ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ КАМЧАТСКОГО КРАЯ «КАМЧАТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА

ЛЕКЦИИ

ПМ.01 «Проведение профилактических мероприятий»

МДК.01.01 Здоровый человек и его окружение

Раздел 2 «Здоровые женщины и мужчины зрелого возраста»

по теме: «Здоровье семьи»

для специальностей: код 34.02.01 специальность «Сестринское дело»

Уровень подготовки базовый

|  |  |
| --- | --- |
| Рассмотренана заседании цикловой комиссииклинических дисциплинПротокол № \_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г.Председатель ЦМК \_\_\_\_\_/ С.В. Коровашкина | СОГЛАСОВАНОЗаместитель директора по УМР \_\_\_\_\_\_\_/ С.В. Коровашкина«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 2022 г. |

Составитель:

Юсуфджонова Мутриба Маъруфовна – преподаватель ГБПОУ КК «Камчатский медицинский колледж»

г. Петропавловск-Камчатский, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

|  |  |
| --- | --- |
| Пояснительная записка…………………………………………………... | 3 |
| Структурно-логическая схема лекции…………………………………... | 10 |
| Содержание лекции………………………………………………….…… | 11 |
| Список использованных источников……………………………………. | 44 |
| Приложение А. Упражнение для улучшения кровообращения……...... | 45 |
| Приложение Б. Вопросы для подготовки к практическому занятию.… | 46 |

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Методическая разработка лекционного занятия по МДК.01.01 Раздел 2 «Здоровые женщины и мужчины зрелого возраста» для специальности 34.02.01 «Сестринское дело», по теме «Здоровье семьи» составлена в соответствии с ФГОС СПО.

Данная методическая разработка лекции по теме: «Здоровье семьи» была создана для лучшего усвоения обучающимися знаний о здоровой семье.

*Актуальность темы:*

Актуальность темы заключается в том, что в течение последних двух десятилетий проблема репродукции человека находится в центре внимания ученых всего мира.

Ежегодно в мире умирает полмиллиона женщин от причин связанных с беременностью. Установлено, что половина беременностей, которые привели к материнской смертности, были нежелательными.

Согласно данным ВОЗ и ЮНИСЕФ из каждых 100 известных беременностей заканчиваются искусственным абортом, из которых половина нелегальные. Практика показывает, что предупреждение искусственных абортов с помощью современных противозачаточных средств может снизить материнскую смертность на 25-50%. Поэтому, в настоящее время планирование семьи рассматривается как один из важнейших элементов охраны здоровья женщин, матери и ребёнка, так как служба планирования семьи позволяет сохранить здоровье подростков, осуществлять профилактику нежелательной беременности, бесплодия, венерических заболеваний, СПИДа и обеспечивать оптимальные интервалы между родами, с учетом возраста женщины, количества детей в семье и других факторов, то есть предупреждать слишком ранние, поздние и частые роды.

Тип учебного занятия: лекция

Цели занятия

*Учебные*:

* добиться прочного усвоения системы знаний об основных особенностях здоровье семьи,социальной группы, основанная на родственных связях (по браку, по крови);
* Обеспечить закрепление учащимися знаниями о понятии «семья»; типах семей, и основных функциях семьи; планировании семьи.

*Развивающие:*

* повышение мотивации к учебе. Развитие устойчивого интереса к дисциплине, активизация познавательной деятельности по овладению программным учебным материалом.
* способствовать развитию клинического и логического мышления, медицинской наблюдательности;
* способствовать развитию умения сравнивать и выделять различия;
* развивать познавательную и поисковую активность;

*Воспитательная:*

формирование чувства ответственности, внимательного и доброжелательного отношения к пациентам, этики и деонтологии

*Мотивация темы*

Для успешной работы медицинская сестра должна владеть информацией о здоровье семьи, обучить необходимым действием направленным на достижение благополучие семьи.

Обучающийся (базовой подготовки) должен обладать общими компетенциями, включающими в себя способность:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

Обучающийся (базовый уровень) должен обладать профессиональными компетенциями, соответствующими видам деятельности:

ПК 1.1. Проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья населения, пациента и его окружения.

ПК 1.2. Проводить санитарно-гигиеническое воспитание населения.

ПК1.3. Участвовать в проведении профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний.

Обучающийся (базовый уровень) должен обладать личностными результатами реализации программы воспитания соответствующими видам деятельности:

ЛР.4 Принимающий семейные ценности своего народа, готовый к созданию семьи и воспитанию детей; демонстрирующий неприятие насилия в семье, ухода от родительской ответственности, отказа от отношений со своими детьми и их финансового содержания;

ЛР.7 Готовый соответствовать ожиданиям работодателей: проектно мыслящий, эффективно взаимодействующий с членами команды и сотрудничающий с другими людьми, осознанно выполняющий профессиональные требования, ответственный, пунктуальный, дисциплинированный, трудолюбивый, критически мыслящий, нацеленный на достижение поставленных целей; демонстрирующий профессиональную жизнестойкость;

ЛР.9 Принимающий активное участие в социально значимых мероприятиях, соблюдающий нормы правопорядка, следующий идеалам гражданского общества, обеспечения безопасности, прав и свобод граждан России; готовый оказать поддержку нуждающимся;

ЛР.11 Демонстрирующий неприятие и предупреждающий социально опасное поведение окружающих;

ЛР.12 Способный искать нужные источники информации и данные, воспринимать, анализировать, запоминать и передавать информацию с использованием цифровых средств; предупреждающий собственное и чужое деструктивное поведение в сетевом пространстве. Развивающий творческие способности, способный креативно мыслить

ЛР.15 Способный в цифровой среде проводить оценку информации, ее достоверность, строить логические умозаключения на основании поступающей информации;

ЛР.17 Препятствующий действиям, направленным на ущемление прав или унижение достоинства (в отношении себя или других людей);

ЛР.18 Проявляющий и демонстрирующий уважение к представителям различных этнокультурных, социальных, конфессиональных групп;

ЛР. 26 Готов к выполнению поставленной задачи, направленной на помощь пациенту в любой ситуации;

ЛР.27 Способный пожертвовать своими личными интересами при возникновении ситуаций, связанных с развитием пандемий в мировом масштабе, а также на уровне страны;

ЛР. 28Соблюдающий врачебную тайну, принципы медицинской этики в работе с пациентами, их законными представителями и коллегами;

ЛР.29Соблюдающий программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, нормативные правовые акты в сфере охраны здоровья граждан, регулирующие медицинскую деятельность;

После изучения данной темы обучающийся должен:

*уметь:*

* обучать население принципам здорового образа жизни;
* проводить и осуществлять оздоровительные и профилактические мероприятия;
* консультировать пациента и его окружение по вопросам иммунопрофилактики;
* консультировать по вопросам рационального и диетического питания;
* организовывать мероприятия по проведению диспансеризации;

*знать:*

* современные представления о здоровье в разные возрастные периоды, возможные факторы, влияющие на здоровье, направления сестринской деятельности по сохранению здоровья;
* роль сестринского персонала при проведении диспансеризации населения и работе "школ здоровья".

*иметь практический опыт:*

проведения профилактических мероприятий при осуществлении сестринского ухода

*Междисциплинарные связи:*

1.ОП.02 Анатомия и физиология человека

2.ОП.03 Основы патологии

3.ОП.05 Гигиена и экология человека

4.ОП.07 Фармакология

5.ОП.09 Психология

6.МДК.01.02 Основы профилактики.

7.МДК.01.03 Сестринское дело в системе первичной медико-санитарной помощи населению.

8.МДК.02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

*Методы организации и осуществления учебно-познавательной деятельности:*

* словесные
* наглядные
* практические
* дедуктивные
* аналитико-синтетические
* проблемно-поисковые

*Место проведения занятия*: учебная аудитория ГБПОУ КК «Камчатский медицинский колледж».

*Материально-техническое оснащение занятия:*

* пособие для самостоятельной работы обучающихся;
* дидактический материал;мультимедийная презентация на тему: «Здоровье семьи»;

СТРУКТУРНО-ЛОГИЧЕСКАЯ СХЕМА ЛЕКЦИИ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Этапы занятия | Время | Действия преподавателя | Действия обучающихся |
| Организационный момент  | 2 мин | Приветствует обучающихся, осуществляет контроль присутствия на занятии, готовности к занятию учебного кабинета и обучающихся, оценивает внешний вид обучающихся. | Занимают рабочие места, приветствуют преподавателя, слушают, отвечают. |
| Изложение нового материала | 60 мин | Преподаватель излагает тему «Здоровье семьи» | Студенты составляют конспект лекции |
| Физкультминутка | 5мин | Комплекс упражнений для улучшения мозгового кровообращения. | Выполняют упражнения в соответствии с Приложением Б. |
| Закрепление нового материала | 10 мин | Преподаватель задает контрольные вопросы студентам по теме лекции, проводит обобщение материала, делает выводы | Отвечают, задают уточняющие вопросы, участвуют в обсуждении. |
| Проверка усвоения полученных знаний  | 5мин | Блиц опрос по изученной теме | Отвечают на вопросы |
| Внеаудиторная самостоятельная работа обучающихся | 3мин | Проводит инструктаж по выполнению самостоятельной внеаудиторной работе «Период беременности и родов» | Слушают, записывают задание, задают вопросы. |
| Рефлексия | 5мин | Подводит результаты достижения целей занятия**,** дает ответы на вопросы по теме занятия | Оценивают результаты своей деятельности с целью занятия |
| Итого  | 90 |  |  |

СОДЕРЖАНИЕ ЛЕКЦИИ

**Лекция**

1. Понятие семьи. Типы, этапы жизненного цикла, основные функции семьи. Права членов семьи и значение семьи в жизни человека.
2. Возможные медико-социальные проблемы семьи. Планирование беременности. Последствия искусственного прерывания беременности.
3. Понятие о планировании семьи. Принципы контрацепции в зрелом возрасте. Контрацептивные мероприятия у мужчин и женщин.
4. Понятие о факторах риска развития заболеваний репродуктивной системы человека, роль планирования семьи в выявлении и устранении факторов риска планирования семьи.
5. Понятие о бесплодном браке, проблемы бесплодного брака.
6. **Понятие семьи. Типы, этапы жизненного цикла, основные функции семьи. Права членов семьи и значение семьи в жизни человека.**

Семья - социальная группа, основанная на родственных связях (по браку, по крови). Члены семьи связаны общим бытом, взаимной помощью, моральной и правовой ответственностью. Семья – социальная ячейка общества.

Важной характеристикой семьи является ее функциональная структура. Под функциями семьи понимают направления ее деятельности, выражающие сущность семьи, ее социальный статус исоциальную роль.

Общепринятой классификации семейных функций нет, однако между ними существуют взаимозависимость и взаимодополняемость. К основным функциям семьи можно отнести:

- репродуктивную - биологическое воспроизводство и сохранение потомства, продолжение рода;

- воспитательную - духовное воспроизводство населения, семья формирует личность ребенка, оказывает систематическое воспитательное воздействие на каждого члена в течение всей жизни;

- хозяйственно-бытовую - поддержание физического состояния семьи, уход за престарелыми;

- экономическо-материальную - поддержание одними членами семьи других: несовершеннолетних, престарелых, нетрудоспособных;

- функцию организации досуга - поддержание семьи как целостной системы; содержание и формы проведения досуга зависят от уровня культуры, национальных традиций, индивидуальных склонностей и интересов, возраста членов семьи, ее доходов;

- функцию социального контроля - ответственность членов семьи за поведение ее членов в обществе, их деятельность; ориентирующую основу составляют ценности и элементы культуры, признанные во всем обществе или в социальных группах.

Нормально функционирующая семья — это семья, которая ответственно и дифференцированно выполняет свои функции, вследствие чего удовлетворяется потребность в росте и изменениях как семьи в целом, так и каждого ее члена.

Нарушения функций семьи — это такие особенности ее жизнедеятельности, которые затрудняют или препятствуют выполнению семьей ее функций. Способствовать нарушениям может весьма широкий круг факторов: особенности личностей ее членов и взаимоотношений между ними, определенные условия жизни семьи. Например, причиной нарушений воспитательной функции семьи может стать и отсутствие у родителей соответствующих знаний и навыков, и нарушения в их отношениях (конфликты по вопросам воспитания, вмешательство других членов семьи и т. д.).

С течением времени происходят изменения в функциях семьи: одни утрачиваются, другие появляются в соответствии с новыми социальными условиями. Качественно изменилась функция первичного социального контроля. Повысился уровень терпимости к нарушениям норм поведения в сфере брачно-семейных отношений (рождениям внебрачных детей, супружеским изменам и т. п.). Развод перестал рассматриваться как наказание за недостойное поведение в семье.

Классификация типов семьи.

При изучении семейной структуры она рассматривается в комплексном сочетании. С демографической точки зрения выделяется несколько типов семьи и ее организации.

В зависимости от форм брака:

- моногамная семья - состоящая из двух партнеров;

- полигамная семья - один из супругов имеет несколько брачных партнеров;

- полигиния - одновременное состояние мужчины в браке с несколькими женщинами, причем, брак заключается мужчиной с каждой из женщин отдельно, например, в шариате есть ограничение на количество жен - не более четырех;

- полиандрия - одновременное состояние женщины в браке с несколькими мужчинами, встречается редко, например, у народов Тибета, Гавайских островов.

В зависимости от пола супругов:

- однополая семья - двое мужчин или две женщины, совместно воспитывающие приемных детей, искусственно зачатых или детей от предыдущих (гетеросексуальных) контактов;

- разнополая семья.

В зависимости от количества детей:

- бездетная, или инфертильная семья;

- однодетная семья;

- малодетная семья (1 - 2 ребенка);

- среднедетная семья (3 - 4 ребенка);

- многодетная семья (5 и более детей).

В настоящее время Федеральное законодательство не дает определения многодетной семьи и в соответствии с указом президента РФ № 431 «О мерах по социальной поддержке многодетных семей» органы исполнительной власти субъектов РФ это понятие устанавливают самостоятельно.

В общем случае многодетная семья- имеющая в своем составе трех и более детей (в том числе усыновленные, падчерицы и пасынки) в возрасте до 18-ти лет.

В зависимости от состава.

1. Простая или нуклеарная семья - состоит из одного поколения, представленного родителями (родителем) с детьми или без детей, нуклеарная семья в современном обществе получила наибольшее распространение, она может быть:

- элементарная - семья из трех членов: муж, жена и ребенок, такая семья может быть, в свою очередь:

- полной - в составе есть оба родителя и хотя бы один ребенок;

- неполной - семья только из одного родителя с детьми, или семья, состоящая только из родителей без детей;

- составная - полная нуклеарная семья, в которой воспитываются несколько детей.

2. Сложная семья или патриархальная семья - большая семья из нескольких поколений, она может включать бабушек и дедушек, братьев и их жен, сестер и их мужей, племянников и племянниц.

В зависимости от места человека в семье:

- родительская — это семья, в которой человек рождается, то есть она будет с человеком до тех пор, пока он не вырастет, а может, даже дольше.

- репродуктивная (истинная семья) - семья, которую человек создает сам, в нее обычно входят дети и супруг(а).

В зависимости от проживания семьи:

- матрилокальная - молодая семья, проживающая с родителями жены;

- патрилокальная - семья, проживающая совместно с родителями мужа;

- неолокальная - семья переезжает в жилище, удаленное от места проживания родителей.

В зависимости от типа воспитания детей:

- авторитарный тип воспитания – самый дисциплинированный стиль воспитания; Авторитетные родители берут на себя ответственность за своих детей, их поведение и действия, пока дети не достигнут эмоциональной зрелости, авторитетный тип воспитания поощряет позитивное поведение, и предполагает умеренную полностью обоснованную дисциплину.

- либеральный (разрешительный) тип воспитания – стремление родителей дать своим детям все самое лучшее, пытаются во всем им угодить.

- демократический тип воспитания наиболее сбалансированный тип воспитания, поскольку он поощряет детей к самостоятельности и принятию ответственности за собственные действия.

Наследование по отцовской линии означает, что дети берут фамилию отца (в России еще и отчество) и собственность обычно переходит по мужской линии. Такие семьи называются патрилинеальные. Наследование по женской линии означает матрилинеальность семьи.

Жизненный цикл семьи.

В психологической литературе критериями для деления жизненного цикла семьи на стадии являются изменения отдельных функций семьи, структуры семьи, способов внутрисемейной коммуникации. Обычно одновременное изменение всех названных показателей происходит при рождении в семье детей, поэтому чаще всего стадии выделяются следующие:

- период добрачного ухаживания;

- молодая брачная пара без детей;

- семья с маленькими детьми;

- семья с детьми-школьниками или подростками;

- отделение детей от родителей;

- супружество в позднем возрасте.

Возможные медико-социальные проблемы семьи:

- хронические заболевания членов семьи;

- наличие в семье ребенка - инвалида от рождения;

- планирование беременности;

- невынашивание беременности, мертворождения;

- частые аборты в анамнезе;

- неполная семья;

- многодетная семья;

- рождение первенца у юной матери или у женщины старше 35 лет;

- низкие доходы и образовательный уровень, неблагоприятные условия жизни;

- нездоровый образ жизни;

- низкое качество материнского ухода за детьми.

Юридическое оформление брачных отношений.

Официальный (формальный) или зарегистрированный – это брак, заключенный в органах записи актов гражданского состояния. В официальном браке ответственность мужа и жены за качество семейной жизни закрепляется перед законом, государство гарантирует защиту семьи, отцовства, материнства и детства.

Фактический или гражданский – это брак по факту. В России все большее количество молодых людей предпочитает не вступать в официальный брак в самом начале своих отношений. Приводятся следующие аргументы в защиту гражданского брака: – в гражданском браке можно приобрести опыт совместной жизни и опыт распределения супружеских ролей; – выяснить степень совместимости партнеров; – научиться договариваться друг с другом, оставаясь самостоятельными и независимыми; – разрыв отношений происходит в более мягкой форме.

Каждую из категорий семей характеризуют протекающие в ней социально-психологические явления и процессы, присущие ей брачно-семейные отношения, включающие психологические аспекты предметно-практической деятельности, круг общения и его содержание, особенности эмоциональных контактов членов семьи, социально-психологические цели семьи и тд.

**2.Возможные медико-социальные проблемы семьи. Планирование беременности. Последствия искусственного прерывания беременности.**

1. Хронические заболевания членов семьи
2. Наличие в семье ребенка - инвалида от рождения
3. Планирование беременности
4. Невынашивание беременности, мертворождения
5. Частые аборты в анамнезе
6. Неполная семья
7. Многодетная семья
8. Рождение первенца у юной матери или у женщины старше 35 лет
9. Низкие доходы и образовательный уровень, неблагоприятные условия жизни.
10. Нездоровый образ жизни
11. Низкое качество материнского ухода за детьми.

4. Рекомендации по планированию беременности.

Супругам, планирующим беременность, следует знать:

Благоприятный возраст женщины для деторождения 19-35 лет, оптимальный интервал между рождением детей составляет не менее 2 лет.

Зачатие допустимо только через 2 месяца после перенесенного супругами острого инфекционного заболевания и.

У женщины, страдающей хроническим соматическим заболеванием, беременность допустима лишь при наступлении стойкой ремиссии и отсутствии обострения в течение 1-5 лет (в зависимости от характера заболевания)

При работе во вредных условиях труда беременность можно планировать после 1-2 лет работы на производстве, т.е. после развития адаптации. Зачатие рекомендуется во время отпуска, либо за 2 месяца до зачатия необходимо перейти на другую работу, исключающую воздействие вредных производственных факторов.

Чтобы подготовиться к беременности, Вам придётся отказаться от привычек и пристрастий, которые не только вредят лично Вам, но и могут серьёзно повлиять на здоровье Вашего будущего ребёнка (и даже привести к его гибели), – необходимо отказаться от курения, употребления алкоголя и наркотических веществ. Кроме того, нужно будет изменить диету и позаботиться о защите от опасных для плода инфекций.

Если Вы принимали противозачаточные гормональные средства либо пользовались внутриматочными средствами, посоветуйтесь с акушером-гинекологом женской консультации о наиболее приемлемых сроках для беременности после прекращения контрацепции.

Постарайтесь следовать этим несложным советам – c их помощью Вы успешно подготовитесь к беременности и сможете избежать ненужных проблем. Месяцы ожидания ребёнка будут для Вас тем, чем они должны быть – радостью, одним из самых счастливых периодов Вашей жизни.

АЛКОГОЛЬ

Алкоголь может нанести серьёзный вред Вашему малышу. Употребление спиртных напитков непозволительно ни до наступления беременности, ни, конечно же, во время неё. Употребление спиртного способно вызвать развитие так называемого «алкогольного синдрома плода». Алкоголь воздействует на мозг Вашего ребёнка, и младенец может появиться на свет с недостаточным весом, со слишком маленькой головой, недоразвитой нижней челюстью, косоглазием. И самое страшное – малыш может оказаться

умственно отсталым. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, умственная отсталость детей в 40–60% случаев связана с алкоголизмом родителей. Поймите, что безопасных доз алкоголя не существует: наукой не установлено, какое именно количество спиртного не повредит плоду. Поэтому Вам лучше вовсе отказаться от алкогольных напитков.

КУРЕНИЕ

От курения нужно отказаться, как только Вы всерьёз задумались о прибавлении. Кровь матери поступает к плоду, и вместе с ней Вы будете поставлять будущему ребёнку вредные вещества, образующиеся при сгорании табака. Они замедляют рост плода и на 25% повышают риск внутриутробной гибели ребёнка, а также могут привести к преждевременным родам.

Даже если Вам удастся избежать этих тяжёлых последствий, Ваш ребёнок будет часто болеть. Дети курящих матерей подвержены заболеваниям дыхательных путей, в том числе таким серьёзным, как астма.

Будущему папе тоже следует позаботиться о здоровье мамы и малыша:

курение в присутствии беременной негативно воздействует на здоровье ребёнка. Известно, что у детей заядлых курильщиков в 2 раза чаще встречаются дефекты развития.

НАРКОТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

Если Вы хотите иметь ребёнка, от наркотиков нужно отказаться – немедленно. Наркотические вещества поражают мозг, сердце и другие органы плода. Также наркотики приводят к тяжёлым нарушениям в организме самой беременной. Подумайте о том, что Вы рискуете родить ребёнка наркомана: плод привыкает к наркотикам уже в утробе матери. Очень часто плоды гибнут внутриутробно. Конечно же, здоровье будущего малыша для Вас дороже Ваших привычек, однако очевидно, что бросить наркотики самостоятельно – очень сложная задача. Вам лучше обратиться к психиатру наркологу – он обязательно Вам поможет.

ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

КРАСНУХА

У тех, кто перенёс краснуху, иммунитет к этому заболеванию сохраняется на всю жизнь. Но если Вы краснухой не болели или не можете вспомнить, была ли она у Вас, ещё до наступления беременности обязательно сделайте анализ на наличие у Вас в крови антител, способных противостоять этой инфекции. При их отсутствии сделайте прививку от краснухи. Это важно – ведь заболевание краснухой во время беременности грозит серьёзными осложнениями для Вашего ребёнка. Особенно высок риск в первые 3 месяца развития плода.

ГЕПАТИТ B

Вирус гепатита В может передаваться плоду внутриутробно и во время родов. Если Вы не инфицированы данным вирусом и в течение прошлых 5 лет не вакцинировались, сделайте прививку от гепатита В ещё до беременности.

ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС

Генитальный герпес передаётся половым путём. При развитии болезни в области наружных половых органов возникают болезненные пузырьки и язвочки, появляются выделения (бели), ощущаются зуд и боль при мочеиспускании, паховые лимфоузлы увеличиваются и становятся болезненными.

Вирус герпеса очень распространён: он присутствует в «спящем» состоянии у 25–27% взрослого населения, время от времени активизируясь и вызывая обострения заболевания.

Опасность Вашему будущему ребёнку грозит только в тех случаях, если Вы заразились герпесом во время беременности либо если незадолго до родов у Вас возникло обострение болезни. Поэтому при наличии генитального герпеса у Вашего полового партнёра обязательно пользуйтесь презервативом. Если у Вас уже были проявления генитального герпеса (то есть вирус уже проник в Ваш организм), в течение беременности необходимо принимать меры для профилактики обострения. Приняв решение забеременеть,

пройдите курс лечения противовирусными препаратами. Обострение герпеса в конце беременности грозит заражением ребёнка, когда он будет проходить через родовые пути во время родов. Если всё же обострение развилось в эти сроки, лучшим решением проблемы будет кесарево сечение.

ЗНАЧЕНИЕ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ

Фолиевая кислота очень важна для развития Вашего ребёнка. Это вещество помогает предотвратить пороки головного и спинного мозга, которые у плода до определённого этапа развития называются нервной трубкой. Для её правильного развития необходима фолиевая кислота, продукты обмена которой обеспечивают деление клеток и формирование основных систем организма плода.

Нервная трубка формируется уже на 16–28-й день после зачатия, когда женщина ещё не знает о том, что она беременна. Вот почему принимать фолиевую кислоту Вам следует каждый день по 0,4 мг как минимум за 3 месяца до наступления беременности и в течение первых 12 недель беременности.

ИЗМЕНЕНИЕ ДИЕТЫ

Постарайтесь продумать и изменить Вашу диету до наступления беременности. Растущему внутри Вас малышу очень понадобятся железо, кальций и фолиевая кислота. Поэтому включите в Ваш рацион продукты с высоким содержанием этих веществ.

Много железа находится в мясе, сухофруктах, хлебе, зелёных овощах и злаках.

Кальцием богаты молоко, сыр и кисломолочные продукты.

Источники фолиевой кислоты – зелёные лиственные овощи, бобы, рис, кукуруза, злаки, апельсины, бананы, молоко.

Постарайтесь избегать чрезмерного потребления витамина А – его избыток может навредить плоду. Не стоит без особой необходимости принимать таблетки с витамином А. Ешьте меньше таких продуктов, как печень, мозг, а также печень трески.

Не следует увлекаться кофеином, которого много в кофе, шоколаде, чае, а также в напитках, содержащих колу. Во время беременности Вы не должны употреблять более 300 мг кофеина в день. Запомните: одна чашка растворимого кофе содержит около 75 мг кофеина, чашка зернового кофе (100 мл) – 100 мг, чашка чая – 50 мг, 50 г шоколада – 50 мг, а стакан колы –40 мг.

Если у Вас избыточный вес, попытайтесь сбросить лишние килограммы ещё до беременности, а вовремя её старайтесь не «есть за двоих». У женщин с избыточным весом выше риск развития осложнений, особенно на поздних сроках беременности.

Рекомендации для мужчин по увеличению способности к зачатию:

- ведите здоровый образ жизни;

- прервите на некоторое время посещение парных, саун (образование спермы снижается за счет высокой температуры);

- носите свободное нижнее бельё из натуральной ткани, избегайте тесного белья из синтетических тканей, которое повышает температуру в мошонке;

- постарайтесь, чтобы половые сношения совпадали с наиболее вероятными днями зачатия у партнерши. Оптимальная частота половых контактов 3 раза в неделю, если реже пропускаются благоприятные дни для зачатия, чаще-снижается кол-во выделяемых сперматозоидов. Партнерша должна полежать 10-15 минут после полового сношения.

Последствия искусственного прерывания беременности.

[Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 26.03.2022) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 10.04.2022)](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/)

**Статья 56. Искусственное прерывание беременности**

1. Каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при наличии информированного добровольного [согласия](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_197667/50736e0f75a1c75082aed71b660fcf176eabf656/#dst100011).

2. [Искусственное прерывание беременности](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_367763/6c1267fadca4b55d6664d6c1a0eca41a85e1c115/#dst100477) по желанию женщины проводится при сроке беременности до двенадцати недель.

3. Искусственное прерывание беременности проводится:

1) не ранее 48 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности:

а) при сроке беременности четвертая - седьмая недели;

б) при сроке беременности одиннадцатая - двенадцатая недели, но не позднее окончания двенадцатой недели беременности;

2) не ранее семи дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности восьмая - десятая недели беременности.

4. Искусственное прерывание беременности по социальным показаниям проводится при сроке беременности до двадцати двух недель, а при наличии медицинских показаний - независимо от срока беременности.

5. [Социальные показания](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_126022/#dst100005) для искусственного прерывания беременности определяются Правительством Российской Федерации.

6. [Перечень](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_125799/fbeaff474451c2b684e35a0a31f2d0f53081fe5e/#dst100010) медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

7. Искусственное прерывание беременности у совершеннолетней, признанной в установленном законом порядке недееспособной, если она по своему состоянию не способна выразить свою волю, возможно по решению суда, принимаемому по заявлению ее законного представителя и с участием совершеннолетней, признанной в установленном законом порядке недееспособной.

8. Незаконное проведение искусственного прерывания беременности влечет за собой административную или уголовную ответственность, установленную з[аконодательством](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/5e5a1acccfe61df97f5fcb684e12cab5fee05e25/) Российской Федерации.

**Искусственный аборт** – искусственное прерывание беременности сроком до 12 недель в нашей стране остаётся распространенным методом регуляции рождаемости, несмотря на наличие современных высокоэффективных контрацептивных средств, с помощью которых можно избежать нежелательной беременности.

Прерывание беременности в ранние сроки путем выскабливания матки сводится к расширению шеечного канала расширителями Гегара, удалению крупных частей плода тупой кюреткой или абортцангом, выскабливанию остатков плодного яйца и слизистой оболочки матки острой кюреткой.

При правильно выполненной операции матка сокращается и кровотечение прекращается.

Ближайшие осложнения, которые могут возникнуть в момент операции или вскоре после нее:

• перфорация матки

• кровотечения,

• оставление частей плодного яйца.

Отдаленные осложнения:

• воспалительные процессы внутренних половых органов,

• дисфункция яичников и надпочечников с нарушением менструального цикла,

• бесплодие,

• внематочная беременность,

• не вынашивание беременности,

• кровотечение в родах,

• психогенные расстройства.

**Искусственный аборт методом вакуум-аспирации** или мини-аборт производится на очень раннем сроке, при задержке менструации не более 21 дня. Значительно уменьшается травмирование стенки матки, осложнения встречаются реже. Возможна воздушная эмболия (попадание воздуха в матку, сосуды), если неисправен вакуум- аппарат.

При консервативном методе прерывания беременности используют препараты, содержащие аналоги простагландинов группы Е и F, а также синтетические антипрогестины.

Частыми осложнениями после медикаментозного аборта считаются нарушения гормонального фона. Они могут спровоцировать различные гинекологические заболевания. Серьезную опасность представляет неполное отторжение плода, которое проявляется в виде острых болей в животе, обильного кровотечения.

Таким образом, следует отметить, что безопасных методов прерывания беременности не существует.

**3.Понятие о планировании семьи. Принципы контрацепции в зрелом возрасте. Контрацептивные мероприятия у мужчин и женщин.**

Согласно определению ВОЗ «планирование семьи — это обеспечение контроля репродуктивной функции для рождения здоровых и желанных детей».

Планирование семьи — комплекс медицинских, социальных и юридических мероприятий, проводимых с целью рождения желанных детей, регулирования интервалов между беременностями, контроля времени деторождения, предупреждения нежелательной беременности. Планирование семьи включает в себя подготовку к желанной беременности, обследование и лечение бесплодных пар, контрацепцию, прерывание нежелательной беременности.

Вопросы деторождения интересовали людей с времен далекой древности. В примитивных цивилизациях богами деторождения считали Луну и Землю. В Древней Греции браку и родам способствовала и покровительствовала Гера (у римлян Юнона). Но с момента возникновения религиозных представлений о беременности и родах возникла и проблема регулирования половой жизни: половые табу, религиозные законы и т. д. В Библии, Талмуде, Коране можно найти специальные разделы, посвященные половой жизни. Запрещались родственные браки в целях получения здорового потомства. Запрещалось вступать в половую связь с женщиной после родов и в критические дни во избежание нежелательных последствий для ее здоровья.

**Контрацепция в зрелом возрасте**

Как правило, в этом возрасте многие женщины уже мамы взрослых детей или молодые бабушки ранних внуков, достигшие определённых целей и по праву заработавшие авторитет как на работе, так и в семье. Обычно в этом возрасте гораздо меньше внимания уделяется интимной жизни между супругами или партнёрами. Но, тем не менее, потребность в любви у женщины сохраняется в любом возрасте. Поэтому, известие о беременности после очередного посещения гинеколога обычно является сильным ударом. Чтобы не подвергать себя дополнительному стрессу, следует с вниманием подойти к вопросу контрацепции в этом возрасте.

Как показывает статистика, более половины женщин после 40 лет могут забеременеть, затем вероятность уменьшается и к 50 годам составляет, обычно, 2-3 %. Но в мировой практике известны случаи беременности после 50 лет. Организм женщины всегда является загадкой как в психологическом плане, так и в физиологическом. Сбои в менструации, ошибочно принимаемые за первые предвестники климакса, вполне могут оказаться беременностью, а вновь начавшиеся менструации после годового перерыва уже далеко не редкость. Поэтому в данной статье мы попытаемся доступно объяснить, какие методы имеются и чему стоит отдать предпочтение.

Основные факторы, влияющие на выбор метода контрацепции:

1.доступность медицинского обслуживания: ни для кого не секрет, что в сельской местности женщины не всегда имеют возможность хорошего осмотра и назначения адекватной терапии. Это касается и гинекологии. И даже если метод контрацепции будет выбран, не всегда есть возможность купить контрацептивны из-за перебоев с поставками. Поэтому использование оральных контрацептивов, спермицидов, презервативов бывает затруднено;

2. стоимость препаратов;

3. половая активность: выбор метода контрацепции зависит от количества половых партнёров, ведь если половые связи нерегулярны и с разными половыми партнёрами, помимо нежелательной беременности существует вероятность инфицирования различными заболеваниями, передающихся половым путём, а от заболеваний могут помочь только барьерные методы (презерватив, спермициды);

4. вредные привычки;

5. взаимоотношения между партнёрами: обязательно согласование перед применением того или иного метода (презерватив, спермициды). Если же партнёр против всех методов контрацепции, остаётся только прерванный половой акт.

Теперь поговорим о наиболее часто используемых методах контрацепции.

Барьерные методы.

Презерватив:

• плюсы - надёжная защита от инфекций и беременности, нет побочных эффектов от применения, проявляющихся системно, нет системы применения, только по надобности;

• минусы - у пар, не применявших ранее эти виды контрацепции, могут возникнуть сложности из-за физиологических особенностей (например, сухость влагалища у женщин, проблема эрекции у мужчин).

Спермициды:

• плюсы - идеальны для женщин "бальзаковского возраста", подбираются в зависимости от степени увлажнённости влагалища (свечи, капсулы, крем, таблетки), используются по требованию, неплохая защита от инфекций, подбираются врачом;

• минусы - стоимость, индивидуальная непереносимость.

Известным представителем данного вида контрацепции является ФАРМАТЕКС.

Внутриматочная спираль (ВМС) - давно известный метод длительной контрацепции. Существенные недостатки- устанавливается и извлекается только гинекологом, чаще, чем другие методы, вызывает различные осложнения и не защищает от инфекций.

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) просты в применении, но могут вызвать системные побочные эффекты и начатую упаковку необходимо допить до конца, чтобы не нарушить менструальный цикл.

Если частота половых сношений невелика, использование КОК и ВМС отпадает, само собой и остаются, только барьерные методы контрацепции ("на один раз").

Что же делать, если до стойки менопаузы мысленно еще далеко, но уже бывают периоды нарушений менструации (выпадение менструальных циклов) и есть повод для волнения по поводу нежелательной беременности? Поскольку ситуация возникает у многих женщин с регулярным постоянством, то, естественно, каждый месяц к врачу не набегаешься и не будешь постоянно делать УЗИ, чтобы убедиться, что все в порядке и «медленно крадется старость». В таком случае первым помощником в правильной диагностике служит тест для определения беременности. Этот тест является специфическим для гормона беременности и при правильном его выполнении (согласно инструкции, сопровождающей тест) подтвердит или опровергнет ваши сомнения. Все тесты отличаются степенью чувствительности к гормону беременности и чем ближе этот показатель к 10 МЕ хорионического гонадотропина, тем точнее и раньше вы получите ответ на тревожащий Вас вопрос. Лидером на рынке высокочувствительных тестов является предложенный французами «ББ тест». Он позволяет диагностировать беременность еще за несколько дней до предполагаемого срока менструации.

Итак, следует помнить:

• применение контрацепции в зрелом возрасте показано при регулярном менструальном цикле или при чередовании регулярных и нерегулярных периодов;

• выбор метода контрацепции обязательно должен согласовываться с врачом;

• рекомендуется контрацепция и после наступления менопаузы (в течение 12 мес.). В любом случае, женщина должна знать о возможности забеременеть и, во избежание неприятных сюрпризов, женщина должна всегда помнить об этом, и лучше лишний раз измерить базальную температуру, провести тест на беременность или пройти УЗИ органов малого таза;

• предпочтение чаще отдается барьерным методам.

Своевременное решение проблем - реальный путь сохранения здоровья женщин, профилактики трофических изменений в постменопаузе и сохранения качества жизни.

**4.Понятие о факторах риска развития заболеваний репродуктивной системы человека, роль планирования семьи в выявлении и устранении факторов риска планирования семьи.**

Репродуктивное здоровье представляет собой физическое, умственное и социальное благополучие, позволяющее производить потомство и сохранить психосексуальные отношения в семье. Репродуктивное здоровье означает не только отсутствие болезней половой системы, но также способность к зачатию, вынашиванию, рождению и вскармливанию грудным молоком.

Репродуктивное здоровье россиян оставляет желать лучшего: растет число людей с бесплодием, подростки начинают вести половую жизнь слишком рано, увеличивается число абортов и заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП). Люди репродуктивного возраста часто ведут неправильный образ жизни, что негативно отражается и на их детородной функции, и на здоровье детей.

Факторы, влияющие на репродуктивное здоровье

Специалисты выделяют целый список факторов, которые могут повлиять на репродуктивное здоровье. Среди них:

* аборты;
* вредные привычки;
* заболевания, передающиеся половым путём (ЗППП);
* неправильное питание;
* возраст;
* психоэмоциональное состояние;
* экологическая обстановка;
* проблемы со здоровьем.

Такие вредные привычки, как курение, употребление алкоголя и психоактивных веществ оказывают сильное негативное влияние на репродуктивность мужчин и женщин. Никотин, содержащийся в сигарете, — это яд. Он проникает в организм женщины, отравляет плод через плаценту и поражает еще не до конца сформировавшиеся органы. Из-за этого органы и системы детского организма могут развиваться неправильно, что является риском хронических патологий.

Женщинам, планирующим завести ребенка, необходимо отказаться от употребления спиртных напитков. Алкоголь пагубно сказывается на гормональном фоне, яйцеклетки слабеют, от чего женщине становится сложнее зачать. Мужчинам тоже стоит ограничить прием спиртного, так как оно снижает выработку тестостерона и приводит к тому, что сперматозоиды становятся неактивными.

Аборты не проходят бесследно для женского организма: после процедуры возрастает риск самопроизвольного прерывания будущих беременностей. То есть каждый проведенный аборт повышает риск последующих выкидышей. Из-за абортов на матке образуются спайки, из-за которых оплодотворенной яйцеклетке сложнее прикрепиться к ее стенке.

Венерические заболевания тоже негативно сказываются на детородной функции. У женщин они вызывают воспаления органов малого таза, приводят к внематочной беременности, выкидышам и бесплодию. ЗППП негативно влияют на внутриутробное развитие и способны вызвать патологии развития плода. Их опасность в том, что они могут протекать без симптомов (например, хламидиоз).

Человеческий организм в полной мере испытывает влияние окружающей среды, особенно неблагоприятное. Половая система не является исключением — плохая экологическая обстановка может снижать репродуктивность.

Как сохранить репродуктивное здоровье

Для сохранения репродуктивного здоровья нужно соблюдать ряд несложных правил: Старайтесь вести правильный (то есть здоровый) образ жизни и откажитесь от алкоголя и табака.

Помогите организму предупредить гормональный дисбаланс, в том числе с помощью приема биоактивных добавок.

Занимайтесь спортом, а если сил и времени не хватает, то давайте себе хотя бы минимальные физические нагрузки в домашних условиях. Логика проста: упражнения улучшают кровообращение в целом, во всем организме и в органах малого таза в частности, а это хороший, хоть и косвенный фактор, улучшающий репродуктивные функции. Правильный образ жизни поддерживает здоровье всех органов и систем человеческого организма.

Соблюдайте правила ведения половой жизни, регулярно сдавайте анализы и следите за здоровьем половой системы.

Соблюдайте соотношение отдыха и труда, проводите время на природе, старайтесь избегать стрессов и быть в нормальном психоэмоциональном состоянии. В суматохе современной жизни учитесь находить время для спокойного отдыха.

Только вам решать, когда заводить ребенка, но считается, что оптимальный возраст для зачатия — 25 лет. И помните, что с возрастом детородная функция угасает (у женщин — после 35 лет, у мужчин — после 45).

**5. Понятие о бесплодном браке, проблемы бесплодного брака.**

Бесплодный брак - отсутствие беременности у женщины детородного возраста в течение 1 года регулярной половой жизни без применения каких-либо контрацептивных средств. Частота бесплодного брака, по разным данным, колеблется от 10 до 20%.

Причиной бесплодия могут быть нарушения в половой системе у одного или у обоих супругов. В 45% случаев бесплодие связано с нарушениями в половой сфере женщины, в 40% - мужчины, в остальных случаях бесплодие обусловлено нарушениями у обоих супругов.

У женщин различают первичное бесплодие - отсутствие беременности в анамнезе и вторичное, когда бесплодию предшествовала хотя бы одна беременность.

Первичное и вторичное бесплодие может быть относительным, если восстановление репродуктивной функции возможно, и абсолютным - при невозможности забеременеть естественным путем (отсутствие матки, яичников, некоторые пороки развития половых органов). Бесплодных супругов необходимо обследовать одновременно.

Мужское бесплодие

Причинами мужского бесплодия могут быть секреторные (нарушение сперматогенеза) и экскреторные (нарушение выделения спермы) факторы. Мужское бесплодие чаще обусловлено варикоцеле, воспалительными заболеваниями, пороками развития, эндокринными нарушениями. Частота бесплодия неясной этиологии у мужчин достигает 15-25%.

Обследование мужчины начинают с анализа спермы. Эякулят для исследования получают путем мастурбации после 2-3-дневного воздержания. При исследовании спермы оценивают объем эякулята, общее количество сперматозоидов, их подвижность и морфологию, определяют рН, вязкость спермы, количество лейкоцитов и другие показатели

Подвижность сперматозоидов оценивается по четырем категориям:

a - быстрое линейное прогрессивное движение;

b - медленное линейное и нелинейное прогрессивное движение;

c - прогрессивного движения нет или движение на месте;

d - сперматозоиды неподвижны.

Наиболее частая терминология при оценке показателей спермограммы:

- нормоспермия - показатели в пределах нормы;

- аспермия - отсутствие эякулята (объем спермы 0 мл);

- азооспермия - отсутствие сперматозоидов в эякуляте;

- олигозооспермия - сперматозоидов менее 20×106/мл;

- астенозооспермия - подвижных сперматозоидов менее 25% категории a или менее 50% категории a+b;

- тератозооспермия - менее 14% сперматозоидов нормальной морфологии;

- олигоастенотератозооспермия - сочетание трех вариантов патологии.

При выявлении патологии спермы показана консультация уролога-андролога для дальнейшего обследования и лечения. При нормальных показателях спермограммы других исследований у мужчины не проводят.

Женское бесплодие

Женское бесплодие - неспособность женщины репродуктивного возраста к зачатию.

Основные причины женского бесплодия:

• психогенные факторы;

• нарушение овуляции (эндокринное бесплодие) (35-40%);

• трубно-перитонеальный фактор (20-30%);

• различные гинекологические заболевания (15-25%);

• иммунологические причины (2%).

Психогенные факторы бесплодия. Конфликтные ситуации в семье, на работе, неудовлетворенность половой жизнью, а также настойчивое желание иметь ребенка или, наоборот, боязнь беременности могут вызывать нарушения овуляции, имитирующие эндокринное бесплодие. Аналогичным образом индуцируемые стрессовыми ситуациями вегетативные нарушения могут привести к дискоординации гладкомышечных элементов маточных труб, а следовательно, к функциональной трубной непроходимости.

Эндокринное бесплодие связано с нарушением процесса овуляции: анову-ляция, недостаточность лютеиновой фазы менструального цикла, синдром лютеинизации не овулирующего фолликула.

Ановуляторное бесплодие может возникать при поражении любого уровня репродуктивной системы. Наиболее частые причины ановуляции: гипе-рандрогения, гиперпролактинемия, гипоэстрогения, обменные нарушения (ожирение, выраженный дефицит массы тела), а также болезнь и синдром Иценко-Кушинга, гипо- и гипертиреоз.

Недостаточность лютеиновой фазы менструального цикла (НЛФ) связана с гипофункцией желтого тела яичника, приводящей к недостаточной секреторной трансформации эндометрия. Бесплодие при НЛФ вызвано нарушением имплантации эмбриона или ранним самопроизвольным выкидышем, когда беременность прерывается до задержки менструации.

НЛФ возникает вследствие дисфункции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы после травм, нейроинфекций, стрессов; в результате гиперандрогении; гипоили гипертиреоза; гиперпролактинемии; воспалительных процессов.

Синдром лютеинизации не овулирующего фолликула (ЛНФ-синдром) — это преждевременная лютеинизация преовуляторного фолликула без овуляции. Причины лютеинизации не овулирующего фолликула не установлены.

Трубное и перитонеальное бесплодие. Трубное бесплодие связано с нарушением функциональной активности маточных труб или их органическим поражением. Изменение функции маточных труб отмечается на фоне стресса, нарушения синтеза простагландинов, половых стероидов, увеличения содержания метаболитов простациклина, тромбоксана А2, а также при гиперандрогении.

Органическое поражение маточных труб приводит к их непроходимости. Причиной данной патологии являются перенесенные воспалительные заболевания половых органов (гонорея, хламидиоз, туберкулез и др.), оперативные вмешательства на внутренних половых органах, эндометриоз маточных труб и другие формы наружного эндометриоза.

Перитонеальное бесплодие обусловлено спаечным процессом в области придатков матки. Оно возникает вследствие воспалительных заболеваний половых органов, после оперативных вмешательств на органах брюшной полости и малого таза.

Бесплодие при гинекологических заболеваниях связано с нарушением имплантации эмбриона в полости матки при внутриматочных перегородках и синехиях, эндометриозе, миоме матки с субмукозным расположением узла, полипах эндометрия.

Причиной иммунного бесплодия является образование у женщины антиспермальных антител (в шейке матки, эндометрии, маточных трубах), приводящее к фагоцитозу сперматозоидов.

У 48% бесплодных женщин выявляют одну причину бесплодия, у остальных - сочетание двух причин и более.

Диагностика бесплодия

Обследование женщин с бесплодием начинается со сбора анамнеза, при котором уточняют характер менструальной функции (менархе, регулярность цикла и его нарушения, межменструальные выделения, болезненные менструации), число и исход предыдущих беременностей, длительность бесплодия, используемые методы контрацепции и продолжительность их применения. При изучении половой функции выясняют, нет ли боли при половом акте, регулярность половой жизни.

Обращают внимание на экстрагенитальные заболевания (сахарный диабет, туберкулез, патология щитовидной железы, надпочечников и др.) и перенесенные операции, способствующие появлению бесплодия (операции на матке, яичниках, маточных трубах, мочевыводящих путях, кишечнике, аппендэктомия).

Уточняют гинекологический анамнез: наличие воспалительных процессов органов малого таза и заболеваний, передаваемых половым путем (возбудитель, продолжительность и характер терапии), заболевания шейки матки и их лечение (консервативное, криоили лазеротерапия, радио-и электроконизация).

Выявляют психогенные факторы, а также вредные привычки (курение, употребление алкоголя, наркотиков), которые могут приводить к бесплодию.

При объективном обследовании необходимо измерить рост, массу тела пациентки, вычислить индекс массы тела (ИМТ). В норме он составляет 20-26 кг/м2. При ожирении (ИМТ >30 кг/м2) необходимо установить время его начала, возможные причины и быстроту нарастания массы тела.

Обращают внимание на кожные покровы (сухие, влажные, жирные, угревая сыпь, полосы растяжения), состояние молочных желез (развитие, выделения из сосков, уплотнения и объемные образования). Целесообразно выполнить УЗИ молочных желез для исключения опухолевых образований.

Обязательно проводят микроскопическое исследование мазков из цервикального канала, влагалища и уретры. При необходимости выполняют ПЦР - исследование на наличие инфекции, посев на микрофлору и чувствительность к антибиотикам.

Параллельно пациентка проходит обследование по тестам функциональной диагностики в течение 3 последовательных менструальных циклов (базальная термометрия, симптом "зрачка", КПИ и др.).

Обследование пациенток с бесплодием любой этиологии включает также консультацию терапевта для выявления противопоказаний к беременности. При обнаружении признаков эндокринных и психических заболеваний, а также пороков развития назначают консультации соответствующих специалистов: эндокринологов, психиатров, генетиков.

Эндокринное бесплодие. Обследование пациенток с ановуляторным бесплодием начинают с исключения органической патологии на всех уровнях регуляции менструальной функции. С этой целью выполняют рентгенографию черепа с визуализацией турецкого седла, МРТ головного мозга, исследование глазного дна и полей зрения, УЗИ органов малого таза, щитовидной железы, надпочечников.

Для выявления функциональной патологии репродуктивной системы проводят ЭЭГ, РЭГ, определяют концентрацию в крови гормонов передней доли гипофиза (ФСГ, ЛГ, пролактина, ТТГ, АКТГ), гормонов яичников (эстрадиол, прогестерон), гормонов щитовидной железы (Т3, Т4), надпочечников (кортизол, тестостерон, ДГЭА-С).

У женщин с ожирением рекомендуется дополнительно использовать стандартный тест толерантности к глюкозе для выявления характера нарушений углеводного обмена.

Недостаточность лютеиновой фазы проявляется укорочением 2-й фазы менструального цикла (менее 10 дней) и уменьшением разницы температуры в обе фазы цикла (<0,6 °C) по данным базальной термометрии. Диагностическим критерием недостаточности лютеиновой фазы является снижение уровня прогестерона в крови. Исследование проводят на 7-9-й день подъема ректальной температуры (соответствует 21-23-му дню менструального цикла).

Диагноз ЛНФ-синдром устанавливают при динамическом УЗИ. В течение менструального цикла отмечается рост фолликула до преовуляторного с последующим сморщиванием - "плато-эффект фолликула".

При диагностике трубно-перитонеального бесплодия необходимо исключить в первую очередь воспалительные заболевания половых органов. С этой целью проводят бактериоскопическое, бактериологическое исследование, ПЦР.

Для исключения трубного бесплодия (определения проходимости маточных труб) в настоящее время чаще применяют гидросонографию, лапароскопию с хромосальпингоскопией метилтионинием хлоридом (метиленовый синий), сальпингоскопию (реже - гистеросальпингографию)

Наиболее информативным и достоверным методом диагностики перитонеального бесплодия является лапароскопия.

У женщин с гинекологическими заболеваниями для исключения внутриматочной патологии с диагностической целью проводят гистероскопию и раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки. В случае обнаружения внутриматочной патологии вовремя гистероскопии возможно удалить синехии, перегородки, полипы эндометрия, субмикозные миоматозные узлы.

Иммунологическое бесплодие диагностируют лишь после исключения трубно-перитонеального, эндокринного бесплодия и внутриматочной патологии. После исключения описанных выше факторов приступают к пост-коитальному тесту.

Посткоитальный тест позволяет оценить взаимодействие спермы и цервикальной слизи, проводится в середине цикла, обычно на 12-14-й день. При микроскопическом исследовании слизи шейки матки после коитусаопределяют присутствие и подвижность сперматозоидов. Тест положительный, если есть 5-10 активно подвижных сперматозоидов в прозрачной слизи без лейкоцитов. При обнаружении неподвижных сперматозоидов тест считают сомнительным, при отсутствии сперматозоидов - отрицательным. Если сперматозоиды неподвижны или совершают маятникообразные движения, тест проводят повторно.

Лечение бесплодия

Пациенткам с психогенным бесплодием назначают консультацию психоневролога. Специалист может применить транквилизаторы, седативные препараты, а также психотерапевтические методы. В ряде случаев подобная терапия эффективна без применения стимуляторов овуляции.

Лечение эндокринного бесплодия. При выявлении органической патологии головного мозга показана консультация нейрохирурга.

Функциональные нарушения требуют адекватного лечения выявленной эндокринной патологии для нормализации гормонального статуса. При функциональной гиперпролактинемии или микропролактиномах гипофиза показано лечение дофаминомиметиками (Достинек, бромокриптин).

При ожирении чрезвычайно важна коррекция массы тела. Иногда только снижение массы тела, особенно при гипофизарном ожирении, приводит к нормализации выделения гонадотропинов.

Лечение основного заболевания дополняют препаратами, стимулирующими овуляцию. Монофазные эстроген-гестагенные гормональные контрацептивы (КОК) назначают в течение 2-3 последовательных циклов. После отмены КОК происходит восстановление овуляции в яичниках - "ребаунт-эффект".

Препарат кломифен назначают с 5-го по 9-й день менструального цикла. Являясь антиэстрогеном, кломифен блокирует эстроген-рецепторы в гипоталамусе. После его отмены повышается выделение ФСГ и ЛГ, что способствует созреванию фолликула и наступлению овуляции.

В настоящее время для стимуляции овуляции широко используются экзогенные гонадотропины (ФСГ, ЛГ, ХГ). На фоне применения препаратов, содержащих ФСГ и ЛГ, в 1-ю фазу цикла происходят рост и созревание доминантного фолликула в яичнике, а внутримышечное введение ХГ в середине цикла способствует овуляции. В ряде случаев стимуляция овуляции начинается с исходного подавления эндогенных гонадотропинов. С этой целью применяют а-ГнРГ.

Стимуляторы овуляции используют не только при эндокринном бесплодии, но и как самостоятельную терапию у бесплодных женщин с овуляторными нарушениями по не выявленной причине.

Женщинам с эндокринным бесплодием, не забеременевшим в течение одного года после гормональной терапии, рекомендуют лапароскопию для исключения непроходимости маточных труб, гистероскопию для исключения внутриматочной патологии.

Лечение трубно-перитонеального бесплодия. Для восстановления анатомической проходимости маточных труб показана оперативная лапароскопия (или лапаротомия - при отсутствии возможности эндоскопии). Если фимбриальные отделы маточных труб запаяны, проводят фимбриолизис. При перитонеальном бесплодии спайки разделяют и по показаниям коагулируют. Параллельно устраняют сопутствующую патологию (эндометриоидные гетеротопии, субсерозные миоматозные узлы, ретенционные образования яичников).

В настоящее время при поражении маточных труб в истмическом и интерстициальном отделах их удаляют, а в последующем проводят ЭКО.

Лечение иммунологического бесплодия. Для достижения спонтанной беременности пациентке проводят лечение латентной инфекции половых путей. Затем в течение 2-3 дней перед овуляцией назначают препараты чистых эстрогенов, рекомендуют использовать презерватив в течение как минимум 6 мес. (ослабление сенсибилизации иммунокомпетентных клеток женщины к спермальным антигенам при продолжительном отсутствии контакта). После прекращения механической контрацепции нередко наступает беременность.

Неэффективность проводимого лечения является основанием для использования вспомогательных репродуктивных технологий - искусственной инсеминации спермой мужа. Сперму вводят в матку с помощью шприца со специальным наконечником (возможно использование донорской спермы при неполноценности спермы мужа и при согласии на это супругов) или используют ЭКО.

Использование вспомогательных репродуктивных технологий в лечении женского и мужского бесплодия

Искусственная инсеминация - введение спермы мужа или донора в полость матки с целью индуцировать беременность.

Инсеминацию проводят амбулаторно 2-3 раза на 12-14-й дни менструального цикла (при 28-дневном цикле).

Донорскую сперму получают от мужчин моложе 36 лет, физически и психически здоровых, без наследственных заболеваний. Желательно, чтобы у кровных родственниц донора в анамнезе отсутствовали данные о нарушении развития плода и спонтанных абортах.

Частота беременности после искусственной инсеминации составляет 10-20%. Течение беременности и родов аналогичны таковым при естественном зачатии, а пороки развития плода регистрируют не чаще, чем в общей популяции.

Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) - оплодотворение яйцеклеток in vitro, культивирование и перенос полученных эмбрионов в матку.

В настоящее время ЭКО проводят с применением индукторов овуляции, чтобы получить достаточно много зрелых ооцитов. Вспомогательные репродуктивные технологии позволяют использовать программы криокон-сервации не только спермы, но также ооцитов и эмбрионов, что уменьшает стоимость последующих попыток ЭКО.

Стандартная процедура ЭКО включает несколько этапов. Сначала проводят активацию фолликулогенеза в яичниках с помощью стимуляторов суперовуляции по различным схемам. Независимо от выбора схемы принцип стимуляции единый: исходное подавление эндогенных гонадотропинов на фоне применения а-ГнРГ с последующей стимуляцией суперовуляции экзогенными гонадотропинами. Следующим этапом производят пункцию всех фолликулов диаметром более 15 мм под контролем ультразвукового сканирования яичников. Полученные ооциты вводят в специальную среду, содержащую не менее 100 тыс. сперматозоидов. После культивирования эмбрионов в течение 48 ч с помощью специального катетера переносят 1-2 эмбриона в полость матки; оставшиеся эмбрионы с нормальной морфологией можно подвергнуть криоконсервации для использования в повторных попытках ЭКО.

При ЭКО единичными сперматозоидами возможна интрацитоплазмати-ческая инъекция сперматозоидов для оплодотворения ооцитов (Intra Cytoplasmic SpermInjection - ICSI).

При ICSI осуществляют микроманипуляционное введение единственного сперматозоида под визуальным контролем в зрелый ооцит, находящийся в стадии метафазы II деления мейоза. Остальные этапы процедур аналогичны ЭКО.

При азооспермии используют методы в рамках программы ЭКО + ICSI, позволяющие получать сперматозоиды из эпидидимиса или яичка.

В ряде случаев при проведении ЭКО целесообразно выполнение перинатальной генетической диагностики (ПГД). Генетическое исследование клеток эмбриона проводится при риске появления хромосомных аномалий, подозрении на моногенные заболевания (муковисцидоз, миелосенсорная глухота и др.), а также женщинам с резус-отрицательной кровью, мужья которых являются бизиготными по RhD.

Осложнением ЭКО является синдром гиперстимуляции яичников. Под гиперстимуляцией яичников подразумевают комплекс патологических симптомов (появление боли в животе, в некоторых случаях развивается картина "острого живота"). При этом к овуляции готовится много фолликулов в обоих яичниках, что приводит к их выраженному увеличению. Лечение заключается в проведении дегидратации, инфузионной терапии (плазма).

Хирургическое лечение синдрома гиперстимуляции яичников показано при признаках внутреннего кровотечения вследствие разрыва яичника. Объем оперативного вмешательства должен быть щадящим, с максимальным сохранением яичниковой ткани. При гиперстимуляции наложить швы на разорвавшийся яичник и остановить кровотечение достаточно сложно. Иногда приходится тампонировать разорвавшийся яичник по Микуличу.

Особенности течения и ведения беременности после ЭКО обусловлены высокой вероятностью ее прерывания, невынашивание и развития тяжелых форм гестозов. Частота этих осложнений зависит в первую очередь от характера бесплодия (женское, сочетанное или мужское), а также от особенностей проведенной процедуры ЭКО. У детей, рожденных с применением ЭКО, частота врожденных аномалий не выше, чем в общей популяции новорожденных. Частота многоплодия при экстракорпоральном оплодотворении составляет 25-30%.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**

Кучма, В.Р. Здоровый человек и его окружение: учебник / В.Р. Кучма, О.В. Сивочалова. - 4-е изд. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 544 с.

Славянова, И.К. Акушерство и гинекология: учебник / И. К. Славянова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2018. - 573, [1] с.

Славянова, И.К. Сестринский уход в акушерстве и гинекологии: учебное пособие / И. К. Славянова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2019. - 395 с.

Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе: учебник / А.Л. Вёрткин [и др.]; под ред. А.Л. Вёрткина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 544 с.

Российская Федерация. Законы. Об охране здоровья граждан: Федеральный закон № 323-ФЗ [принят Государственной Думой 01 ноября 2011 года: одобрен Советом Федерации 09 ноября 2011 года]. – Текст: электронный // ЭПС «Система ГАРАНТ»: Интернет-версия. – URL: http://internet.garant.ru (дата обращения: 11.05.2022).

**Приложение А**

**Упражнение для улучшения кровообращения**

ИП сидя на стуле. На счет 1–2 плавно запрокинуть голову назад, 3–4 наклонить голову вперед, плечи не поднимать. Повторить 4–6 раз, темп медленный.

ИП сидя, руки на поясе. На счет 1 – поворот головы направо, 2 – ИП (голова прямо), 3 – поворот головы налево, 4 – ИП. Повторить 6–8 раз в медленном темпе.

ИП стоя или сидя, руки на поясе. На счет 1 положить левую руку на правое плечо спереди, 2 – голову повернуть налево, 3 – ИП, 4–5 выполнить тоже самое правой рукой. Повторить 4–6 раз в медленном темпе.

**Приложение Б**

**Вопросы по самоподготовке к практике:**

1. Что такое семья?
2. Какназываетсяодновременное состояние мужчины в браке с несколькими женщинами, причем, брак заключается мужчиной с каждой из женщины?
3. Что такое полиандрия?
4. Назовите благоприятный возраст женщины для деторождения?
5. У скольких процентов населения вирус герпеса присутствует в организмев «спящем» состоянии?
6. Какие инструменты используют при прерывании беременности?
7. Как производится искусственный аборт методом вакуум-аспирации?
8. С какой целью проводят планирование семьи?
9. Факторы, влияющие на репродуктивное здоровье?
10. Понятие "бесплодный брак"?
11. Причины женского и мужского бесплодия?
12. Принципы обследования бесплодной супружеской пары?
13. В какие дни менструального цикла назначают кломифен?
14. Что такое искусственная инсеминация?

**Контрольные ответы по самоподготовке к практике:**

1. Семья - социальная группа, основанная на родственных связях (по браку, по крови). Члены семьи связаны общим бытом, взаимной помощью, моральной и правовой ответственностью. Семья – социальная ячейка общества.
2. Полигиния - одновременное состояние мужчины в браке с несколькими женщинами, причем, брак заключается мужчиной с каждой из женщин отдельно, например, в шариате есть ограничение на количество жен - не более четырех.
3. Полиандрия - одновременное состояние женщины в браке с несколькими мужчинами, встречается редко, например, у народов Тибета, Гавайских островов.
4. Благоприятный возраст женщины для деторождения 19-35 лет, оптимальный интервал между рождением детей составляет не менее 2 лет.
5. Вирус герпеса очень распространён: он присутствует в «спящем» состоянии у 25–27% взрослого населения, время от времени активизируясь и вызывая обострения заболевания.
6. Прерывание беременности в ранние сроки путем выскабливания матки сводится к расширению шеечного канала расширителями Гегара, удалению крупных частей плода тупой кюреткой или абортцангом, выскабливанию остатков плодного яйца и слизистой оболочки матки острой кюреткой.
7. Искусственный аборт методом вакуум-аспирации или мини-аборт производится на очень раннем сроке, при задержке менструации не более 21 дня. Значительно уменьшается травмирование стенки матки, осложнения встречаются реже. Возможна воздушная эмболия (попадание воздуха в матку, сосуды), если неисправен вакуум- аппарат.
8. Планирование семьи — комплекс медицинских, социальных и юридических мероприятий, проводимых с целью рождения желанных детей, регулирования интервалов между беременностями, контроля времени деторождения, предупреждения нежелательной беременности.
9. Специалисты выделяют целый список факторов, которые могут повлиять на репродуктивное здоровье. Среди них: аборты, вредные привычки, заболевания, передающиеся половым путём (ЗППП), неправильное питание, возраст, психоэмоциональное состояние, экологическая обстановка, проблемы со здоровьем.
10. Бесплодный брак - отсутствие беременности у женщины детородного возраста в течение 1 года регулярной половой жизни без применения каких-либо контрацептивных средств. Частота бесплодного брака, по разным данным, колеблется от 10 до 20%.
11. Основные причины женского бесплодия: психогенные факторы, нарушение овуляции (эндокринное бесплодие) (35-40%), трубно-перитонеальный фактор (20-30%), различные гинекологические заболевания (15-25%), иммунологические причины (2%).Причинами мужского бесплодия могут быть секреторные (нарушение сперматогенеза) и экскреторные (нарушение выделения спермы) факторы.
12. Выяснить причину бесплодия и определить тактику лечения.
13. Препарат кломифен назначают с 5-го по 9-й день менструального цикла.
14. Искусственная инсеминация - введение спермы мужа или донора в полость матки с целью индуцировать беременность.