МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО – НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № 10 від 10 січня 2017 року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф.________________ В.К. Ліхачов

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРОВЕДЕННЯ СЕМІНАРУ
З ЛІКАРЯМИ - КУРСАНТАМИ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ «ВЕДЕННЯ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	**Внутрішньоматкова контрацепція** (код курсу 17.2.1)
Курс	ТУ «Ведення фізіологічної вагітності. Актуальні питання акушерства і гінекології в практиці сімейної медицини»
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Вивчення даного розділу є невід'ємною частиною учбової програми курсу за фахом «акушерства та гінекології». Дані знання, та в свою чергу їх практичне застосування, вносять великий вклад в основу лікування та профілактики гінекологічних захворювань, а також являються основоположними в просвітницькій роботі питань материнства та дитини.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь лікар-курсант повинен ***знати:***

1. Сучасні методи внутрішньоматкової контрацепції.
2. Класифікація внутрішньоматкових контрацептивів.
3. Механізм дії внутрішньоматкових контрацептивів.
4. Фактори ризику щодо виникнення ускладнень при використанні внутрішньоматкових контрацептивів
5. По показання та протипоказання для використання внутрішньоматкових контрацептивів.

У результаті проведення семінару курсант повинен ***вміти:***

1. Провести обстеження перед вибором метода контрацепції.
2. Вибрати раціональний метод контрацепції для сімейної пари.
3. Оцінювати протипоказання до різних методів контрацепції.
4. Оцінювати небажані і побічні ефекти різних методів контрацепції.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

- Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження вагітних та виконанні лікарських маніпуляцій.
- Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
Попередні:		
1. Біологія	Формування механізмів захисту від небажаної вагітності під впливом сучасних методів контрацепції.	
2. Гінекологія	Особливості сучасних методів контрацепції.	Визначати індивідуальний підбір методу контрацепції.
Наступні:		
Терапія	Показання і проти показання до сучасних методів контрацепції.	Визначати індивідуальний підбір методу контрацепції при наявності протипоказання.

V. Зміст теми семінарського заняття

ВНУТРІШНЬОМАТКОВІ КОНТРАЦЕПТИВИ

Внутрішньоматковий контрацептив (ВМК) – представляє собою невелику гнучку рамку із пластику з мідними гільзами чи обмоткою з мідного дроту або з визначеною кількістю прогестагену (левоноргестрелу), що вивільняється щоденно у порожнину матки.

Пристрій виготовляється з поліетилену з додаванням сульфату барію, що забезпечує можливість отримати зображення під час рентгенівського обстеження.

ВНУТРІШНЬОМАТКОВА СИСТЕМА З ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛОМ (ВМС)

Внутрішньоматкова система з левоноргестрелом виділяє прогестин ЛНГ безпосередньо у порожнину матки (20 мкг на добу), вводиться лікарем у матку на 5 років.

МЕХАНІЗМ ДІЇ

Контрацептивний ефект досягається за допомогою комбінації трьох механізмів:

- вплив на ендометрій, що зменшує вірогідність імплантації;
- згущення цервікального слизу, що перешкоджає проникненню сперматозоїдів;
- зменшення рухливості сперматозоїдів.

При цьому спостерігається мінімальний вплив на функцію яєчників (у більшості жінок після періоду адаптації зберігається овуляція).

ПЕРЕВАГИ	НЕДОЛІКИ
Контрацептивні: • висока та негайна ефективність контрацепції за умови правильного застосування (0,2 вагітності на 100 жінок протягом першого року використання); • використання методу не залежить від користувача; • метод не пов'язаний зі статевим актом безпосередньо; • незначні побічні ефекти, добра переносимість; • метод зручний у використанні (система вводиться один раз на 5 років); • можливість застосування при наявності протипоказань до естрогенного компоненту; • мінімальний системний вплив дозволяє використовувати систему з ЛНГ під час вигодовування грудьми та інших станах, за яких системний вплив гормонів є небажаним; • негайне відновлення циклічної функції яєчників після видалення системи, швидке відновлення; • відсутність впливу на кров'яний тиск. **Неконтрацептивні:** • суттєво зменшує тривалість та об'єм менструації; • має виражений локальний вплив на ендометрій і застосовується для контрацепції у жінок з	• можливі кров'янисті мажучі виділення або кровотеча, набряки, зміна настрою, акне (як правило минають після періоду адаптації); • необхідна підготовка пацієнтки перед введенням системи з ЛНГ (наприклад, лікування запального процесу), що вимагає додаткового часу; • вимагається певна кваліфікація лікаря для введення системи, що дає змогу уникнути небажаних ефектів (наприклад, експульсії); • не рекомендується за невеликих розмірів матки, під час деформації порожнини матки, не є методом першого вибору для молодих жінок, які ще не народжували; • не захищає від ІПСШ, ВІЛ.

певною патологією ендометрію (наприклад, під час аденоміозу, гіперплазії ендометрію тощо);
- позитивно впливає під час альгодисменореї;
- сприяє поліпшенню стану у жінок з анемією (підвищується рівень гемоглобіну та ферритину);
- зменшує ризик ектопічної вагітності.

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ СИСТЕМУ

- жінки репродуктивного віку, які народжували, включаючи жінок пізнього репродуктивного періоду;
- жінки, які мають будь-яку кількість пологів у анамнезі;
- жінки після пологів, які годують грудьми;
- жінки після аборту (за умови відсутності запального процесу або після лікування);
- жінки з меноррагією;
- жінки, які страждають на анемію;
- жінки, які мають болісні менструації.

ЖІНКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ СИСТЕМУ

- вагітні жінки (встановлена чи підозрювана вагітність);
- жінки, які мають нез’ясовані вагінальні кровотечі (до встановлення їхніх причин);
- жінки із запальними захворюваннями органів малого тазу у даний час або у випадку їх рецидивів;
- жінки з інфікованим абортом протягом останніх трьох місяців;
- жінки із цервіцитами та дисплазіями шийки матки;
- жінки із злоякісними захворюваннями молочної залози, ендометрія, яєчників, шийки матки;
- жінки з активним захворюванням або пухлиною печінки;
- жінки з тромбозом глибоких вен та легеневою тромбоемболією;
- жінки з аномаліями матки, включаючи міому у разі деформації порожнини матки;
- жінки зі станами, що асоціюються з підвищеним сприйняттям інфекції;
- жінки з гіперчутливістю до компонентів препарату.

ПОЧАТОК ВИКОРИСТАННЯ

ВМС, що містить левоноргестрел

Якщо менструальний цикл регулярний – введення ВМС можливе ***протягом 7 днів після початку менструації*** у будь-який зручний для жінки час (не тільки у період менструації). При цьому будь-який додатковий метод контрацепції не застосовується.

Введення ВМС можливе ***у будь-який час менструального циклу,*** якщо є можливість точно встановити, що жінка не вагітна. Якщо введення здійснюється після 7 днів після початку менструації, жінці рекомендується утримуватись від статевих стосунків або користуватися додатковим засобом контрацепції протягом наступних 7 днів.

Післяпологове введення ВМС слід відкласти до повної інволюції матки, але не раніше ніж через 6 тижнів після пологів. Якщо інволюція настає занадто повільно, доцільно розглянути питання про введення системи через 12 тижнів після пологів.

Після аборту ВМС може вводитися одразу, якщо аборт проводився у I триместрі вагітності.

У разі відмови від іншого методу контрацепції ВМС може вводитися одразу , якщо є впевненість, що жінка не вагітна. При цьому немає необхідності чекати наступної менструації:

- якщо після початку менструації пройшло не більше 7 днів, то немає необхідності у використанні будь-якого додаткового методу контрацепції;
- якщо після початку менструації минуло більше 7 днів, жінці рекомендується утримуватися від статевих стосунків або користуватися додатковим засобом контрацепції протягом наступних 7 днів;
- якщо попередній контрацептив вводився ін'єкційним способом, то введення ВМК повинно проводитися у день можливої наступної ін'єкції попереднього контрацептиву. Жінка повинна користуватися додатковим засобом контрацепції протягом наступних 7 днів після введення.

Профілактика інфікування та пов'язані з цим стани

Трубка для введення системи охороняє систему від контакту з флорою піхви у процесі введення. Механізм введення також сконструйований так, щоб мінімізувати ризик виникнення інфекції. Незважаючи на це, існує ризик розвитку інфекції органів малого тазу безпосередньо після введення системи або у перший місяць після її введення. Інфекції органів малого тазу під час застосування внутрішньоматкових контрацептивів часто пов'язані із захворюваннями , що передаються статевим шляхом. Ризик розвитку інфекції зростає, якщо у жінки або її партнера кілька статевих партнерів. Необхідно належним чином лікувати інфекції органів малого тазу. Інфекційні захворювання органів малого тазу можуть вплинути на дітородну функцію і підвищити ризик виникнення позаматкової вагітності.

Якщо виникла рецидивуюча інфекція, або гостра інфекція не піддалася лікуванню протягом декількох днів, варто видалити систему.

Жінці необхідно негайно проконсультуватися з лікарем у разі постійного болю внизу живота, підвищеної температури, болю під час статевого акту чи патологічної кровотечі.

Експульсія (виштовхування)

Скорочення матки під час менструації можуть іноді змістити внутрішньоматковий протизаплідний засіб або виштовхнути його. Можливі симптоми: біль і патологічна кровотеча. Якщо внутрішньоматковий протизаплідний засіб змістився, ефективність його дії зменшується. Якщо відмічаються ознаки, які вказують на те, що засіб змістився (збільшилась довжина ниток у піхві, болі внизу живота, кровомазання) чи якщо жінка не може відчути нитки, потрібно уникати статевого акту або застосовувати інші контрацептиви і проконсультуватися з лікарем. Оскільки система з левоноргестрелом зменшує кількість менструальних виділень, збільшення менструальних виділень може бути ознакою експульсії

ВНУТРІШНЬОМАТКОВІ КОНТРАЦЕПТИВИ, ЩО МІСТЯТЬ МІДЬ

МЕХАНІЗМ ДІЇ

- впливають на здатність сперматозоїдів проходити через порожнину матки;
- впливають на перистальтику маткових труб;
- викликають відповідну реакцію ендометрія на стороннє тіло, що перешкоджає імплантації.

Термін використання ВМК визначається типом ВМК і зазначається виробником на вкладиші всередині упаковки.

ПЕРЕВАГИ	НЕДОЛІКИ
Контрацептивні: • висока ефективність (0,6 вагітностей на 100 жінок протягом першого року; використання ВМК, що містять мідь); • метод ефективний одразу після	• перед введенням ВМК необхідно провести гінекологічний огляд пацієнтки та рекомендовано оцінити ризик зараження ІПСШ; • обов'язкова наявність підготовленого медичного спеціаліста для введення і

введення; • довготривале попередження непланованої вагітності; • метод не пов’язаний безпосередньо зі статевим актом; • метод не впливає на грудне вигодовування; • негайне повернення фертильності після вилучення ВМК; • ВМК не взаємодіють з будь-якими медикаментами; • крім візиту після введення ВМК, пацієнтці потрібно звертатися до лікаря тільки у разі виникнення проблем та для щорічних оглядів на загальних підставах;	вилучення ВМК; • жінка повинна перевіряти нитки ВМК після менструації, якщо вона супроводжувалася болями та спазмами; • жінка не може сама припинити використання методу; • посилення менструальних кровотеч і болів у перші кілька місяців (лише для мідних ВМК); • можлива спонтанна експульсія ВМК; • дуже рідко (< 1/1000 випадків) трапляється перфорація матки під час введення ВМК; • можуть збільшити ризик позаматкової вагітності і розвитку
• пацієнтці не потрібно нічого купувати або мати про запас; • недороговартісний метод (ВМК Copper T 380 A).	ЗЗОМТ з наступним безпліддям у жінок, які входять до групи ризику зараження ІПСШ.

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ ВМК

- жінки будь-якого репродуктивного віку;
- жінки з будь-якою кількістю пологів у анамнезі;
- жінки, які раніше успішно використовували ВМК;
- жінки після пологів, які годують грудьми;
- жінки після аборту, які не мають ознак інфекції органів малого тазу;
- жінки, які мають низький ризик зараження ІПСШ;
- жінки, які не хочуть чи не можуть використовувати гормональні методи;
- жінки старші 35 років, які курять;
- жінки, які мають надлишкову масу тіла;
- жінки з порушеннями кровообігу на даний час або в анамнезі, особливо якщо вони пов’язані з тромбозом (тромбоз глибоких вен, легенева тромбоемболія, ішемічна хвороба серця, інсульт тощо);
- жінки з систолічним тиском більше 160 мм.рт.ст. та діастолічним більше 100 мм.рт.ст.;
- жінки з мігренями;
- жінки з доброякісними та злоякісними захворюваннями молочної залози.

ЖІНКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ ВМК

- вагітні жінки (встановлена чи підозрювана вагітність);
- жінки з незрозумілими вагінальними кровотечами (до встановлення їхньої причини);
- жінки з інфекцією статевих шляхів (вагініт, цервіцит);
- жінки, які нещодавно (протягом 3 місяців) перенесли ЗЗОМТ чи септичний аборт;
- жінки з вродженими аномаліями матки або доброякісними пухлинами (фібромами) матки, які значно деформують її порожнину;
- жінки із захворюванням клапанів серця в активній фазі;

- жінки, у яких діагностовано злоякісну трофобластичну пухлину;
- жінки із діагностованим тазовим туберкульозом;
- жінки, які мають рак статевих органів (ендометрію, яєчників, шийки матки);
- жінки, які мають ризик зараження ІПСШ (мають більше одного статевого партнера або їх партнер має більше одного статевого партнера).

ОЦІНКА РИЗИКУ ЗАРАЖЕННЯ ІПСШ

Наявність гонореї і хламідіозу є протипоказанням до введення ВМК.

Етапи бесіди:

- Необхідно проінформувати жінку, що приналежність до групи підвищеного ризику щодо деяких ІПСШ є протипоказанням до використання ВМК.

- Запропонувати жінці самостійно визначити рівень ризику щодо ІПСШ, якому вона піддається на основі визначених обставин.

Обставини, які можуть вказувати на приналежність цієї жінки до групи підвищеного ризику щодо ІПСШ, такі:

- у жінки останнім часом було декілька статевих партнерів;
- у статевого партнера жінки останнім часом було декілька статевих партнерів;
- у статевого партнера жінки спостерігаються симптоми ІПСШ, включаючи гнійні виділення з уретри, болючість чи печіння під час сечовипускання чи відкриті виразки на шкірі статевих органів;
- жінці чи її статевому партнеру нещодавно поставили діагноз ІПСШ.

- Якщо жінка входить до групи підвищеного ризику щодо ІПСШ, слід допомогти їй обрати альтернативний метод контрацепції.
- Якщо жінка, яка входить до групи підвищеного ризику щодо гонореї чи хламідіозу, наполягає на встановленні ВМК, і є умови для проведення достовірних лабораторних тестів, ВМК може бути введений на основі негативних результатів лабораторних аналізів. При отриманні позитивних результатів лабораторного обстеження ВМК може бути введений по завершенню відповідного курсу лікування, за умови, що жінка не піддається ризику повторного інфікування на момент введення ВМК.

ПОЧАТОК ВИКОРИСТАННЯ ВМК

ВМК, що містять мідь

Якщо менструальний цикл регулярний, введення ВМК можливе ***протягом 12 днів після початку менструації*** у будь-який зручний для жінки час (не лише у період менструальної кровотечі). Додатковий метод контрацепції не застосовується.

Введення ВМК можливе ***у будь-який час менструального циклу***, якщо є можливість точно встановити, що жінка не вагітна. Додаткового методу контрацепції непотрібно.

Після пологів введення ВМК допускається якщо:

- після пологів минуло менше 48 годин;
- після пологів минуло 4 і більше тижнів;

Після аборту ВМК може вводитися одразу. Потреби у додатковому методі контрацепції немає. Якщо пройшло більше 12 днів після аборту і ознаки інфекції відсутні, введення можна проводити у будь-який час за умови, що точно відомо, що жінка не вагітна. Потреби у додатковому методі контрацепції немає.

Введення ВМК після переривання вагітності у 2-му триместрі потребує спеціальних навичок. Якщо лікар не має цих навичок, то введення ВМК потрібно відкласти коли після аборту чи викидня мине 4 і більше тижнів.

У разі відмови від іншого методу контрацепції:

ВМК може вводитися одразу, якщо є впевненість, що жінка не вагітна. При цьому немає необхідності чекати наступної менструальної кровотечі та використовувати допоміжний метод контрацепції.

Якщо використовувались ін'єкційні контрацептиви, то ВМК можна ввести у день ін'єкції. При цьому немає необхідності використовувати допоміжний метод контрацепції.

ВВЕДЕННЯ / ВИДАЛЕННЯ ВМК

Підготовка до введення ВМК

1. Проводиться детальне консультування пацієнтки.
2. Ретельно миють руки водою з милом і витирають одноразовим паперовим рушником.
3. Пальпація живота для виявлення болючості або утворень, особливо у надлобковій області.
4. Огляд зовнішніх статевих органів.
5. Надягнути на обидві руки нові одноразові рукавички.
6. Підготувати інструменти й матеріали на стерильній поверхні чи у контейнері.
7. Ввести гінекологічне дзеркало.
8. Огляд пацієнтки за допомогою гінекологічного дзеркала:

- визначити, чи є якісь ушкодження піхви або патологічні піхвові виділення;
- оглянути шийку матки й уретру.

9.Обережно вивести дзеркало й покласти його на піднос або в контейнер з інструментами.

10. Провести бімануальне обстеження:

- визначити, чи є болючість під час руху шийки матки;
- визначити розмір, форму й положення матки;
- перевірити на наявність вагітності;
- пропальпувати додатки на наявність болючості, запального процесу або пухлинних утворень.

11. Провести ректопіхвове обстеження (якщо є показання):

- визначити розмір матки у ретроверзії (відхиленої назад),
- перевірити на наявність будь-якої патології.

12. Поінформувати жінку, що буде зроблено, і спонукати її ставити запитання та давати відповіді на них.

Безконтактний спосіб введення ВМК Підготовка

ВМК до введення у стерильному пакеті:

- частково відкрити вільну від ВМК частину пакета й відгорнути його кінці у різні боки;
- ввести білий стержень (плунжер) в аплікатор;
- покласти пакет на плоску поверхню;
- підсунути ідентифікаційну картку під плічка (горизонтальні частини) Т-подібного ВМК;
- притримуючи кінці плічок ВМК пальцями, що знаходяться ззовні пакета, просувати аплікатор уперед так, щоб ці плічка стали згинатися донизу;

- коли складені плічка ВМК торкнуться стінок аплікатора, ледве висунути його з-під їхніх кінців, продовжуючи притримувати плічка пальцями ззовні пакета;
- підняти кінець аплікатора й захопити ним кінці плічок спіралі, для цього обережно повертаючи й просуваючи його вперед.

Введення ВМК

1. Надягнути нові одноразові рукавички на обидві руки.

2. Ввести гінекологічне дзеркало для візуалізації шийки матки.
3. Протерти шийку (особливо вічко) і піхву антисептиком два рази.
4. Обережно захопити шийку матки пульовими щипцями.
5. Не торкаючись бокових стінок піхви або дзеркала, одним рухом обережно ввести матковий зонд через цервікальний канал у порожнину матки.
6. Визначити довжину порожнини матки й положення матки; витягнути зонд.
7. Взяти пакет із заправленим ВМК і встановити глибинний обмежувач на необхідну довжину, не виймаючи при цьому ВМК зі стерильного пакета, а потім повністю відкрити пакет.
8. Вийняти аплікатор із заправленим у нього ВМК зі стерильного пакету, не торкаючись нестерильних поверхонь; обережно, щоб випадково не виштовхнути ВМК білим стержнем.
9. Обережно ввести завантажений аплікатор через цервікальний канал, тримаючи його так, щоб глибинний обмежувач перебував у горизонтальному положенні; ввести його до тих пір, поки він не торкнеться шийки матки або не відчується опір.
10. Взяти пульові щипці й білий стержень твердо однією рукою, іншою рукою потягнути аплікатор на себе, поки він не торкнеться великого пальця руки, що тримає білий стержень, цим самим визволяючи плічка ВМК (технологія „витягування”).
11. Витягнути білий стержень і обережно просунути аплікатор вперед, поки не відчується легкий опір.
12. Частково витягнути аплікатор і обріжте нитки ВМК, залишивши їх довжиною 3-4 см.
13. Повністю витягнути аплікатор.
14. Обережно зняти пульові щипці.
15. Оглянути шийку матки ; якщо є кровотеча у місці накладання щипців, прикласти стерильний шматочок вати або марлі на місце, що кровоточить, і злегка натиснути та потримати протягом 30-60 секунд.
16. Обережно витягнути дзеркало.
17. Ретельно вимити руки водою з милом.
18. Зробити запис у медичній документації пацієнтки.
19. Використані інструменти складають у лоток і віддають акушерці. Використані інструменти підлягають дезінфекції і утилізації/стерилізації відповідно до чинних нормативних документів.

Видалення

1. Зазвичай видалення ВМК – проста процедура.
2. Медичний спеціаліст дотримується відповідних вимог щодо профілактики інфекцій, зазвичай ця маніпуляція відбувається в амбулаторних умовах.
3. ВМК повільно видаляється потягуванням за нитки за допомогою хірургічного затискача або пінцета.
4. **Протипоказане проведення вишкрібання стінок порожнини матки після видалення ВМК.**

Особливі вказівки

Якщо будь-які проблеми відсутні, й пацієнтка не бажає достроково вилучити ВМК, то, за винятком огляду через 3-6 тижнів після введення ВМК, жодних медичних показань для подальших додаткових візитів до лікаря немає.

Перші дні після введення ВМК можуть супроводжуватись спазмами і болями.

Після введення ВМК можуть з’явитись мажучі кров’янисті виділення, що можуть тривати від 3 до 6 місяців.

ВМК необхідно вилучити через той період часу, який вказаний в інструкції з його використання, але це можна зробити й раніше, якщо жінка прийме таке рішення.

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ У РАЗІ ІХ ВИНИКНЕННЯ

Побічні ефекти:

Зміна характеру менструальних кровотеч:

- Можливі більш тривалі і значні, нерегулярні менструальні кровотечі, більш інтенсивні менструальні спазми та болі.
- Ці побічні ефекти не є симптомами будь-якого захворювання і не потребують лікування.
- Побічні ефекти стають менш вираженими чи повністю зникають через 3-6 місяців після введення ВМК.

Проблеми:

Значні чи тривалі менструальні кровотечі *(кількість втраченої крові перевищує звичайну у 2 рази чи кровотеча триває більше 8 днів):*

- Заспокоїти пацієнтку, пояснити, що у жінок, які використовують ВМК можуть виникати подібні стани.
- Якщо патологія відсутня, а кровотеча тривала та значна, провести консультування і симптоматичне лікування. Для зменшення кровотечі призначити ібупрофен (400 мг) або індометацин (25 мг) 2 рази на день після їжі протягом 5 днів і таблетки, що містять залізо (по 1 таблетці щодня протягом 1-3 місяців).
- • Якщо значні та тривалі менструальні кровотечі набувають рецидивуючого характеру або виникають після декількох звичайних менструальних циклів чи через тривалий час після введення ВМК, необхідно виключити наявність патології.

Нерегулярні кровотечі:

- Заспокоїти пацієнтку, пояснити, що у жінок, які використовують ВМК можуть виникати подібні стани.
- Якщо патологія відсутня, можна призначити ібупрофен (400 мг) або індометацин (25 мг) 2 рази на день після їжі протягом 5 днів і таблетки, що містять залізо (по 1 таблетці щодня протягом 1-3 місяців).
- Якщо нерегулярні кровотечі набувають рецидивуючого характеру або виникають після декількох звичайних менструальних циклів чи через тривалий час після введення ВМК, необхідно виключити наявність патології.

Анемія:

- ВМК, що містять мідь можуть сприяти виникненню і прогресуванню анемії, якщо на момент введення ВМК рівень гемоглобіну був невисокий і використання ВМК супроводжується більш значними і тривалими менструальними кровотечами.
- Особливу увагу варто звертати на такі ознаки і симптоми:
  - блідість шкіри, швидка стомлюваність і слабкість, запаморочення, дратівливість, головні болі, дзвін у вухах, запалення слизової язика, підвищена ламкість нігтів;
  - рівень гемоглобіну 90г/л, гематокрит менше 30.
- Необхідно призначити препарати заліза і порекомендувати жінці збільшити у раціоні харчування продукти, що містять залізо.
- Якщо ВМК було введено понад 3 місяці тому, й у жінки дуже виражена анемія (гемоглобін < 70 г/л), порекомендувати вилучити ВМК і допомогти пацієнтці обрати інший метод контрацепції.

Спазми і болі:

- Перші 2 дні після введення ВМК можуть супроводжуватись спазмами і болями.

- Пояснити жінці, що спазми та болі є поширеним явищем у перші 3-6 місяців після введення ВМК, особливо під час менструальних кровотеч. Як правило, ці прояви не наносять шкоди здоров'ю жінки і стають менш вираженими через певний час.
- Призначити ібупрофен або парацетамол для зменшення дискомфорту.
- Якщо спазми і болі приймають хронічний характер і виникають без зв'язку з менструальними кровотечами, то у цьому випадку:
  - визначити причину і призначити лікування
  - якщо причину встановити не вдається та інтенсивність спазмів висока, розглянути варіант видалення ВМК.

Сильні болі внизу живота *(підозра на ЗЗОМТ):*

- Провести гінекологічне обстеження органів малого тазу.
- Якщо провести гінекологічне обстеження з тієї чи іншої причини неможливо, і крім болів спостерігається те чи інше поєднання нижченаведених симптомів, то це може вказувати на наявність ЗЗОМТ:
  - вагінальні виділення;
  - лихоманка, озноб;
  - болі під час статевого контакту чи сечовипусканні;
  - поява кров'янистих мажучих виділень під час статевого контакту чи без зв'язку з менструальним циклом
  - нудота, блювота;
  - болі при пальпації живота.
- Враховуючи серйозність наслідків нелікованих ЗЗОМТ, лікар повинен призначати відповідне лікування у всіх підозрілих випадках, що супроводжуються тим чи іншим поєднанням перерахованих вище симптомів і ознак. Лікування повинно починатися якомога раніше після постановки діагнозу. Раннє застосування антибіотиків відповідного спектру дії забезпечить більш ефективну профілактику хронічних ускладнень ЗЗОМТ.
- Лікування має включати препарати, активні по відношенню до гонококової, хламідійної і анаеробної інфекцій, передбачати боротьбу з гонореєю, хламідіозом і анаеробної флорою. На час лікування запропонувати жінці/парі користуватися презервативами.
- Якщо жінка хоче продовжувати використовувати ВМК, то немає необхідності її видаляти. Якщо жінка більше не хоче використовувати ВМК, то його можна видалити після початку антибіотикотерапії. За умови відсутності позитивної динаміки у лікуванні ЗЗОМТ, рекомендується видалити ВМК та продовжити курс антибіотикотерапії.

Партнер відчуває нитки ВМК під час статевого акту:

- Пояснити, що така проблема може іноді виникати через надмірну довжину обрізаних ниток ВМК.
- Якщо нитки ВМК викликають неприємні відчуття у партнера, можливі варіанти вирішення проблеми:
  - нитки ВМК можуть бути обрізані додатково таким чином, що вони не будуть виходити за межі цервікального каналу. Це вирішить проблему для партнера, проте жінка більше не зможе перевіряти наявність ВМК у порожнині матки по нитках у піхві.

Часткова експульсія (часткове випадіння) ВМК:

- Часткова експульсія є показанням для видалення ВМК.
- З'ясувати, чи хоче жінка продовжити використовувати ВМК, або ж вона хоче обрати інший метод контрацепції.
- Новий ВМК може бути введено у будь-який день за наявності достатньої впевненості у тому, що жінка не вагітна.

- Якщо жінка відмовляється від подальшого використання ВМК, допомогти їй вибрати інший метод контрацепції.

Повна експульсія (повне випадіння) ВМК:

- При повній експульсії ВМК слід з'ясувати, чи хоче жінка продовжити використання ВМК, або ж вона хоче обрати інший метод контрацепції. Новий ВМК може бути введено у будь-який день за наявності достатньої впевненості у тому, що жінка не вагітна.
- При підозрі на експульсію ВМК і відсутності повної впевненості у тому, що експульсія ВМК дійсно відбулась, слід направити жінку на рентгенологічне або ультразвукове обстеження. Запропонувати допоміжний метод контрацепції, яким жінка зможе користуватися до завершення обстеження і встановлення факту експульсії.

Відсутність ниток ВМК:

- Необхідно встановити:
  - чи помітила жінка випадіння ВМК, і якщо так, то коли це відбулось;
  - коли жінка перевіряла наявність ниток останній раз;
  - коли у жінки була остання менструація;
  - чи є у жінки ознаки вагітності;
  - чи використовувала жінка інший метод контрацепції з того часу, як помітила відсутність ниток.
- Спробувати відшукати нитки ВМК у цервікальному каналі за допомогою спеціального затискача. Приблизно у половині випадків «зниклі» нитки знаходяться.
- Якщо нитки ВМК у цервікальному каналі відсутні, це означає, що нитки виявилися втягнутими у порожнину матки, або відбулась експульсія, яку жінка не помітила. Направити на рентгенологічне чи ультразвукове дослідження.
- Необхідно виключити вагітність.
- Якщо жінка не вагітна і ВМК не виявлено, ввести новий ВМК або допомогти пацієнтці обрати інший метод контрацепції.

Підозра на перфорацію матки:

- Якщо під час введення ВМК виникає підозра на перфорацію матки, слід негайно припинити всі дії (і видалити ВМК, якщо він був вже введений) і госпіталізувати жінку з метою спостереження за її станом в умовах стаціонару:
  - протягом першої години жінка повинна дотримуватися суворого постільного режиму;
  - через кожні 5-10 хвилин слід перевіряти основні показники стану організму (кров'яний тиск, пульс, частоту дихання і температуру).
- Якщо стан жінки залишається стабільним після однієї години спостереження, рекомендується обстежити її на предмет виявлення ознак внутрішньої кровотечі (низький гематокрит, низький рівень гемоглобіну); також слід продовжити регулярну перевірку основних показників стану організму.
- Жінка повинна перебувати під спостереженням у такому режимі протягом кількох годин. Якщо ознаки або симптоми погіршення стану відсутні, жінка може бути виписана додому з рекомендацією утриматися від статевих контактів протягом двох тижнів. Допомогти жінці вибрати альтернативний метод контрацепції.
- Частий пульс і зниження кров'яного тиску, поява нових болів або посилення болю в області матки є показанням для додаткового обстеження і прийняття рішення щодо подальшого лікування.
  - Якщо підозра на перфорацію матки виникає протягом 6 тижнів після введення ВМК або пізніше, і спостерігається відповідна клінічна картина, слід направити жінку у стаціонар для обстеження і визначення тактики лікування. ВМК слід видалити в умовах стаціонару.

Стани, які можуть вимагати зміни методу:

Причина виникнення таких станів може дійсно полягати у застосуванні методу, але може і не мати до нього ніякого відношення.

Вагінальні кровотечі неясної етіології *(поява таких кровотеч може вказувати на стан, не пов'язаний з використанням ВМК):*

- Оцінити стан жінки за анамнезом і результатам гінекологічного обстеження. За необхідності провести додаткову діагностику і призначити відповідне лікування.
- Якщо причина кровотечі пов'язана з ІПСШ чи ЗЗОМТ, жінка може продовжити використовувати ВМК під час лікування.

Аменорея *(відсутність менструальних виділень):*

- Перевірити пацієнтку на наявність вагітності.
- Якщо вона ***не вагітна***, не вилучати ВМК. Провести консультування і заспокоїти пацієнтку. Направити на обстеження для встановлення причини аменореї, якщо пацієнтка залишається стурбованою.
- У разі ***вагітності*** пояснити пацієнтці наявні у неї можливості. Порадити вилучити ВМК, якщо видно нитки спіралі і вагітність терміном менше 13 тижнів. Якщо ниток не видно, чи термін вагітності більше 13 тижнів, не вилучати ВМК. Якщо пацієнтка вагітна і бажає доношувати вагітність, але не хоче вилучати ВМК, пояснити їй, що у цьому разі збільшується ризик викидня та інфекції, й вагітність вимагатиме дуже ретельного нагляду.

СТАНИ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ТЕРМІНОВОГО ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ

- Затримка менструації із симптомами вагітності (нудота, біль у молочних залозах тощо).
- Тривалі чи переймоподібні болі у нижній частині живота, особливо коли вони супроводжуються поганим самопочуттям, лихоманкою (ці симптоми вказують на можливу інфекцію органів малого тазу).
- Нитки спіралі відсутні або під час перевірки із цервікального каналу виступає пластмасовий кінчик ВМК.
- З'явився інший партнер, ВМК не захищає від ІПСШ, ВІЛ.

VI. План та організаційна структура семінарського заняття

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
 1. 2. 3. 4.	***Підготовчий етап*** Організаційні заходи. Визначення актуальності теми. Визначення навчальних цілей. Забезпечення позитивної мотивації.	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	***Основний етап*** Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: . Сучасні методи внутрішньоматкової контрацепції. . Класифікація внутрішньоматкових	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	30 хв.

	контрацептивів. Механізм дії внутрішньоматкових контрацептивів. Фактори ризику щодо виникнення ускладнень при використанні внутрішньоматкових контрацептивів По показання та протипоказання для використання внутрішньоматкових контрацептивів		
	Заключний етап		10 хв.
1.	Підбиття підсумків, загальні висновки	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	
2.	Відповіді на можливі запитання.		
3.	Завдання до наступного семінару.		

VII. Матеріали методичного забезпечення семінарського заняття

Місце проведення - навчальна кімната, відділення патології вагітних (або жіноча консультація), кабінет функціональної діагностики.

Обладнання: устаткування та інструментарій відділення патології вагітних (акушерський стетоскоп, тазомір, сантиметрова стрічка), кабінету функціональної діагностики (ультразвуковий томограф, кардіотокограф), кольпоскоп у кабінеті патології шийки матки ЖК, результати різних методів дослідження стану плаценти і плода (гормональні, КТГ, УЗД), демонстраційні таблиці, відеофільми або мультимедіа.

Рекомендована література (навчальна, наукова)

1. Гинекологическая диагностика и лечение // Под. общ. ред. Л.А.Суслопарова. - М.: 2006.
2. Акушерство и гинекология. Руководство для врачей /Под ред. Г.М.Савельевой. ~М: Медицина, 2006,- 348 с.
3. Сидорова И.С. Методы исследования при беременности и в родах. - МЕДпресс-информ, 2005. - 128 с.
4. Лихачов В.К. Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей.-М.: Медицинское информационное агентство, 2013.-840 с.
5. Ультразвуковая фетометрия: Справочные таблицы и нормативы / Под ред. М.В. Медведева. – М.: Реальное время, 2003. – 170с.
6. *6.Сметник В.П., Тумилович Л.Г.* Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. 3-е изд., перераб. и доп. – М.: МИА, 2005.– 632с.
7. Акушерство и гинекология. Руководство для врачей /Под ред. Г.М.Савельевой. ~М: Медицина, 2006,- 348 с.
8. Воскресенский СЛ. Оценка состояния плода. Кардиотокрграфия. Допплерометрия. Биофизический профиль: учеб. пособие. - Минск: Книжный Дом, 2004. - 304 с.
9. Сидорова И.С. Методы исследования при беременности и в родах. - МЕДпресс-информ, 2005. - 128 с.
10. Симптом. Синдром. Диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии / Под ред. Н.М. Подзолкова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 520с.
11. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (гінекологічна ендоскопія).
12. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-

гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».

Питання

1. Сучасні методи гормональної контрацепції.
2. Класифікація гормональних контрацептивів.
3. Механізм дії гормональних контрацептивів.
4. Фактори ризику щодо виникнення ускладнень при використанні гормональних контрацептивів
5. По показання та протипоказання для використання гормональних контрацептивів.

Ситуаційні задачі :

1. В жіночу консультацію звернулась жінка 26 років для вибору метода контрацепції. В анамнезі 1 пологи, 2 штучних аборта. У пацієнтки незначні ознаки гіперандрогенії - акне, себорея, гірсутизм легкого ступеню, жирна шкіра лиця. Менструальний цикл не порушений.

Може дана пацієнтка використовувати КОК?

Відповідь: Жінки з ознаками гіперандрогенії можуть використовувати КОК.

2. В жіночу консультацію звернулась жінка 24 років для вибору метода контрацепції. Два місяці тому народила дитину, пологи без ускладнень. Немовля годує груддю, менструації відсутні. Патології з боку статевих органів не виявлено. Соматично здорова.

Які методи контрацепції можна рекомендувати?

Відповідь: Після пологів можна рекомендувати методи: лактаційної аменореї, прогестеронові ін’єкційні контрацептиви, ВМК, презервативи.