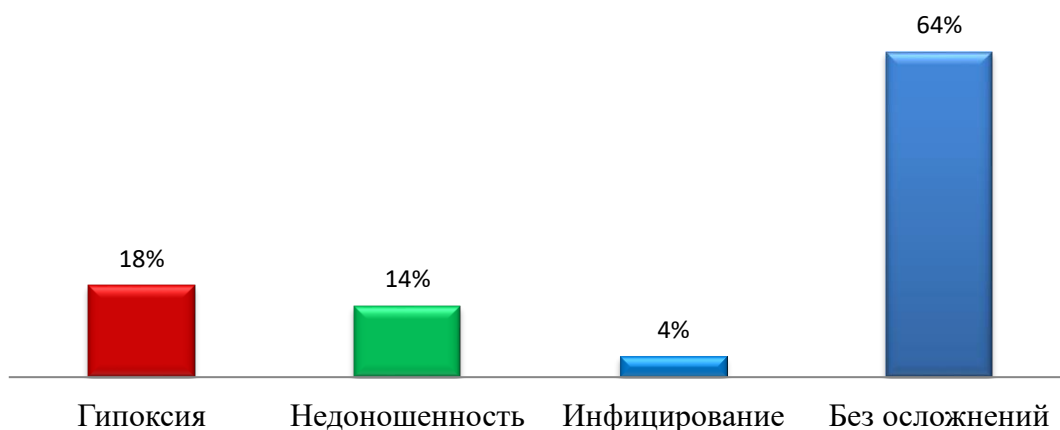


Рис.17. Структура осложнений у новорождённых от матерей с ВЗОТ

В послеродовом периоде были выявлены следующие осложнения у матерей: субинволюция матки - 2 (4%), трещины сосков у 2-х женщин (4%) обострение хронического пиелонефрита у 1 (2%) женщины. У остальных пациенток послеродовой период протекал без осложнений.



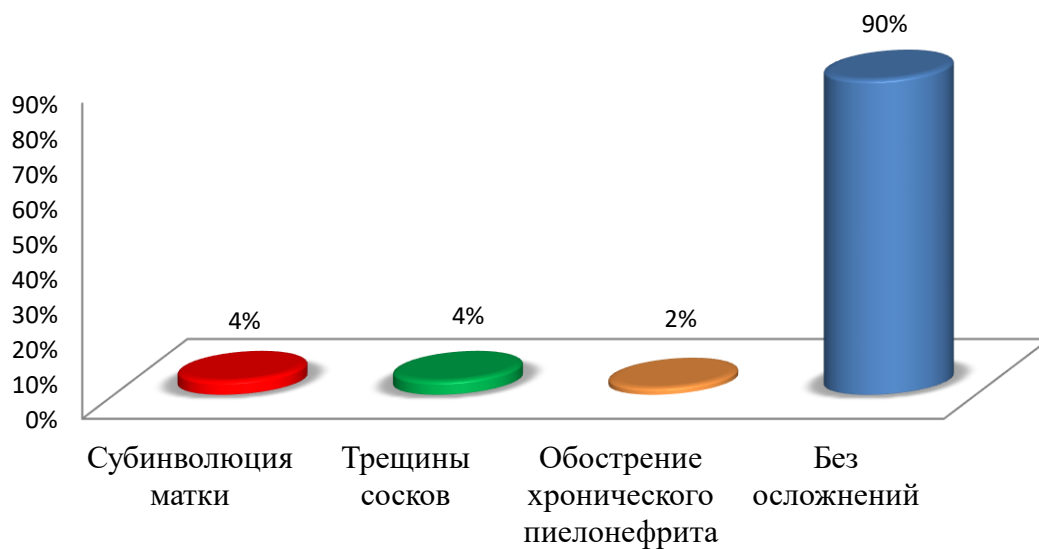


Рис.18. Течение послеродового периода у женщин с ВЗОТ

По проанализированным данным в исследуемой группе женщин было выявлено, что на 4-5 сутки из роддома были выписаны 62% женщин, а 38% женщин на 7-9 сутки.

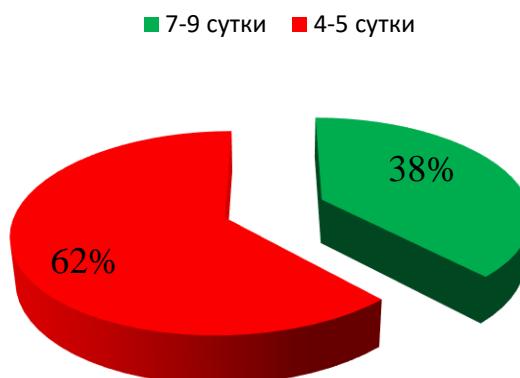


Рис.19. Выписка из роддома

## 2.1 Выводы

1. По статистическим данным видно, что с каждым годом увеличивается рост заболеваемости ВЗОТ.

2. По результатам анализа исхода беременности, родов и послеродового периода в исследуемой группе женщин с ВЗОТ, у части пациенток имелись осложнения, связанные с наличием воспалительных заболеваний. Структура осложнений (гестоз беременных, угроза преждевременных родов, ХФПН, преждевременное излитие околоплодных вод, внутриутробное инфицирование плода) полностью соответствовала имеющейся у них гинекологической патологии.

3. В структуре ВЗОТ в исследуемой группе женщин занимает первое место заболевание хронический аднексит (32%).

4. По результатам проведенного исследования было выявлено наличие сопутствующих гинекологических заболеваний. Первое место занимает нарушение менструального цикла частота встречаемости у 28 процентов женщин.

5. У 44 процентов женщин в анамнезе имелись экстрагенитальные заболевания. По результатам было выявлено что заболевание почек, является самым распространенным.

6. Роды у женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза протекали с осложнениями, что привело к 38 процентов случаев оперативного родоразрешения.

7. Новорожденные от матерей с воспалительными заболеваниями органов малого таза в 36 процентах случаев имели осложнения. Самым распространенным осложнением выявлена гипоксия, которая занимает 18 процентов.

8. У женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза в послеродовом периоде имелись осложнения в 10 процентах случаев,

имеющиеся осложнения были своевременно выявлены и пролечены, что положительно характеризует работу акушерской службы.

9. По результатам проведенного исследования было выявлено, что на 7-9 сутки были выписаны 38 процентов пациентов, это связано с тем что 19 женщин имели оперативное родоразрешение.

10. Планирование беременности при воспалительных заболеваниях органов малого таза играет важную роль, так как ВЗОТ несет за собой осложнения не только для матери, но и для будущего плода. И вследствие этого к беременности необходимо подходить серьезно. Прежде всего, необходимо провести лечение имеющихся заболеваний, исключить инфекции у партнера, и только при положительной динамике планировать беременность

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема воспалительных заболеваний органов малого таза является важной для современного мира, потому как данная патология занимает первое место среди гинекологических заболеваний. ВЗОТ наблюдается у 40-60% всех гинекологических больных женщин.

Многие женщины репродуктивного возраста, страдающие воспалительными заболеваниями органов малого таза, не обращаются к врачу и не состоят на диспансерном учёте. Как правило, ВЗОТ диагностируется при обследовании женщин из-за отсутствия беременности.

В настоящее время развитие заболевания ВЗОТ имеет стёртое течение воспалительного процесса, что увеличивает вероятность нарушений функции репродуктивных органов женщины. Важно предотвратить развитие воспалительного процесса в органах малого таза, так как они могут стать причиной бесплодия и внематочной беременности.

Инфекционный процесс поражает маточные трубы, в которых разрастается соединительная ткань, что приводит к их сужению и в результате чего происходит частичная или полная непроходимость маточных труб. Вследствие непроходимости сперматозоид не может достигнуть яйцеклетки и оплодотворить ее.

Нередко повторяющиеся воспалительные процессы в органах малого таза увеличивают вероятность возникновения бесплодия. При единичном случае перенесенного женщиной воспалительного заболевания органов малого таза, риск бесплодия согласно по данным ВОЗ равен 15%, после 3 и более случаев риск возрастает до 55%.

При наступлении беременности на фоне имеющегося воспалительного процесса в органах малого таза в момент сниженной активности иммунной системы наступает обострение заболевания, что может явиться угрозой прерывания беременности.

В некоторых случаях во время беременности происходит не обострение воспалительного процесса, а заражение и последующее развитие инфекции в таком случае проникновение инфекционного агента происходит непосредственно на плод, в результате получается внутриутробное инфицирование плода.

Плод, который был не подвержен внутриутробному инфицированию (в результате хорошей защиты плодных оболочек) в процессе родов имеет риск заражения, так как у женщины имеется инфекционный процесс, который затрагивает родовые пути (шейку матки, влагалищ и наружные половые органы). Вовремя диагностируемая гинекологическая патология и незамедлительное адекватное лечение заболевания сокращает риск возникновения осложнений во время беременности, родов и послеродового периода, вследствие этого возрастает вероятность рождения здорового ребёнка.

По результатам проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

— Подготовка к беременности – это очень важный период в жизни. Правильная подготовка к беременности в значительной степени повышает шанс благополучно выносить беременность и родить здорового ребенка.

— Обращение за консультацией к специалистам, и проведение комплекса диагностирующих и профилактических мероприятий перед зачатием, является одним из важных направлений снижения числа осложнений беременности и родов, что способствует рождению здорового ребенка.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Айламазян Э.К. Гинекология :учебник для медицинских вузов / Э.К. Айламазян ; СПб. : СпецЛит, 2013. – 2-е., испр. и доп. – 415 с.
2. Баисова Б.И. Гинекология : учебник / Б.И. Баисова, Г.М. Савельева, В.Г. Бреусенко – 4-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 432 с.
3. Бекманн Ч.Р. Акушерство и гинекология : учебник для медицинских вузов / Ч.Р. Бекманн ; М. : СпецЛит, 2004. – 548 с.
4. Бодяжина В.И.Справочник по акушерству и гинекологии :учебная литература /В.И. Айламазян, Кулаков В.И., Савельева Г.М – М.: Медицина, 2000. – 816 с.
5. Дзигуа М.В. Медицинская помощь женщинам с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни : учебник / М.В. Айламазян. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 360 с.
6. Занько С.Н. Гинекология :учебник для медицинских вузов / С.Н. Занько - М.: Медицина, 2010. – 640 с.
7. Ищенко А. И. Эндометриоз : диагностика и лечение / А. И. Ищенко, Е.А.Кудрина. – М. : Издательский дом «ГЭОТАР-МЕД», 2002. – 104 с.
8. Кулаков В.И. Гинекология национальное руководство : учебная литература / В. И. Кулаков, И.Б.Манухин, Г.М.Савельева – М. : издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»,2011. – 1150 с.
9. Радзинского В.Е. Гинекология : учебник / В. Е. Радзинского. - М. : издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2016. – 1040 с.
10. Сивочалова О.В. Охрана репродуктивного здоровья и планирование семьи : учеб.пособие / О. В. Сивочалова, О.И. Линева– М. : ИНФРА-М, 2018. 327 с.
11. Смирнова Л.М. Акушерство и гинекология : учебник / Л.М. Смирнова, Р.А.Саидова, С.Г.Брагинская – М. : Медицина,1999. 368 с.
12. Татарова Н.А. Справочник по гинекологии : учебная литература / Н.А. Татарова, Л.А.Суслопаров – М. : Медицина, 2006. 816 с.

13. Хворостухина С.А. Половые инфекции у женщин : медицинская литература / С.А Хворостухина. – М.: АСТ, 2008. 126 с.
14. Чайка В.К. Инфекции в акушерстве и гинекологии : проф. Медицина / В. К Чайка. – М.: ООО «Альматео», 2006. 637 с.
15. Черкасова С.А. Новейший справочник акушера – гинеколога : учеб.литература / С. А Черкасова, Е.Ю.Храмова– М.: ООО « Дом Славянской кники», 2012. – 768

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**



**Роль акушерки в профилактике воспалительных заболеваний  
органов малого таза.**

Планирование беременности играет важную роль, как для женщины, так и для ее будущего ребенка. Правильная подготовка семейной пары к зачатию снижает риск развития патологического процесса и увеличивается шанс рождения здорового ребенка.

1. Акушерке необходимо проводить санитарно-просветительные работы по теме: «Планирование беременности», «Профилактика ВЗОТ», «Роль диспансеризации в укреплении здоровья» и т. д. Предоставлять информацию об осложнениях при беременности, родах и послеродовом периоде.

2. Медицинскому персоналу нужно проводить пропаганду здорового образа жизни.

3. Проводить с молодым поколением беседы на тему: «Культурного полового воспитания». Обеспечить их информацией о барьерных методах контрацепции с целью предупреждения развития ИППП.

4. Проведение санитарно-просветительных работ на тему: «Необходимость ранней постановки на учёт во время беременности». С целью предотвращения патологического течения беременности.

5. Проводить санацию всех очагов инфекции.

6. Своевременное выявление групп риска.

7. Ранняя диагностика осложнений в течение беременности.

8. Необходимо обеспечить доступность акушерской помощи для всех женщин.

9. Организовать работу о планировании семьи с женщинами репродуктивного возраста. Создание «Школ материнства» на базе женских консультаций..

### **Рекомендации семейной паре о подготовке к беременности**

1. На протяжении жизни очень важно соблюдать культуру полового воспитания, чтобы избежать инфицирования и предотвратить нежелательную беременность.

2. Необходимо обращать внимание на то, что готовиться к зачатию должна как женщина, так и мужчина.

3. При планировании беременности семейной паре очень важно пройти все необходимые обследования.

4. При наличии воспалительных процессов в органах малого таза, необходимо провести незамедлительное и адекватное лечение.

5. Важно следить за правильным образом жизни, питанием и соблюдать здоровый образ жизни.

6. Женщине необходимо за 2-3 месяца до предполагаемой даты зачатия начать прием витаминов.

7. Во время беременности женщине необходимо встать на учет в женскую консультацию до 12 недель, так как первый триместр беременности, является очень ответственным. Врач назначит необходимые обследования и даст рекомендации для успешного вынашивания беременности.

Правильная подготовка к беременности, является залогом здоровья вашего малыша.