

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА 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 ЛЕКЦІЇ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ
ЗА ФАХОМ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	Неплідність (код курсу 16.0.)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин – 2 години.

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Частота непліддя становить 50% жіночого та 50% чоловічого непліддя. За даними ВООЗ (1999 — 2000 р.), 20% сімей в Європі відчувають затримку в настанні І вагітності, а 3 — 5% від цієї кількості залишаються неплідними на майбутнє. Довгий час дискутувалося питання:

непліддя— це захворюваність чи синдром. За визначенням ВООЗ— це захворювання чоловіка і жінки, а тому в X Міжнародному переліку захворювань непліддя шифрується як захворювання чоловіка і жінки під різними номерами.

II. Навчальні цілі лекції

Донести до інтернів наступні знання:

1. Визначення поняття «неплідності у шлюбі».
2. Класифікацію непліддя.
3. Обстеження подружніх пар.
4. Методи обстеження жінок, визначення ендокринних, трубних, імунологічних і перитонеальний факторів непліддя.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження жінок та виконанні лікарських маніпуляцій.

Розвинути почуття відповідальності у лікарів-інтернів за правильність дій на етапах обстеження та лікування жінок.

Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні:</i>		
1. Фізіологія	Регуляція функцій репродуктивної системи	Оцінювати рівень гормонів крові
2. Анатомія	Анатомія жіночих статевих органів. Процес запліднення	Збирати анамнез, оцінку даних клінічних та лабораторних обстежень
<i>Наступні:</i>		
1. Педіатрія	Віддалені наслідки ендокринного непліддя	

V. План та організаційна структура лекції

№ п/п	Основні елементи лекції та їхній зміст	Тип лекції. Засоби активізації слухачів. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	<i>Підготовчий етап</i> Визначення актуальності теми Визначення навчальних цілей лекції	Навчально-методичне обґрунтування теми. Навчальні цілі лекції.	5 хв.

	Забезпечення позитивної мотивації	Навчально-методичне обґрунтування теми.	
2.	<p>Основний етап</p> <p>Викладення лекційного матеріалу за планом:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Визначення поняття «неплідності у шлюбі». 2. Класифікацію непліддя. 3. Обстеження подружніх пар. 4. Методи обстеження жінок, визначення ендокринних, трубних, імунологічних і перитонеальний факторів непліддя. 	Тематична клінічна лекція з елементами проблемності. Мультимедійний супровід.	75 хв.
	<p>Заключний етап</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Резюме лекції, загальні висновки 2. Відповіді на можливі запитання 3. Завдання для самопідготовки слухачів до наступної лекції. 	Перелік навчальної літератури ЗАПИТАННЯ	10 хв.

VI. Зміст лекційного матеріалу

Безплідність у шлюбі - важлива й досить складна сучасна соціальна проблема. За даними ВІЗ, за останні 2-3 десятиліття у всіх розвинених країнах миру поряд з низькою народжуваністю реєструють збільшення частки марних шлюбів до 12-18%. У Росії із усього жіночого населення, що становить 74,4 млн, безплідністю страждає 12 млн жінок.

Причиною марного шлюбу в 40-50% випадків буває патологія репродуктивної системи в одного із подружньої пари, рідше (5-10%) - в обох. Відповідно до досліджень, у нормі 30% зачаття відбувається протягом першого місяця шлюбу, приблизно 60-90% - протягом першого року й 10% - протягом 1,5-2 років.

Припущення про безплідність у родині повинне виникати в тому випадку, якщо зачаття не настає протягом одного року в чоловіка й жінки дітородного віку при умові регулярного полового життя без застосування яких-небудь засобів контрацепції.

Класифікація непліддя:

I — фізіологічне (до настання менархе та менопаузи);

II — патологічне.

Первинне — до 30 %, коли вагітності не було ніколи.

Вторинне — > 60 %, вагітність була, закінчилась пологам, аборт, позаматковою вагітністю, а більше не настає.

Первинне безпліддя - безпліддя у жінок, що живуть регулярним статевим життям без контрацепції і не мали жодної вагітності.

Вторинне безпліддя - вагітність в минулому наступала, але після цього відсутня протягом 1 року регулярного статевого життя без контрацепції.

Абсолютне безпліддя - можливість вагітності повністю виключена (вроджене або набуте відсутність матки, яєчників і інші аномалії розвитку статевих органів).

Відносне безпліддя - можливість вагітності повністю не виключена.

Вроджена неплідність обумовлено спадковою та вродженою патологією (ендокринні захворювання, вади розвитку статевих органів).

Набуте безпліддя - найчастіше вторинне, пов'язане з перенесеними захворюваннями після народження дитини.

Фізіологічне безпліддя обумовлено мінливими факторами і спостерігається у жінок в

препубертатний, лактаційний, постменопаузальний періоди.

Постійне безпліддя - присутній постійно (наприклад, відсутність маткових труб).
Окремо виділяють:

Добровільно усвідомлене безпліддя - такий вид безпліддя, коли в силу соціально-економічних або інших факторів жінка свідомо не хоче вагітніти і народжувати не тільки другої, але й першої дитини.

Вимушене безпліддя - пов'язане з певними заходами щодо запобігання дітородіння.

Основні причини чоловічого непліддя:

Патологічний склад сперми або відсутність сперматозоїдів; Відсутність еякуляції(або її патологія); Облітерація вивідних каналців спермогенеруючих органів чоловіка; Хронічна інфекція; Аутоімунні захворювання;

Непліддя неясного генезу, коли відхилень у здоров'ї не виявлено.

Причини жіночого непліддя можуть бути спричинені патологією репродуктивної системи жінки та рядом екстрагенітальних захворювань.

Згідно з даними ВООЗ, виділяють декілька причин непліддя. Понад 50 % становить ендокринне непліддя.

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ

(Наказ МОЗ України №582 від 15.12.2003 р.)

Безплідною подружньою парою є та, у якої за бажання мати дитину при активних статевих стосунках, без використання контрацептивних засобів, зачаття не настає протягом 12 місяців. Вважається, що вагітність настає за умови регулярних (два-три рази на тиждень) статевих стосунків протягом 1 року у 75% подружніх пар без використання контрацептивів.

Термін **первинне безпліддя** застосовується у випадках, коли в анамнезі не відбувалося зачаття, **вторинне безпліддя** – наявність зачаття у минулому .

Головні причини жіночого безпліддя:

- ендокринні фактори – 35-40%;
- трубний і перитонеальний фактори – 20-30%;
- імунологічні фактори – 20%;
- шийковий фактор – 5%.

Приблизно у 10-15% випадків причина безпліддя залишається не виявленою .

Шифр МКХ -10 - N 97.

Класифікація жіночого безпліддя за МКХ – 10 (N97.0 – N97.9)

N97 Жіноча безплідність

N97.0 Жіноча безплідність, пов'язана з відсутністю овуляції

N97.1 Жіноча безплідність трубного походження

Пов'язана з природженою аномалією маткових труб

Трубні:

- непрохідність
- закупорення
- стеноз

N97.2 Жіноча безплідність маткового походження

Пов'язана з природженою аномалією матки

Дефект імплантації яйцеклітини
N97.3 Жіноча безплідність шийкового походження
N97.4 Жіноча безплідність, пов'язана з чоловічими факторами
N97.8 Жіноча безплідність іншої природи
N97.9 Жіноча безплідність, неуточнена

Ускладнення, пов'язані із штучним заплідненням (МКХ – 10 (N98.0 – N98.9))

N98 Ускладнення, пов'язані зі штучним заплідненням

N98.0 Інфекції, пов'язані зі штучним заплідненням.
N98.1 Гіперстимуляція яєчників.
Гіперстимуляція яєчників:
- БДВ
- пов'язана з індукованою овуляцією
N98.2 Ускладнення, пов'язані зі спробою імплантації яйцеклітини, заплідненої in vitro
N98.3 Ускладнення, пов'язані зі спробою імплантації ембріона.
N98.8 Інші ускладнення, пов'язані зі штучним заплідненням.

Ускладнення при штучному заплідненні:

- донорською спермою
- спермою чоловіка

N98.9 Ускладнення, пов'язані зі штучним заплідненням, неуточнені

ЕТИОЛОГІЧНІ ТА ПАТОГЕНЕТИЧНІ ФАКТОРИ БЕЗПЛІДНОСТІ

1. Аномалії чоловічих і жіночих полових органів і спадкоємна патологія:

- а. агенезія гонад (повна, часткова);
- б. уроджена обтурація полових шляхів (аномалії маткових труб, неправильний розвиток матки, піхви й входу в піхву).
2. Запальні захворювання полових органів.
3. Ендокринні фактори безплідності.
4. Біохімічні фактори фертильності (ферменти, изоферменти, простагландини).
5. Імунні фактори безплідності.
Безплідність у жінок може бути фізіологічним (дитячий і старечий вік, період лактації) і патологічним.

Серед патологічних видів безплідності в жінок виділяють **первинне й вторинне, абсолютне й відносне, уроджене й придбане, тимчасове й постійне.**

Запропоновано кілька класифікацій безплідності.

ВООЗ рекомендує класифікувати безплідність у жінок по 22 факторам.

1. Сексуальна дисфункція.
2. Гиперпролактинемія.
3. Органічна поразка гіпоталамо-гіпофізарної системи.
4. Аменорея при високому змісті фолікулостимулюючого гормону (ФСГ).
5. Аменорея з адекватним змістом естрогенів.
6. Аменорея з низьким змістом естрогенів.
7. Олигоменорея.
8. Нерегулярні менструації з овуляцією.

9. Ановуляція з регулярним циклом.
10. Уроджені аномалії.
11. Білатеральна оклюзія труб.
12. Злуковий процес у малому тазі.
13. Ендометриоз.
14. Придбана патологія матки й шейки матки.
15. Придбана патологія маткових труб.
16. Придбана патологія яєчників.
17. Туберкульоз.
18. Безплідність неясного генезу (лапароскопію не проводили).
19. Ятрогенні причини.
20. Системні захворювання.
21. Негативний посткоітальний тест.
22. Відсутність видимих причин безплідності.

Для побудови стрункої системи обстеження подружніх пар, що страждають безплідністю, запропонована схема, прийнята на симпозиумі ВООЗ.

- 1-й етап** — обстеження подружньої пари;
- 2-й етап** — підтвердження наявності овуляції в жінки;
- 3-й етап** — підтвердження сумісності сперми й шийкового слизу;
- 4-й етап** — підтвердження прохідності маткових труб;
- 5-й етап** — додаткові спеціальні дослідження.

Поряд із клінічними, бактеріологічними й ендокринологічними методами дослідження, що дозволяють уточнити причини порушення репродуктивної функції у жінок, останнім часом все більше значення набуває лапароскопія.

Алгоритм обстеження подружніх пар, хворих на непліддя

	<i>Об'єм обстеження</i>	<i>Терміни виконання</i>
1. Обстеження жінок	<ul style="list-style-type: none"> - збір соматичного, гінекологічного та репродуктивного анамнезу, загальний і гінекологічний огляд; - RW, ВІЛ; - графік базальної температури за 2 місяці; - кольпоскопія; - аналіз виділень, обстеження на уrogenітальну інфекцію, цитологічне обстеження; - УЗД органів малого тазу; - гістеросальпінгоскопія; Гормональне обстеження: <ul style="list-style-type: none"> - ФСГ, ЛГ, пролактин, естрадіол, тестостерон; - прогестерон. - імунологічні тести (Шуварського-Хунера, 	<ul style="list-style-type: none"> при постановці на облік 7–28 день менстр. циклу 1–14 день менстр. циклу 7 – 11 день менстр. циклу 3 – 7 день менстр. циклу 20 – 22 день менстр. циклу

<p>2.Обстеження чоловіків (проводиться спільно і одночасно з обстеженням жінки)</p>	<p>Курцрокка-Міллера, Мар-тест);</p> <p>- гістероскопія, лапороскопія;</p> <p>Додаткові дослідження за ознаками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гормональне обстеження (кортизол, ДГЕА-с, інсулін, Т₃, Т₄, ТТГ, СТГ, антитіла до тиреоглобуліну), та проби; - обстеження мамолога, мамографія; - R – графія турецького сідла, ЯМР. <p>- RW, ВІЛ;</p> <p>- обстеження на уrogenітальну інфекцію;</p> <p>- обстеження еякуляту за класифікацією ВООЗ;</p> <p>При наявності патології у спермограмі додатково проводиться:</p> <ul style="list-style-type: none"> - бак. посів сперми на стерильність; - гормональне обстеження (ФСГ, ЛГ, пролактин, тестостерон); - пробна капациація; - УЗД передміхурової залози та мошонки. 	<p>12 – 16 день менстр. циклу</p> <p>7 – 14 день менстр. циклу</p> <p>7 – 28 день менстр. циклу</p> <p>7 – 10 день менстр. циклу</p> <p>при постановці на облік</p> <p>3 – 4 дні статевого покою</p> <p>за ознаками</p>
---	---	---

АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ РІЗНИХ ФОРМ БЕЗПЛІДДЯ У ШЛЮБИ

Нозологічна форма	Лікування	Терміни лікування
<p>1. Безпліддя, пов'язане з порушенням овуляції <i>Група I.</i></p> <p>Гіпоталамо-гіпофізарна недостатність (ГГН) ЛГ < 5 МЕ/л ФСГ < 3 МЕ/л Е₂ < 70 нмоль/л</p>	<p><u>1 етап.</u> Підготовча, замісна, циклічна терапія естрогенами і гестагенами.</p> <p><u>2 етап.</u> Індукція овуляції з використанням прямих стимуляторів яєчників — менопаузальних і рекомбінантних гонадотропінів (пурегон або гонал F, профазі або прегніл).</p> <p>Якщо індукція моноовуляції без ефекту, ЕКО з ПЕ на фоні індукції суперовуляції.</p>	<p>3–12 міс.</p> <p>3–6 міс. в залежності від віку жінки</p> <p>до 6 міс.</p>
<p><i>Група II.</i> Гіпоталамо-гіпофізарна дисфункція (ГГД) – яєчникова форма</p>	<p>Підготовча терапія синтетичними прогестинами (Діане–35, марвелон та ін.).</p>	<p>3–6 міс.</p>

– надниркова форма	Підготовча терапія глюкокортикоїдами (преднізолон та ін. - 2–3 г на добу у залежності від рівня андрогенів). При нормалізації рівня андрогенів - стимуляція овуляції за допомогою кломіфен-цитрата (кlostильбегіт) під контролем УЗД і рівня Е ₂ у крові. Профазі (прегніл) 5-10 тис. ОД в/м одноразово при наявності фолікула 18–20 мм.	3–6 міс.
	При відсутності ефекту від використання кломіфен-цитрата — стимуляція овуляції гонадотропінами (гонал F, пурегон).	3–6 міс.
	Неефективність гормональної терапії при яєчникової формі — оперативна лапароскопія.	
	При відсутності ефекту від операції протягом 3–6 міс. — ЕКО з ПЕ.	
Група III. Яєчникова недостатність, пов'язана з гіперфункцією аденогіпофізу (гіпергонадотропний гіпогонадизм (ФСГ > 20 МЕ/л и ЛГ > 30 МЕ/л))	ЕКО з донацією ооцитів або усиновлення.	до 6 міс.
Група IV. Порушення функції статевих органів	Хірургічна корекція.	1 менстру. цикл
Група V-VII. Гіперпролактинемія	При відсутності показань до нейрохірургічного лікування — препарати бромкріптину у залежності від рівня пролактину під контролем пролактину, базальної температури та рівня прогестерону на 21 день менструального циклу.	6-24 міс.
	При нормалізації рівня пролактину - стимуляція овуляції кломіфен-цитратом.	3 міс.
	За відсутності ефекту — використання гонадотропінів (гонал F, пурегон).	до 6 міс.
2. Жіноче безпліддя трубного генезу	Оперативна лапароскопія для відновлення прохідності маткових труб. Якщо вагітність після операції протягом 6-12 міс. не настає, показано ЕКО з ПЕ. При відсутності маткових труб або неможливості відновлення їх проходження - ЕКО з ПЕ.	до 6-12 менстру. цикл. до 6-12 менстру. цикл.
3. Жіноче безпліддя маткового генезу: а) відсутність матки	Сурогатне материнство.	

б) аномалії розвитку матки в) синехії у порожнині матки	За умови наявних можливостей – оперативне, реконструктивне лікування.	
4. Жіноче безпліддя шийкового генезу	ІСЧ (інсемінація спермою чоловіка) у фізіологічному або індукованому циклі. При відсутності ефекту - ЕКО з ПЕ.	до 6 міс. до 6 менстру. цикл.
5. Імунологічне безпліддя: а) з наявністю антиспермових антитіл тільки у цервікальному слизі	Внутрішньоматкова інсемінація спермою чоловіка.	до 4 менстру. цикл.
б) з наявністю антиспермальних антитіл у крові жінки, яйцеклітині, фолікулярній рідині	Внутрішньоматкова інсемінація спермою донора на фоні стимуляції овуляції.	до 4-6 менстру. цикл.
1. Інші форми жіночого безпліддя:		
а) жіноче безпліддя, обумовлене урогенітальною інфекцією	Антибактеріальна терапія відповідно до виявленого збудника інфекції у чоловіка та жінки.	до 3 міс.
б) ендометріоз і безпліддя	Оперативна лапароскопія, гормональна терапія, у післяопераційному періоді ГнРГ або антигонадотропні препарати (даназол).	до 6 міс.
в) міома матки і безпліддя	У залежності від розмірів та розташування фіброматозних вузлів — оперативне лікування (консервативна міомектомія) або консервативна терапія з використанням агоністів ГнРГ рилізінг-гормонів (золодекс, діферелін), прогестагенів.	3–6 міс.
	Далі індукція овуляції у залежності від гормонального фону. При відсутності ефекту від лікування — сурогатне материнство.	
2. Безпліддя, обумовлене чоловічим фактором	При олігоастеноспермії 1–2 ступеня - лікування у андролога та ІСЧ.	3–4 міс.
	При олігоастеноспермії 3 ступеня та азооспермії - ІСД (інсемінація спермою донора) або ICSI. При відсутності ефекту - ЕКО з ПЕ з донорською спермою.	до 6 менстру. цикл.
3. Безпліддя неясного генезу (при використанні всіх попередніх тестів)	ІСЧ.	3 міс.
	При відсутності ефекту – ЕКО з ПЕ.	до 6 менстру. цикл.

ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНИЙ ФАКТОР БЕЗПЛІДНОСТІ

Патологія маткових труб - одна із частих (35-74%) причин безплідності . **Основні причини, що викликають порушення прохідності однієї або обидві-**

їхніх маткових труб, особливо в сполученні зі злуковим процесом, включають захворювання, що передаються статевим шляхом (ЗППП), ускладнені аборти, мимовільні викидні, пологи, численні лікувально - діагностичні гідротурбації, оперативні втручання на органах малого таза.

Незважаючи на успіхи, досягнуті в лікуванні запальних захворювань жіночих полових органів, їхня питома вага серед причин безплідності в жінок значна. Тенденції до зменшення частоти непрохідності маткових труб не відзначено.

Найбільше часто операції із приводу трубно-перитонеального безпліддя проводяться з метою поділу злук і відновлення прохідності маткових труб (сальпінгостомія, сальпінгонеостомія).

Для кожної операції варто визначити межі технічної операбельності, але існує кілька станів, при яких **хірургічне лікування протипоказано**.

1. Туберкульоз маткових труб.
2. Виражений склеротичний процес у трубах.
3. Короткі труби з відсутністю ампулярного відділу або фимбрий у результаті попереднього оперативного втручання.
4. Довжина труби менш 4 див після раніше перенесеної операції.
5. Розповсюджений злуковий процес як наслідок рецидивуючого запального захворювання тазових органів.
6. Додаткові інкурабельні фактори безплідності.

Додаткове обстеження включає весь алгоритм досліджень при марному шлюбі. Увагу акцентують на виключенні ЗППП й аналізі результатів бактеріологічного аналізу.

Провідним методом діагностики трубної безплідності визнана ГСГ. Як правило, операцію роблять в I фазу менструального циклу (7-12-й день).

Сальпінгостомія, або сальпінгонеостомія, показана при повній оклюзії труби й неможливості ідентифікувати фімбрії (наприклад, при гідросальпінксі). Такі зміни обумовлені ендосальпінгітом, що призводить до ушкодження епітелію труби й повній втраті складчастості слизової оболонки й ресничек . Прогноз при даному захворюванні і після сальпінгонеостомії несприятливий.

Операції при зовнішньому ендометриозі

У структурі безплідності частота ендометриозу становить близько 50% .

Найбільше часто ендометриодні вогнища розташовуються на широких крижово-маткових зв'язках, у позаматковому просторі й на яєчниках. Найбільше рідка локалізація - передматковий простір, труби й круглі зв'язування матки.

Порівняльне вивчення методів лікування безплідності при ендометриозі показувало, що застосування тільки ендоскопічної коагуляції вогнищ або видалення кіст яєчників призводить до настання вагітності в 30-35% випадків.

Трохи більше високі результати (35-40%) вдається одержати при використанні медикаментозної терапії.

Підвищити до 45-52% ефективність відновлення менструально-репродуктивної функції й запобігти рецидивам захворювання вдається при використанні двох етапів лікування - лапароскопічного і медикаментозного.

Гормональну корекцію ми робимо при розповсюджених формах ендометриозу або після нерадикального хірургічного втручання.

При радикально виконаних операціях із приводу ендометриозу ми рекомендуємо дозвіл вагітності без призначення гормонального лікування.

ЕНДОСКОПІЧНА ХІРУРГІЯ ПРИ ЕНДОКРИННИХ ФОРМАХ БЕЗПЛІДНОСТІ

Синдром полікістозних яєчників - одна з найбільш частих причин порушення репродуктивної функції у жінок. Це патологічний стан, який виникає в результаті порушення фізіологічного ритму синтезу гонадоліберину.

Збільшення частоти й амплітуди викидів люліберину приводить до посилення секреції лютропіну (ЛГ) і зниженню секреції ФСГ. Оскільки ЛГ й ФСГ регулюють стероїдогенез у яєчниках, зміна їхньої концентрації призводить до збільшення змісту андрогенів.

Частота цього захворювання серед гінекологічних хворих становить 17-50%. В 94% випадків дана патологія супроводжується безплідністю.

Показання до операції

1. Стіяка ановуляція.
2. Відсутність вагітності при овуляторних циклах (з метою виключення перитонеальних факторів безплідності).

Протипоказання не відрізняються від таких при виконанні інших лапароскопічних операцій. Доопераціоне обстеження включає всі етапи, обов'язкові в лікуванні марного шлюбу. Передопераційна підготовка типова для операцій на органах малого таза.

ЛАПАРОСКОПІЧНИЙ АДГЕЗИОЛІЗІС (РОЗСІЧЕННЯ ЗЛУК)

Варто розрізняти наявність злук як органічного субстрату й злукову хворобу. У першому випадку жінка здорова, порушення функції різних органів і систем немає. У другому випадку внутрішньочеревні злуки можуть викликати гостру кишкову непрохідність, біль в тазі й безплідність. Е. Каспи й соавт. повідомили про зворотний зв'язок між розповсюдженістю злукового процесу в тазі й імовірністю настання вагітності.

Після адгезіолізісу ймовірність вагітності залежить від ступеня травми придатков й у меншому ступені від виразності злукового процесу.

Головна перешкода у відновленні фертильності хірургічним методом - післяопераційний рецидив злукового процесу. Хірурги повинні розуміти механізм утворення злук, щоб використати оптимальні методи адгезіолізіса.

VII. Матеріали активізації студентів під час викладання лекції

Питання

1. Класифікація непліддя.
2. Класифікація ендокринного непліддя.
3. Гормональні методи діагностики ендокринного непліддя.
4. Ендоскопічні методи дослідження ендокринному неплідді.
5. Особливості УЗ-діагностики при ендокринному неплідді.
6. Гормональні методи лікування ендокринного непліддя.
7. Негормональні методи лікування ендокринного непліддя.

Завдання для самостійної роботи по темі лекції

1. Зібрати і оцінити анамнез жінки.
2. Оцінити результати лабораторних досліджень.
3. Оцінити результати УЗД.
4. Визначити метод лікування.

Тестові завдання

1. В жіночу консультацію звернулася хвора 27 років зі скаргами на безпліддя. Статевим життям живе в шлюбі 4 роки, вагітності не запобігає. Вагітностей не було. При обстеженні жінки встановлено: розвиток статевих органів без відхилень від норми. Маткові труби прохідні. Базальна(ректальна) температура протягом трьох менструальних циклів однофазна. Яка найбільш імовірна причина безпліддя?

- A. Ановуляторний менструальний цикл*
- B. Хронічний аднексит

- C. Генітальний ендометріоз
- D. Імунологічне безпліддя
- E. Аномалії розвитку статевих органів

2. Жінка 33-х років у минулому перенесла дві операції з приводу позаматкової вагітності, обидві маткові труби видалені. Звернулася з питанням про можливість мати дитину. Що слід рекомендувати для настання вагітності в цьому випадку?

- A. Екстракорпоральне запліднення*
- B. Сурогатне материнство
- C. Інсемінація спермою чоловіка
- D. Штучне запліднення спермою донора
- E. Індукція овуляції

3. Хвора скаржиться на неплідність. Менструації з 16 років. Встановилися одразу, повторювалися щомісяця, тривають 5-6 днів, до шлюбу - болісні. Статеве життя 4 роки. Лібідо понижене, оргазм частіше відсутній. Протизаплідними засобами не користувалась, не вагітніла. В дитинстві хворіла на кір, скарлатину. З приводу неплідності не лікувалась. Нормальний сомато-сексуальний розвиток, жіночий тип. Вагінально: матка в антефлексії, нормальної величини, рухома, невеличкі придатки не пропальповуються, параметрії вільні. В дзеркалах: шийка матки чиста, виділення із цервікального каналу прозорі. Додаткові методи дослідження: аналіз сперми-55 000 000 сперматозоїдів в 1 мл, із них 75% рухомих. Проба Шуварського позитивна, проба Гугнера, проведена на 8-й день циклу, від'ємна. Базальна температура протягом 2-х циклів монотонна. Гістологічне дослідження скрібку із порожнини матки, взятого за день до менструації, дає картину проліферації ендометрію. Діагноз?

- A. Неплідність I, ановуляторні цикли*
- B. Неплідність I, чоловічого генезу
- C. Неплідність I, трубно-перитонеального генезу
- D. Неплідність I, трубного генезу
- E. Неплідність I, аномалії розвитку статевих органів

4. Жінка 25 років звернулася до лікаря зі скаргами на неплідність протягом 5 років. В анамнезі: 1 вагітність, яка закінчилась самовільним викиднем 7 років тому. Протягом 8 років хвора страждає хронічним запальним процесом статевих шляхів, неодноразово отримувала стаціонарне та амбулаторне лікування з цього приводу. При вагінальному дослідженні: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, оволодіння за жіночим типом; Піхва не рожавшої жінки, шийка матки конічної форми, зовнішнє вічко точкове, зачинено. Тіло матки звичайних розмірів, дещо обмежене в рухомості, в retroflexio. Придатки- маткові труби з обох сторін тяжисті, безболісні при пальпації. Яєчники-2,5x3см, безболісні при пальпації. Склепіння вільні. Виділення рясні. Визначити необхідний обсяг лікувально-діагностичних заходів:

- A. Гістеросальпінгографія, обстеження на TORCH-інфекцію, бактеріологічний посів, визначення рівня пеп-тидних та стероїдних гормонів в сироватці крові*
- B. Протизапальне лікування
- C. Ультразвукове обстеження геніталій
- D. Гістероскопія
- E. Екстракорпоральне запліднення

Контрольні запитання :

1. Що розуміють під неплідним шлюбом?
2. Які існують види неплідних шлюбів?

3. Показники якiсні та кiлькiсні фертильної сперми.
4. Причини жiночої неплiдностi.
5. Методи дiагностики трубного неплiддя.
6. Методи дiагностики ендокринного неплiддя.
7. Алгоритм обстеження подружньої пари з iмунологiчним неплiддям.
8. Покази та протипокази до хiрургiчного лiкування трубного неплiддя.
9. Покази до екстракорпорального заплiднення.
10. Принципи терапiї ендокринного неплiддя.

VIII. Матерiали для самопiдготовки

A. По темi викладеної лекцiї «Неплiднiсть»

1. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. - М.: МИА, 2001. - 247 с.
2. Сметник В.П., Тумилович В.Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. - М.: МИА, 2003. - 592 с.
3. Татарчук Т.Ф., Задорожная Т.Д., Коренная Е.Е. Морфофункциональные особенности гиперпролиферативных процессов эндометрия на фоне хронического эндометрита // Здоровье женщины. - № 4. - 2004. - С. 59-62.
4. Татарчук Т.Ф., Бурлака Е.В. Современные принципы диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия // Здоровье женщины. - № 4 (16). - 2003. - С. 107-114.
5. Татарчук Т.Ф., Бурлака О.В., Коринна К.О. Медикаментозна терапiя гiперпролiферативних процесiв ендометрiю // Лiки та життя. - 2005. - 15-18 лютого. - С. 100-101.
6. Кулаков В.И., Леонидов Б.В., Кузьмичев Л.Н. Лечение женского и мужского бесплодия. Вспомогательные репродуктивные технологии: Руководство для врачей. - М.: МИА, 2005. - 592с.
7. Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и репродуктологии // Под. ред. Е.В. Коханевич. - М., 2006.
8. Наказ МОЗ України вiд 29.12.2003 № 620 «Про органiзацiю надання акушерсько-гiнекологiчної та неонатологiчної допомоги в Україні».
9. Лихачов В.К. Гормональная диагностика в практике акушера-гинеколога: Руководство для врачей. - Киев, 2012. - 154 с.
10. Наказ МОЗ України вiд 31.12.2004 №676 «Про затвердження клiнiчних протоколiв з акушерської та гiнекологiчної допомоги»(гiнекологiчна ендоскопiя).
11. Наказ МОЗ України вiд 15.12.2003 № 582 «Про затвердження клiнiчних протоколiв з акушерської та гiнекологiчної допомоги» (тактика ведення жiнок з безплiддям).

Методичну розробку практичного заняття підготував к.мед.н ас. кафедри акушерства і гінекології № 2 Макаров О.Г.

15.09.2016

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____ 201__ р.