

1. Профилактика гестационного диабета. Факторы риска развития гестационного диабета

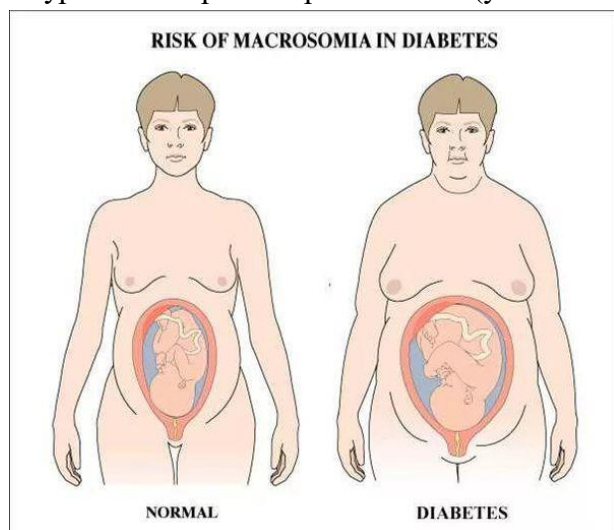
Гестационный сахарный диабет (ГСД) — это нарушение углеводного обмена, которое развилось во время беременности. При этом на момент зачатия уровень глюкозы в крови будущей мамы не был высоким. Данный вид сахарного диабета может возникнуть при любой беременности, особенно многоплодной и наступившей в результате ЭКО.

Распространённость ГСД в мире увеличивается также, как ожирение, предиабет и сахарный диабет 2-го типа. По оценкам Международной Диабетической Федерации, приблизительно 14 % беременностей протекают с ГСД, в исходе которых рождается 18 миллионов детей в год. Все эти дети находятся в группе риска развития ожирения и сахарного диабета 2-го типа. Именно с появлением таких детей частично связан рост заболеваемости диабетом 2-го типа в целом.

Снизить риск развития ГСД у беременной можно, если вовремя его диагностировать и компенсировать нарушение обмена углеводов.

Развитие ГСД связано с генетической предрасположенностью. Она "активируется" под воздействием множества факторов риска:

- избыточный вес или ожирение до беременности (увеличивает риск ГСД в 1,77-5,55 раза);
- чрезмерная прибавка в весе во время беременности;
- приверженность западной диете — употребление фастфуда и пищи, богатой углеводами, транс-жирами;
- дефицит микроэлементов;
- возраст матери — патология возникает с 25 лет, а также при первых родах после 35 лет и позже;
- отягощённый семейный анамнез по нарушениям углеводного обмена — наличие родственников, которые болели сахарным диабетом 2-го типа или ожирением;
- ГСД в анамнезе самой пациентки;
- отягощённый акушерский анамнез — синдром поликистозных яичников, мертворождение или хроническое невынашивание беременности (больше трёх самопроизвольных аборт в I или II триместрах беременности);
- макросомия (рождение крупного ребёнка) и пороки развития у ранее рождённых детей;
- глюкозурия — выведение из организма глюкозы вместе с мочой;
- курение во время беременности (увеличивает риск ГСД в два раза).



Гипергликемия у матери приводит к гипергликемии у плода, так как глюкоза матери легко переносится через плаценту. На повышение концентрации глюкозы реагирует поджелудочная железа

плода: она начинает вырабатывать больше собственного инсулина. Это приводит к гиперинсулинемии — повышению уровня инсулина в крови плода. Именно гиперинсулинемия плода становится причиной большинства диабетических фетопатий.

Макросомия является одной из важных проблем. Чрезмерное увеличение плода стимулируется влиянием инсулина. Он приводит к отложению большого количества подкожного жира и широким плечам ребёнка, которые не соответствуют тазу матери, из-за чего во время родов возникают травмы.

2. Диагностика гестационного сахарного диабета

В первом триместре обязательным исследованием является определение уровня глюкозы в крови натощак.

Если беременная женщина находится в группе низкого риска по ГСД, то пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ) ей назначается на 24-28 неделе (второй триместр). В случае первичного обращения в 3 триместре однократно проводится обязательно, если у нее нет нарушения углеводного обмена на данный момент.

Если пациентка относится к группе высокого риска по развитию нарушений углеводного обмена, то пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ) ей будет проведен в 1 триместре после первого приема.

При показателях уровня глюкозы меньше 5,1 и данных теста на гликированный гемоглобин менее 6,5, то в общем порядке пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ) будет проведен в 24-28 недель.

Если это группа высокого риска, при первом визите беременная направляется на ПГТТ.

К группе высокого риска по ГСД относятся:

- пациентки с ИМТ ≥ 30 ;
- указанием в анамнезе на роды плодом с массой тела $\geq 4,5$ кг или ГСД;
- отягощенном по сахарному диабету анамнезу.

При выявлении нарушения углеводного обмена, на первом приеме дается направление на определение уровня глюкозы и, если она составила $\geq 5,1$, а также при выявлении высокого уровня гликированного гемоглобина $\geq 6,5$ или если изначально пришла беременная с сахарным диабетом, направлять на ПГТТ **нельзя**. ПГТТ – тест для здоровых, для выявления развития ГСД.

Как проводится глюкозотолерантный тест



Перед измерением уровня глюкозы в венозной крови нельзя есть в течение 8-12 часов.

Полностью исключить ГСД это исследование не может, так как гликемия натощак у беременных всегда ниже, чем есть на самом деле.

Этапы ПГТТ: - Берётся кровь натощак;

- В течение пяти минут после взятия пробы пьётся специальный раствор из 75 г глюкозы и 250-300 мл воды (обычный пищевой сахар и любая еда для теста не подходят);

Через один и два часа берутся повторные пробы крови.

Для установления диагноза ГСД по результатам ПГТТ достаточно одного из указанных изменений глюкозы: натощак — $\geq 5,1$, но $< 7,0$ ммоль/л; через час после нагрузки — $\geq 10,0$ ммоль/л; через два часа после нагрузки — $\geq 8,5$, но $< 11,1$ ммоль/л.

Норма уровня глюкозы в крови у беременной при ПГТТ через два часа — $\geq 7,8$ ммоль/л, но $< 8,5$ ммоль/л (у небеременных этот показатель указывает на нарушение толерантности).

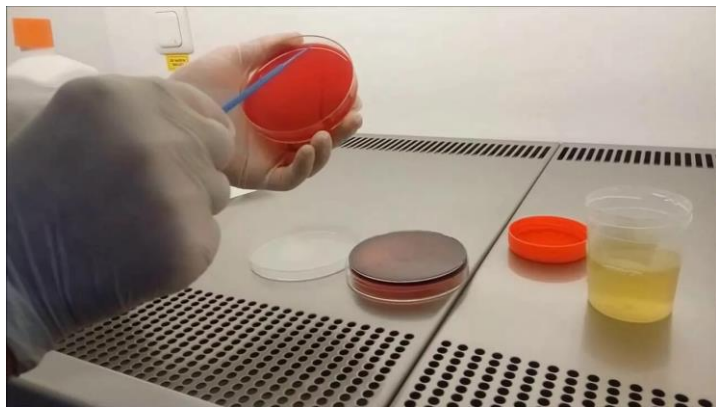
3. Профилактика патологий мочевыделительной системы у беременной

Исследование мочи у беременной женщины назначают трижды: в первом, втором и третьем триместре беременности. В некоторых медицинских учреждениях общий анализ мочи могут назначать чаще — для проверки уровня белка в моче, так как этот показатель также входит в состав исследования.

В 1 триместре необходимо провести микробиологическое (куртуральное) исследование средней порции мочи на бактериальные патогены.

Посев мочи позволяет выявить рост болезнетворных микроорганизмов (кишечной палочки).

Патогены в норме не присутствуют в организме, они способны вызвать воспаление мочевого пузыря или почек. Условно-патогенные бактерии могут находиться в организме здорового человека, а беспокойство вызывают только при снижении иммунитета или присоединении других инфекций.



Согласно клиническим рекомендациям, после 22 недель при каждом визите необходимо определять количество белка в моче при помощи тест-полосок. На практике применяют не тест-полоски, а проводят развернутый общий анализ мочи. С экономической точки зрения это не рентабельно.

Если пациентка пришла на первый прием во 2 или 3 триместре, то посев мочи проводится обязательно.

Посев мочи проводится для выявления бессимптомной бактериурии.

Этот диагноз ставится, когда выявляется 10 в 5 КОЕ (колоний образующих единиц)/мл в средней порции мочи при отсутствии клинических симптомов. Раннее выявление бактериурии и проведение терапии снижает риск развития пиелонефрита, преждевременных родов и задержке роста плода. Важно чтобы мочу на анализ собрали правильно.

Чтобы результаты были максимально достоверными, требуется подготовка. В течение суток следует исключить из рациона продукты, которые могут влиять на цвет и химический состав мочи: «красящие» овощи (свёклу, морковь), солёные и острые блюда.

Перед сбором мочи нужно тщательно вымыть наружные половые органы — для этого обработать половые губы сперва ватными тампонами, смоченными в тёплой воде с мылом, затем — тампонами, смоченными в чистой воде (движения тампона должны быть направлены от лобка к заднему проходу), после чего удалить лишнюю влагу чистой салфеткой. Если гигиенические процедуры проведены недостаточно тщательно, возможен ложноположительный результат. Это происходит, когда следы слизи

из влагалища попадают в собранный для исследования материал. В контейнер следует собирать только среднюю порцию мочи.

4. Микроскопическое исследование влагалищных мазков при беременности

Для проведения мазка на флору необходимо во время осмотра женщины в гинекологическом кресле, произвести забор содержимого влагалища из заднего свода (это пространство, которое расположено между задней стенкой влагалища и шейкой матки), канала шейки матки и отделяемого уретры, наносит материал на предметное стекло и направляет его в лабораторию.

Это исследование проводится в обязательном порядке для всех беременных. Мазок сдается дважды – при постановке на учет и в 30 недель беременности, еще один раз мазок на флору берется в 36-37 недель для оценки состояния микрофлоры влагалища перед родами. В эти сроки анализ сдается даже в случаях, когда пациентку ничего не беспокоит. Это проводится с целью выявления скрытого воспалительного процесса, который может приводить к серьезным осложнениям в течение беременности. Во время беременности за счет изменения гормонального фона и снижения иммунитета значительно чаще происходит обострение хронических инфекций, а также кандидоза (молочницы). Любой воспалительный процесс во влагалище во время беременности может приводить к серьезным осложнениям беременности – преждевременному излитию околоплодных вод, преждевременным родам, маловодию или многоводию, задержке внутриутробного развития плода и другим.

При наличии жалоб у беременной женщины – появлении обильных выделений из половых путей, зуда, жжения или дискомфорта в области половых органов также сдается мазок на флору. При некоторых патологических состояниях, например при наличии в прошлом выкидышей, связанных с инфекционными осложнениями беременности, несостоятельности шейки матки, мазок на флору берется один раз в месяц, а после 30 недель один раз в две недели. Забор мазка является абсолютно безопасной процедурой и не приводит к каким-либо осложнениям, поэтому может производиться при любом сроке беременности.

Правила подготовки к забору мазка на флору

Чтобы результат мазка на флору был достоверным, перед сдачей нужно соблюдать ряд важных условий. В течение 2-3 дней нельзя пользоваться какими-либо влагалищными свечами или кремами, противопоказаны спринцевания любыми растворами, поскольку они изменяют состав микрофлоры влагалища, затрудняют выявление возбудителя воспаления. В течение 2 дней желательно воздержаться от половых контактов. Это также связано с тем, что сперматозоиды и остатки семенной жидкости во влагалище могут привести к неправильному результату мазка на флору.

Кроме того, в сроке 35-37 недель необходимо определить антиген стрептококка группы В в отделяемом цервикального канала.



Исследование, проводят для диагностики носительства стрептококка у беременных женщин с целью антибиотикопрофилактики при родах.

Стрептококк группы В опасен для новорождённых детей. До настоящего времени в структуре возбудителей перинатальных инфекций *Streptococcus agalactiae* занимает одно из ведущих мест. Чаще всего ребенок инфицируется в родах. Возможна внутриутробная передача СГВ, что может быть причиной выкидышей, замершей беременности, мертворождения. Факторами риска развития инфекции у ребенка, рожденного от матери с стрептококком, является возраст беременной (менее 20 лет), выкидыши или медицинские аборт в анамнезе, амнионит, преждевременные роды (до 37 недель), лихорадка в родах, длительный безводный период, задержка внутриутробного развития и др. Чем массивнее колонизация стрептококка кожи и слизистых новорождённых, тем больше вероятность развития инфекционного процесса. Для профилактики передачи инфекции от матери к плоду рекомендована антибиотикопрофилактика на сроке беременности 35-37 недель у женщин с диагностированной СГВ в мазках из урогенитального тракта и/или прямой кишки.

5. Пренатальный биохимический скрининг

Пренатальный биохимический скрининг — анализ комплекса сывороточных маркёров течения беременности, позволяющий оценить вероятность развития ряда патологий у плода.

Цель скрининга — выявить повышенный риск хромосомных патологий плода

Исследование проводится на РАРР-А и свободного β -ХГЧ при беременности.

РАРР-А (РАРР-А) — это белок, который вырабатывается в больших количествах во время беременности. По его уровню оценивают риск хромосомных аномалий плода в период беременности матери.

Нормальные показатели РАРР-А в зависимости от срока беременности:

11–12 неделя — 0,79–4,76 мЕд/мл;

12–13 неделя — 1,03–6,01 мЕд/мл;

13–14 неделя — 1,47–8,54 мЕд/мл.

Снижение уровня РАРР-А может указывать на патологическое течение беременности. Среди возможных рисков — синдром Дауна, Эдвардса, Корнелии де Ланге, дистрофия плода.

Повышение уровня РАРР-А может быть связано с многоплодной беременностью или развитием ребёнка с большой массой тела.

Важно: тест на РАРР-А используется не для диагностики патологии плода и плацентарной недостаточности, а для оценки их вероятности.

β -ХГЧ (хорионический гонадотропин человека) — гормон, который вырабатывается во время беременности хорионом (защитной оболочкой эмбриона, из которой в ходе гестации формируется плацента).

Анализ крови на β -ХГЧ используют для ранней диагностики беременности и наблюдения за её развитием. Исследование позволяет подтвердить беременность уже через 6–10 дней после зачатия.

Отклонения от нормы свидетельствуют о патологиях:

Низкий рост или падение уровня — о риске выкидыша, замершей или внематочной беременности.

Высокие показатели — о многоплодии или трофобластических болезнях.

Процедура проводится с помощью специального аппарата, оснащённого двумя датчиками. Один датчик фиксируется на животе беременной, он измеряет ЧСС плода, а второй датчик регистрирует сокращения матки.

Исследование длится от 20 до 40 минут, в течение которых женщина находится в удобном положении, чаще всего лёжа на спине или полубоком.

6. Диспансеризация женского населения. Группы состояния здоровья.

Диспансеризация — система мер (профилактические осмотры, диспансерное наблюдение и др.), направленных на сохранение здоровья женщины, предупреждение развития заболеваний, снижение частоты обострений хронических заболеваний, развития осложнений, инвалидности, смертности и повышение качества жизни.

Диспансеризацию проводят с целью раннего выявления злокачественных и хронических заболеваний — основных причин инвалидности населения и преждевременной смертности.

Рекомендуемое время, отведенное на профилактический осмотр одной женщины, — 15 мин.

При профилактических осмотрах женщин осуществляют цитологический скрининг на наличие атипических клеток шейки матки, маммографию, ультразвуковое исследование органов малого таза.

По результатам профилактических осмотров женщин подразделяют на пять групп в соответствии с состоянием здоровья:

I — практически здоровые женщины, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении;

II — женщины с риском возникновения нарушений репродуктивной системы;

III — женщины, нуждающиеся в дополнительном обследовании в амбулаторных условиях для уточнения (установления) диагноза при впервые установленном хроническом заболевании или при наличии уже имеющегося хронического заболевания, а также нуждающиеся в лечении в амбулаторных условиях;

IV — женщины, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в условиях стационара;

V — женщины с впервые выявленными заболеваниями или наблюдающиеся по поводу хронического заболевания и имеющие показания к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи.

Женщинам, отнесенным к I—II группам состояния здоровья, рекомендуют профилактические осмотры не реже 1 раза в год.

Женщинам, отнесенным к III—V группам состояния здоровья, в зависимости от выявленных заболеваний составляют индивидуальную программу лечения, при необходимости за ними устанавливают диспансерное наблюдение врачом акушером-гинекологом по месту жительства.

Группы диспансерного наблюдения:

- первая — женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы, доброкачественными заболеваниями шейки матки;
- вторая — женщины с врожденными аномалиями развития и положения половых органов;
- третья — женщины с нарушениями функций репродуктивной системы (невынашиванием, бесплодием).

Женщин с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы обследуют на предмет исключения злокачественных новообразований.

Немаловажная роль в диспансеризации женского населения отводится смотровым кабинетам поликлиник, в которых работают фельдшера или акушерки, прошедшие соответствующее тематическое усовершенствование (144 ч).

Смотровые кабинеты — структурные подразделения учреждений амбулаторно-поликлинического звена.

Цель создания смотровых кабинетов — обязательный профосмотр всех пациенток, обращающихся к врачам любых специальностей. Такая организация повышает эффективность выявления онкологических заболеваний на ранних стадиях.

Основная задача фельдшера или акушерки смотрового кабинета — профилактический осмотр, выявление предраковых и онкологических заболеваний на ранних стадиях.

В смотровых кабинетах акушерки работают самостоятельно под руководством заведующего поликлиникой (главный врач), онколога и акушера-гинеколога.

Основная задача смотровых кабинетов — профилактический осмотр женщин старше 18 лет с целью раннего выявления злокачественных опухолей и предопухолевых заболеваний 6 визуальных

локализаций (половые органы, молочная железа, прямая кишка, губы и органы полости рта, кожные покровы, периферические лимфатические узлы). Эти органы доступны осмотру и пальпации, а также могут быть исследованы с помощью цитологического метода. Опухоли наружных локализаций, которые можно обнаружить в ходе профилактических осмотров, составляют 40% среди всех злокачественных опухолей у женщин.

При выявлении заболеваний во время профилактических осмотров и необходимости дополнительного обследования и лечения дальнейшую работу с пациенткой проводят врачи соответствующего профиля.

Результаты профилактического осмотра заносят в «Карту полицейского учета», в которой проставляется группа здоровья.

7. Методика обследования в смотровом кабинете

В смотровых кабинетах подлежат исследованию в обязательном порядке:

- кожный покров;
- органы ротовой полости;
- периферические лимфатические узлы;
- молочные железы;
- половые органы;
- прямая кишка.

Перед началом осмотра медицинский работник проводит краткий доврачебный опрос, обращая внимание на появление слабости, утомляемости, снижение аппетита, болевые ощущения в животе или поясничной области, изменение цвета или появление примесей крови в моче, кале, слюне и др.

При жалобах на осиплость голоса и кашель, которые не очень беспокоят пациентку, можно заподозрить рак гортани или легких, а при малейших затруднениях проглатывания твердой пищи — опухоль пищевода или кардиального отдела желудка.

Следует выяснить, нет ли «ранок» во рту, увеличивающихся родимых пятен или родинок, изъязвлений кожи, выделений из сосков. При опросе женщин следует обращать внимание на нарушение менструального цикла, наличие и появление болей и атипичных кровяных выделений в период постменопаузы. Выясняют, нет ли затруднений при мочеиспускании и изменения частоты в ночное время. Отмечают также наличие запоров или чередования запоров с поносами, слизи и кровяных выделений из прямой кишки, увеличение живота, уменьшение количества мочи.

Осмотр кожного покрова. Последовательно осматривают кожу лица, головы, шеи, туловища и конечностей с целью выявления пигментных бородавчатых и узелковых образований, изъязвлений. Следует обращать внимание на наличие длительно существующих гиперемированных участков кожи с шероховатой поверхностью и склонностью к изъязвлению, которые располагаются в областях тела, подвергающихся воздействию раздражающих факторов (трение краев одежды, воздействие солнечных лучей, химических веществ и т.д.). С течением времени на этих местах могут возникнуть узелковые и бородавчатые образования. Наиболее частой локализацией рака и предрака является кожа лица. Большую опасность на наличие злокачественной пигментной опухоли кожи — меланомы — представляют собой темные и синюшно-багровые пятна и узелковые образования, возвышающиеся над поверхностью кожи, склонные к увеличению и изъязвлению. Такие образования часто встречаются на коже живота, спины, нижних конечностей. С пигментных опухолей материал получают только методом отпечатков путем прикладывания чистого обезжиренного стекла к изъязвившейся или мацерированной поверхности.

Осмотр полости рта. Обследование начинают с ротовой полости. С помощью одноразового шпателя осматривают слизистую оболочку губ, щек, десен, языка. Для осмотра языка его кончик берут

марлевой салфеткой и подтягивают наружу. Цель осмотра — обнаружение лейкоплакий, трещин, изъязвлений слизистой оболочки.



Лейкоплакии выглядят как белые шероховатые налеты или плотные белые бляшки, возвышающиеся над поверхностью гладкой, розовой слизистой оболочки. Чаще они располагаются на слизистой оболочке щек. Трещины и изъязвления встречаются на боковых поверхностях языка, на красной кайме нижней губы ближе к углу рта, а также на тех участках слизистой оболочки полости рта, которые постоянно травмируются острыми краями обломанных зубов и плохо подобранными протезами. Легкая ранимость и кровоточивость этих участков может быть признаком предопухолевых заболеваний. Соскоб на цитологическое исследование с язвенной поверхности слизистой оболочки полости рта, кожи, нижней и верхней губы осуществляют тупым скальпелем. Полученный материал наносят тонким слоем на обезжиренное предметное стекло. При наличии на язве гнойно-некротического налета его необходимо удалить сухим ватно-марлевым тампоном. Мазки подсушивают на воздухе.

Пальпация лимфатических узлов. Последовательно пальпируют периферические лимфатические узлы: шейные, надключичные, подмышечные и паховые. Пальпация шейных и надключичных лимфатических узлов осуществляется в положении пациентки стоя или сидя. Обследуемый становится позади обследуемой. Пальпацию осуществляют двумя руками, при этом четырьмя пальцами каждой руки исследуют шейную и надключичную области, а большие пальцы рук располагаются на боковых поверхностях шеи. Пальпацию подмышечных лимфатических узлов осуществляют отдельно с каждой стороны. При этом акушерка стоит спереди от пациентки, положив ее руку на свое плечо со стороны осмотра. Паховые лимфатические узлы пальпируют в положении пациента лежа на кушетке. В норме могут определяться мелкие лимфатические узлы эластической консистенции. Лимфатические узлы — барьер на пути распространения злокачественного процесса. В них в первую очередь могут быть выявлены метастазы опухолей различных локализаций. Пораженные метастазами лимфатические узлы представляют собой плотные, часто неподвижные образования различной величины. В ряде случаев увеличение лимфатических узлов может быть проявлением лимфогранулематоза или лейкозов — системных заболеваний, поражающих весь лимфатический аппарат организма.

8. Обследование молочных желез, половых органов и ректальное исследование.

Обследование молочных желез включает осмотр и их пальпацию. Осмотр проводится в положении «поднятые руки положены на затылок». Обращают внимание на величину и форму молочных желез, состояние кожи, сосков, ареолы. Каждую железу осматривают отдельно, придав пациентке полубоковое положение и попросив ее поднять руку. Изменения легче выявляются при сравнении одной железы с другой. В норме молочные железы, как правило, имеют одинаковую форму и величину. Соски располагаются на одной линии. Трещины, мокнутия, корочки, втяжение и фиксация соска, кожу, напоминающую лимонную корку, следует рассматривать как признаки злокачественного заболевания. Пальпацию молочных желез всегда осуществляют в двух положениях обследуемой: стоя и лежа.

Проводят «плоской» ладонью по молочной железе и ощупывают ее пальцами с целью выявления уплотнений и узлов в ткани молочной железы. Ощупывать молочные железы нужно тщательно, последовательно обследуя каждый участок. Большую обвисшую грудь удобнее обследовать в положении лежа, немного повернув пациентку сначала на один, а затем на другой бок. Легко нажимая на сосок, следует выяснить, нет ли выделений из соска. В норме молочные железы мягкие, уплотнений не содержат. Злокачественные опухоли определяются в виде плотных, хорошо отграниченных узлов или уплотнений без четких границ, часто сопровождающихся втяжением соска или фиксацией кожи. При правильной пальпации можно выявить опухоли размером от 1 см.

Пальпация молочных желез не может заменить УЗИ или маммографию!

Материал для цитологического исследования молочных желез — выделения из сосков. Для качественного получения материала необходимо провести легкий массаж молочной железы поглаживанием по направлению к соску. Затем производят «сцеживание» на предметное стекло. Готовят 4—5 мазков, распределяя выделенную жидкость тонким слоем.

Обследование женских половых органов.

Осмотр с помощью зеркал. Шейку матки обнажают ложкообразными зеркалами Симса и подъемниками. При осмотре определяют величину, форму шейки матки, состояние слизистой оболочки шейки матки и стенок влагалища. При осмотре могут быть выявлены образования, напоминающие цветную капусту, характерные для рака шейки матки.

Цитологический скрининг. Предусматривает выявление предраковых изменений на клеточном уровне: дисплазии различной степени (слабая, умеренная, тяжелая) и преинвазивная карцинома.

Пальцевое исследование прямой кишки. Перед исследованием прямой кишки необходимо тщательно осмотреть кожные покровы области крестца и копчика, межъягодичной складки, промежности, ануса. При осмотре промежности и области ануса обращают внимание на рубцы, деформацию, воспалительные инфильтраты, наружные отверстия гнойных свищей, перианальные бахромки, остроконечные кондиломы, наружные геморроидальные узлы.

Перианальные бахромки представляют собой мясистые радиально расположенные вокруг ануса складки перианальной кожи, образовавшиеся на месте затромбированных наружных геморроидальных узлов. При большом количестве перианальных бахромок, препятствующих туалету области ануса, может быть поставлен вопрос об их оперативном удалении, и такие больные могут быть направлены к проктологу.



Наружные геморроидальные узлы располагаются по краю анального отверстия, бывают одиночными и множественными, покрыты синюшной или фиолетового цвета кожей. Консистенция их мягкая, при надавливании они слегка болезненны и не спадаются. Тромбоз наружных геморроидальных узлов сопровождается выраженными воспалительными явлениями. При часто повторяющихся острых тромбозах женщину следует отправить к проктологу. Перианальные остроконечные кондиломы представляют собой множественные мелкие плотноватые бородавчатые узелки, нередко в области ануса образующие разрастания в виде цветной капусты. Таких больных также необходимо направить к проктологу. Для осмотра стенок анального канала следует раздвинуть его края и попросить обследуемую слегка натужиться. При этом выявляются анальные трещины, выпадающие крупные анальные

(фиброзные) полипы, наружные отверстия подкожно-подслизистых свищей прямой кишки, иногда можно увидеть нижние полюса внутренних геморроидальных узлов, особенно при их склонности к выпадению. Ректальное исследование проводится в перчатке указательным пальцем, который обильно смазывается вазелином. Палец вводят в прямую кишку и обследуют ее стенки по ходу часовой стрелки.

В задачу фельдшер или акушерки смотрового кабинета не входит установление точного диагноза. Она должна заподозрить заболевание и направить пациентку к соответствующему врачу-специалисту на углубленное обследование. При подозрении на злокачественное новообразование заполняется форма сигнального извещения смотрового кабинета, которая направляется в онкологический кабинет.

9. Профилактика заболеваний женской половой сферы

Профилактика — комплекс различного рода мероприятий, направленных на предупреждение какого-либо явления (заболевания) и/или устранение факторов риска. Профилактические мероприятия — важная составляющая системы здравоохранения, направленная на формирование у населения медико-социальной активности и мотивации на здоровый образ жизни.

Выделяют общественную профилактику, включающую систему мероприятий по охране здоровья коллективов, и индивидуальную, предусматривающую соблюдение правил личной гигиены в быту и на производстве.

Общественная профилактика включает систему социальных, экономических, законодательных, воспитательных, санитарно-технических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и медицинских мероприятий, планомерно проводимых государственными институтами и общественными организациями с целью обеспечения всестороннего развития физических и духовных сил граждан, устранения факторов, вредно действующих на здоровье населения. Меры общественной профилактики направлены на:

- обеспечение высокого уровня общественного здоровья;
- искоренение причин, порождающих болезни;
- создание оптимальных условий коллективной жизни, включая условия труда, отдыха, материальное обеспечение, жилищно-бытовые условия;
- расширение ассортимента продуктов питания и товаров народного потребления;
- развитие здравоохранения;
- развитие образования и культуры, физической культуры.

Индивидуальная профилактика включает меры по предупреждению болезней, сохранению и укреплению здоровья, которые осуществляет сам человек, и практически сводится к:

- соблюдению норм здорового образа жизни;
- личной гигиене;
- гигиене брачных и семейных отношений;
- гигиене одежды, обуви;
- рациональному питанию и питьевому режиму;
- гигиеническому воспитанию подрастающего поколения;
- рациональному режиму труда и отдыха;
- активному занятию физической культурой и др.

Разработка научных основ профилактики началась лишь в XIX в. благодаря развитию общепатологических наук, медицинской науки в целом и появлению ее многочисленных дисциплин, занимающихся частными вопросами, в особенности физиологии, гигиены и эпидемиологии. Передовые врачи и деятели медицинской науки (как в России, так и за рубежом) видели будущее медицины в развитии общественной профилактики и связи лечебной и профилактической медицины.

В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболевания или выраженных заболеваний можно рассмотреть три вида профилактики.

Первичная профилактика включает меры по предупреждению возникновения и воздействия факторов риска, которые могут привести к развитию заболеваний (вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, охрана окружающей среды и т.д.). Ряд мероприятий первичной профилактики может осуществляться в масштабах государства.

Вторичная профилактика — комплекс мероприятий, направленных на устранение значимых факторов риска, которые при определенных условиях (стресс, ослабление иммунитета, чрезмерные нагрузки на любые другие функциональные системы организма) могут привести к возникновению, обострению и рецидиву заболевания. Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация как комплексный метод раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, восстановительного лечения, последовательного оздоровления.

Некоторые специалисты предлагают термин третичная профилактика как комплекс мероприятий по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности. Цель третичной профилактики — социальная (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовая (возможность восстановления трудовых навыков), психологическая (восстановление поведенческой активности) и медицинская (восстановление функций органов и систем организма) реабилитация.

Профилактика гинекологических заболеваний включает в себя следующее:

- охрану здоровья, начиная с периода внутриутробного развития;
- своевременное лечение последствий родовых травм;
- отказ от вредных привычек;
- ведение здорового образа жизни;
- соблюдение правил общей гигиены, гигиены половой жизни и половых органов;
- использование средств, предотвращающих заражение инфекциями, передаваемыми половым путем, и непланируемую беременность;
- регулярные профилактические осмотры (не реже 1 раза в год).

Одной из задач приоритетного национального проекта в области здравоохранения является укрепление профилактической направленности Российской системы здравоохранения. Учитывая, что 42% онкологических заболеваний женщин выявляют на III—IV стадиях, одним из наиболее ответственных разделов работы медицинского персонала является обучение женщин приемам самообследования молочных желез. Профилактика аборт и заболеваний, передаваемых половым путем, в значительной мере опираются на успешность санитарно-просветительной работы среднего медицинского персонала.

10. Профилактика инфекционно-воспалительных процессов.

Данный вид заболеваний стоит на самом «почетном» первом месте всех гинекологических патологий. Их воздействию может быть подвержена вся репродуктивная система, а именно: яичники, придатки, маточные трубы, наружные половые органы и т.д. Все воспалительные процессы и инфекции являются настоящими провокаторами развития бесплодия, а в некоторых тяжелых случаях могут закончиться для женщины летальным исходом. Причиной возникновения таких заболеваний являются проникающие в организм болезнетворные вирусы и бактерии, которые развиваются и могут перерасти в хроническое состояние, если иммунная система человека ослаблена. В таких условиях микробам легче освоиться.

Профилактика. Для начала необходимо отдавать предпочтение барьерным методам контрацепции, которые, прежде всего, препятствуют проникновению вредных микроорганизмов в половые органы женщины, тем самым снижая риски заражения.

Также очень важно соблюдать правила гигиены. Неаккуратность в данном вопросе может привести к развитию гинекологических заболеваний даже при отсутствии интимных контактов. Запрет пользования распространяется на чужие полотенца, нижнее белье и другие предметы интимной гигиены. Будьте разборчивы с выбором партнеров. Разнообразие случайных связей напрямую связано с повышенными рисками инфицирования. К тому же ваш партнер со своей стороны должен бережно к вам относиться. Известно, что травмы и микротравмы влагалища во время секса повышают риски возникновения воспалительного процесса.

Эндометриоз характеризуется разрастанием внутреннего слоя матки за ее пределы и способностью проникать в другие органы: прямую кишку, влагалище, яичники. Каждая десятая женщина на медицинском осмотре узнает о наличии у себя данной патологии. Профилактика эндометриоза необходима всем женщинам без исключения.

Профилактика. Во избежание эндометриоза женщина должна соблюдать правильный режим работы и отдыха, сбалансированное и рациональное питание, избегать стрессовых ситуаций и физического переутомления.

Еще одной мерой профилактики патологии является лечение ожирения (не путайте с экстремальными диетами - они не помогут!). Во время секса, происходящего на момент женской менструации, кровь из влагалища может быть заброшена в матку, что является фактором риска развития эндометриоза. Старайтесь избегать абортов. Во время операции внутренний маточный слой сильно травмируется, что повышает ваши шансы на столкновение с данной патологией.

Опухоли. Нелечение гинекологических и воспалительных заболеваний может сопровождаться образованием доброкачественных опухолей в организме, таких как, например, лейомиома матки. Появлению новообразований способствуют аборты и хирургические операции на половых органах. Факторы риска у доброкачественных новообразований яичников разнообразны: от нарушений менструального цикла до ожирения, сахарного диабета и заболеваний щитовидной железы.

Профилактика. Методом борьбы с такими опухолями является своевременное и правильное лечение воспалительно-инфекционных гинекологических заболеваний и соблюдение всех вышеупомянутых рекомендаций без исключения.

Рак. Это тяжелейшее заболевание всегда обнаруживается неожиданно. Однако ученые делают акцент на некоторых факторах риска относительно гинекологических злокачественных новообразований. К ним приводят чаще всего: раннее начало половой жизни, частая смена партнеров, папилломовирусная инфекция, курение, ряд патологий шейки матки (в том числе эрозия).

Профилактика. Своевременное посещение гинеколога, который поможет обнаружить и правильно вылечить заболевания шейки матки и др.

Ведение здорового образа жизни. Отказ от курения, соблюдение правил гигиены, использование презервативов.

11. Профилактика внематочной беременности

Общеизвестно, что профилактика бывает первичная, вторичная и третичная. Первичная профилактика направлена на укрепление и сохранение здоровья человека. Поскольку основные причины внематочной беременности - это патология маточных труб и эндокринные нарушения, то женщины должны знать, что здоровый образ жизни: отказ от курения и алкоголя, правильный режим труда и отдыха, здоровое питание укрепляют иммунитет и препятствуют развитию воспалительных заболеваний женской репродуктивной сферы. Кроме того, очень важно соблюдение правил личной гигиены, культуры половых отношений, рациональное использование современных контрацептивов, обследование и лечение полового партнера. Все это необходимо донести до населения методами печатной пропаганды - лозунги, листовки, памятки, брошюры, буклеты, а также методами устной пропаганды - лекция,

выступление, беседа. Первичная профилактика самая результативная, поскольку направлена на здоровое население. Вторичная профилактика заболевания направлена на сохранение здоровья у людей из группы риска. В данном случае это женщины с хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки, с дисфункцией яичников, с трубно-перитонеальным бесплодием, с абортами в анамнезе, с внематочной беременностью в анамнезе, перенесшие ранее реконструктивные операции на маточных трубах. Цель вторичной профилактики: сформировать группу риска и наблюдать за такими пациентками. Их нужно своевременно обследовать, лечить рецидивы воспалительных заболеваний, устранять болевой синдром, нормализовать менструальную и репродуктивную функцию.

Третичная профилактика направлена на пациенток у которых уже возникла эктопическая беременность. Целью третичной профилактики является достижение длительной и стойкой ремиссии, то есть предотвращение ухудшения течения или осложнения заболевания. Не следует забывать, что внематочная беременность может осложняться массивным кровотечением, угрожающим жизни больной, возможна потеря органа. Из отдаленных осложнений это: переход заболевания в хроническую стадию, развитие спаечного процесса в брюшной полости, нарушение менструального цикла, развитие новой внематочной беременности, невынашивания беременности и бесплодия. Роль медицинской сестры в реализации третичной профилактики: уход и наблюдение за больным, сообщение лечащему врачу о внезапном ухудшении состояния больного, выполнение врачебных назначений.

Медицинская статистика утверждает, что несмотря на все современные достижения, частота гинекологических патологий не снижается. Напротив, год от года их количество растет, многие диагнозы «молодеют» и принимают характер «эпидемий». Врачи связывают это с ранним началом половой жизни, множеством партнеров и беспорядочными связями, неадекватной контрацепцией, абортами, самолечением. За 5 лет заболеваемость инфекциями выросла на 10%, эндометриозом - на 26, НМЦ - на 60%, общее число гинекологических патологий у девушек 15-17 лет увеличилось в 50 раз.

Профилактика женских заболеваний заключается в здоровом образе жизни, сбалансированном питании без «голодных» диет и переедания, физической активности, поддержании стабильного веса, укреплении иммунитета, избегании переохлаждений. Главные правила, которые должна соблюдать каждая женщина: посещать гинеколога дважды в год; обращаться к врачу при появлении жалоб, не заниматься самолечением; пользоваться презервативами; следить за интимной гигиеной; придерживаться культуры сексуальной жизни; своевременно лечить инфекции, корректировать гормональный дисбаланс; подобрать вместе со специалистом оптимальный способ предохранения.