

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

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № __ від «__» _____ 20__ року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
З ЛІКАРЯМИ-ІНТЕРНАМИ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ» ІІ
РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Матковий фактор неплідності (код курсу 19.3)
Курс	ІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 2 годин.

I. Мета заняття

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

Планування сім'ї — комплекс медико-соціальних заходів для забезпечення раціонального регулювання репродуктивної функції жінки. Знання основ цієї проблеми дає можливість лікарям загальної практики проводити ефективну просвітницьку діяльність з метою збереження здоров'я жінок і майбутнього потомства. Раціональна контрацепція є заставою зменшення кількості абортів.

II. Об'єм повторної інформації

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

III. Об'єм нової інформації

1. Оцінити тести функціональної діагностики.
2. Оцінити данні рентгенологічного обстеження.
3. Впровадити системний підхід до діагностики непліддя.
4. Оцінити данні спермограми.
5. Оцінити рівня гормонів у крові;
6. Оцінити біопсію ендометрія з метою визначення повноцінності фази секреції;
7. Інтерпретувати сонографічний контроль росту фолікулів та товщини ендометрія протягом менструального циклу;

IV. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната
2. Жіноча консультація.
3. Відділення гінекології.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.

V. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними

№	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння
---	--------------------------	-------------------

п/п				
		ознай	опан.	овол.
1.	Збір анамнестичних даних Оцінити тести функціональної діагностики		+	
2.	Оцінити данні рентгенологічного обстеження Впровадити системний ідхід до діагностики непліддя Провести рофілактику безплідності		+	

VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-інтерна.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Визначення оняття«неплідності у шлюбі».
2. Класифікацію непліддя.
3. Обстеження одружніх ар.
4. Методи обстеження жінок, визначення ендокринних, трубних, імунологічних і еритонеальний факторів непліддя

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Збір анамнестичних даних.
2. Оцінити тести функціональної діагностики.
3. Оцінити данні рентгенологічного обстеження.
4. Впровадити системний підхід до діагностики непліддя.
5. Оцінити данні спермограми.
6. Оцінити рівня гормонів у крові;
7. Оцінити біопсію ендометрія з метою визначення повноцінності фази секретії;
8. Інтерпретувати сонографічний контроль росту фолікулів та товщини ендометрія протягом менструального циклу;

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. Хронічний аднексит
 - B. Ановуляторний менструальний цикл*
 - C. енітальний 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. Сурогатне материнство
 - B. Екстракорпоральне запліднення*
 - C. Інсемінація спермою чоловіка

- D. Штучне запліднення спермою донора
- E. Індукція овуляції

3. Хвора 29 років скаржиться на безпліддя. Статевим життям живе в шлюбі 4 роки, вагітності не запобігає. Вагітностей не було. Об'єктивно: розвиток статевих органів без відхилень від норми. Маткові труби прохідні. Базальна (ректальна) температура протягом трьох менструальних циклів однофазна. Яка найбільш імовірна причина безпліддя?

- A. Генітальний ендометріоз
- B. Імунологічне безпліддя
- C. Хронічний аднексит
- D. Ановуляторний менструальний цикл*
- E. Аномалії розвитку статевих органів

4. Хвора скаржиться на безплідність. Менструації з 18 років, регулярні, по 5-6 днів. Статеве життя 3 роки. Протизаплідними засобами не користувалась, не вагітніла, не лікувалась. В дитинстві хворіла на кір, скарлатину. Нормальний сомато-сексуальний розвиток, жіночий тип. Вагінально: матка та придатки без патологічних змін. Базальна температура протягом 3-х циклів монотонна. Істологічне дослідження зішкрібку із порожнини матки, взятого за день до менструації – проліферація ендометрію. Сперма чоловіка: без патології. Механізм безпліддя?

- A. Ановуляторні цикли*
- B. Трубна безплідність
- C. Чоловіча безплідність
- D. Трубно-перитонеальна безплідність
- E. Аномалії розвитку статевих органів.

5. Пацієнтка 34 років звернулась до лікаря для вибору метода контрацепції. Страждає на цукровий діабет тип II, анемія I ступеня, менструальний цикл нерегулярний. В анамнезі – позаматкова вагітність 2 роки тому.

• Який з перелічених станів є протипоказанням для використання КОК?

- A. Анемія I ступеня
- B. Цукровий діабет тип II*
- C. Нерегулярний менструальний цикл
- D. Ектопічна вагітність в анамнезі

6. 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 протипоказані у жінок, що годують груддю?

- A. Прогестеронові ін'єкційні контрацептиви
- B. Внутрішньо маткові контрацептиви
- C. Бар'єрні методи
- D. Комбіновані оральні контрацептиви*

Ситуаційні задачі :

1. Жінка 30 років звернулася у жіночу консультацію із скаргами на непліддя. Гінекологічний статус: зовнішні статеві органи без патологічних змін. Слизова оболонка піхви не змінена. Шийка матки циліндрична, гіпертрофована, з боковими надривами. На передній губі – ерозія до 2 см в діаметрі. Матка в anteflexio, звичайних розмірів. Склепіння вільні. Придатки не визначаються.

Які дослідження необхідно застосувати для уточнення діагнозу?

Кольпоскопію, УЗД органів малого тазу, мазок на флору.

2. Жінка 26 років звернулася в кабінет по плануванню сім'ї і шлюбу з метою обстеження з приводу вторинного непліддя. Пологів - 0, абортів - 4. Соматично здорова.

При огляді: на шийка матки - незмінена. При бімануальному дослідженні: патології

не виявлено.

Які обстеження можна запропонувати жінці?

3. Хвора 34 роки, звернулася до лікаря зі скаргами на непліддя на протязі 5-и років замужнього життя. В анамнезі—порушення менструального цикла з 25 років, після перенесеного запального процесу. Статеве життя з 24 років. В дзеркалах: шийки матки—чиста. Бімануально: матка гіпопластична, в anteflexio versio. Додатки матки дещо збільшені, обмежено рухомі, тяжисті, болючі.

Визначіть тактику ведення пацієнтки.

Загострення хронічного двобічного сальпінгоофориту. Лікування запального процесу

VII. Методичні матеріали до практичного заняття

Визначення непліддя: з сучасної точки зору непліддя в сім'ї— це мимовільне або патологічне непліддя. Таким чином, розглядається неплідний шлюб, а не жіноче непліддя, як було в минулому. За визначенням ВООЗ, непліддя— це непередбачене непліддя в сім'ї. Частота непліддя становить 50% жіночого та 50% чоловічого непліддя. За даними ВООЗ (1999 — 2000 р.), 20% сімей в Європі відчують затримку в настанні I 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.

Якщо це хвороба, то такі хворі мають право на лікування, як це надається хворим з вродженими вадами чи стійкими функціональними порушеннями, такі пари мають право одержати всі види медичної допомоги, якими володіє сучасна репродуктивна медицина.

Переважає більшість клініцистів вважає, що шлюб слід оцінювати неплідним, якщо вагітність не настала протягом 2—3 років статевого життя без застосування будь-яких протизаплідних засобів.

При цьому ВООЗ вважає основною перемінною в цьому визначенні вік жінки. Фертильним за оцінкою ВООЗ є вік від 18 до 49 років.

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.

Непліддя абсолютне (коли немає гонад, матки) і відносне (запальні процеси та інше).

Непліддя може бути вроджене, набуте, тимчасове і постійне.

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.

Наступна група причин— запальні захворювання статевих органів. Запальні процеси статевих органів різної локалізації по-різному впливають на виникнення непліддя.

Найбільше значення має запалення матки, маткових труб, очередини в гострому періоді.

Певну роль відіграють хронічні інфекції: тbc, хламідіоз.

Значну роль в виникненні неплідного шлюбу відіграє імунологічне непліддя.

Запліднення та імплантація, як вважають, є двома специфічними процесами, характерними тільки для статевого розмноження.

Взаємодію яйцеклітини та сперматозоїдів порівнюють з реакцією «антиген—антитіло». На поверхні яйцеклітини присутнім є фертилізин, а на поверхні сперматозоїда— антифертилізин. Ці детермінанти і допомагають зустрічі гамет. В сім'яній плазмі та сперматозоомах людини виявлено до 30 повних антигенів, що сенсифікують організм жінки і можуть призводити до створення антиспермальних антитіл. Це явище є позитивним, через те що антитіла елімінують дегенеративно ослаблені сперматозоїди, не дають їм брати участь в заплідненні. Але в 10 % це явище має патологічний характер, спричиняє непліддя. Антиспермальні антитіла в організмі жінки можуть бути в крові та в секретах статевих органів (зокрема, в слизі шийки матки), що і може обумовлювати неплідність. В жіночих гаметах також існують спектранти генів, цим особливо відзначається *Zona pellucida*. Ці обставини диктують необхідність обстеження слизу цервікального каналу при неплідному шлюбі.

Причиною неплідності може бути ендометріоз статевих органів будь-якої локалізації. Хронічні інтоксикації (ртуть, свинець, алкоголь, тютюн) та професійні шкідливості (рентген-опромінення, робота з радіоізотопами), вібрації. Емоційні хронічні стреси та фізична перевтома (майстри великого спорту, наприклад). Ряд захворювань обміну речовин— ожиріння, гіпо— та гіперфункція щитоподібної залози, цукровий діабет— також є причиною непліддя. Вроджені вади розвитку статевих органів та неправильні положення статевих органів зустрічаються рідко, але можуть спричиняти непліддя.

До непліддя можуть призводити хірургічні втручання в черевній порожнині, навіть якщо не оперували на статевих органах, а також генні та хромосомні аберації.

Досить значну групу складає непліддя невиясненого генезу, коли при всебічному обстеженні не виявлено будь-яких відхилень у здоров'ї партнерів, але вагітність відсутня протягом значного часу.

Ідеальним вважається можливість одномоментного обстеження партнерів неплідного шлюбу гінекологом, андрологом, а за необхідності— і сексопатологом.

При обстеженні жінки також слід перш за все детально зібрати загальний та спеціальний анамнез (вік, професія, становлення менструальної функції, давність статевого життя без запобігання вагітності, перебіг статевих зносин, *libido* та наявність оргазму, частота зносин, перенесені захворювання, оперативні втручання будь-якої локалізації).

Об'єктивний огляд включає: зріст, масу тіла, конституцію, будову скелета, вторинні статеві ознаки. Слід звертати увагу на ступінь оволошіння— гірсутне число Феррімана— оллвея, розвиток молочних залоз— V ступенів по Таннеру. Огляд щитоподібної залози.

Далі проводиться обов'язкове гінекологічне обстеження: огляд зовнішніх статевих органів (збільшення клітора, аномалії розвитку, пухлини тощо), огляд вагіни та вагінальної частини шийки матки в вагінальних дзеркалах. Дворучне обстеження матки, придатків, параметріїв, за необхідності— ректальне дослідження, кольпоскопія та цитологія.

З допоміжних методів обстеження жінок з неплідного шлюбу рекомендовано проводити наступні: кольпоскопія та кольпоцитологія.

Безплідність, викликана матковими та цервікальними факторами

Безплідність може бути зумовлена станом слизової оболонки матки, коли внаслідок перенесених запальних процесів, повторних вишкрібав стінок порожнини матки, дії припікаючих хімічних речовин ендометрій зазнає дистрофічних змін, що перешкоджають процесу імплантації і призводять до маткової форми аменореї.

Діагностику проводять у такій послідовності:

- слід з'ясувати наявність збереження функції яєчників при відсутності менструацій шляхом тестів функціональної діагностики;
- провести гормональні проби з прогестероном, комбінованими гестаген-естрогенними препаратами. При матковій аменореї вони негативні;
- провести гістерографію, гістероскопію для виявлення синехій у порожнині матки;

- протягом менструального циклу кілька разів провести УЗД-контроль товщини ендометрія;
- провести біопсію ендометрія;
- тест контакту сперми з цервікальним слизом.

Безплідність може виникати як результат запалення шийки матки — ендоцервіциту. Це наслідок змін структури епітелію шийкового каналу, в'язкості та кислотності шийкового слизу, що призводить до порушення процесів капацитації, перешкоджає просуванню сперматозоїдів у порожнину матки. Щоб виключити вплив виділень вагіни та шийки матки на сперму, проводять, зокрема, пробу Шуварського-Хунера. Цю пробу беруть у день очікуваної овуляції. Перед пробою слід утриматись від статевих зносин 3-4 дні. У день обстеження після статевого акту беруть вміст заднього склепіння на предметне скельце і розглядають його під мікроскопом, визначаючи кількість рухомих сперматозоїдів у полі зору. Проба вважається позитивною за наявності 5 активних сперматозоїдів у полі зору.

Лікування безплідності

Вибір методу лікування залежить від причини безплідності. За наявності запального процесу проводять його лікування, широко використовуючи фізіотерапевтичні методи (діатермію, грязелікування, магнітотерапію, лазеротерапію), біостимулятори, протизапальні препарати.

У разі непрохідності маткових труб проводиться лікування методом гідротубації із введенням у матку та труби лікувальних сумішей, до складу яких входять антибіотики, ферменти, кортикостероїди.

У лікуванні трубної безплідності за відсутності ефекту від консервативної терапії використовують лапароскопію.

За наявності в матці синехій проводять їх руйнування під контролем гістероскопи з наступним призначенням протизапальної розсмоктуючої терапії, а також гормональних препаратів, упродовж 2-3 менструальних циклів для відновлення менструальної функції.

У випадку, коли безплідність пов'язана із недорозвитком статевих органів, призначають загальнозміцнювальну терапію, фізіотерапевтичні процедури (переважно теплові— озокерит, грязі), гінекологічний масаж у поєднанні з гормонотерапією. Гормонотерапія обов'язково повинна проводитись відповідно до фази менструального циклу. Використовують естро-ген-гестагенні препарати, стимулятори овуляції— кломіфену цитрат, пурегон, прегніл.

Профілактика безплідності полягає в запобіганні захворюванням, що до неї призводять: інфекційним захворюванням у дитинстві, у період статевого дозрівання, запальним процесам у дорослих жінок.

Важлива роль у профілактиці безплідності належить лікарям жіночих консультацій, які повинні пропагувати сучасні методи контрацепції, що дасть можливість запобігти абортам. Проводячи санітарно-просвітницьку роботу, особливу увагу слід звертати на питання гігієни статевого життя, шкідливості абортів, надто при першій вагітності.

VIII. Основна література для опрацювання

1. *Лихачев В.К.* Практическая гинекология: Руководство для врачей. – М.: МИА, 2007. – 664 с.
2. *Лоскутов В.Н., Геродес А.Г.* Результаты лечения центральной формы СПКЯ с применением лапароскопии и суспензии церебральной нейроткани плода женского пола // Медицина сегодня и завтра.– Харьков, 2003.–№ 2.–С. 105–109.
3. Наказ МОЗ України «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» № 676.– К., 2004.– 186 с.

4. Наказ МОЗ України «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» № 782. – К., 2005. – 44с.

Методичну розробку практичного заняття підготувала доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Т.Ю. Ляховська.

27.01.2015

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 9 від 03.03. 2015 року

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____ 201__р.