

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 ЛЕКЦІЇ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»
II РОКУ НАВЧАННЯ

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Ендокринна неплідність (код курсу 19.1)
Курс	II
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

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 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.

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	

У. 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 перитонеальних факторів непліддя. 	Тематична клінічна лекція з елементами проблемності. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1. 2. 3.	<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

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 відчувають затримку в настанні I вагітності, а з — 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, цебто 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.

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.

Згідно з класифікацією ВООЗ, виділяють 7 груп:

Ендокринні непліддя

1. група — гіпоталамо-гіпофізарна недостатність;
2. група — гіпоталамо-гіпофізарна дисфункція(у більшості хворих цієї групи наявні ознаки полікістозу яєчників);
3. група. — первинна недостатність яєчників;
4. група. — порушення функцій геніталій(сексуальні порушення, порушення еякуляції);
5. група — гіперпролактинемія за наявності пухлини гіпофіза;
6. група. — гіперпролактинемія за відсутності пухлини гіпофіза, яку не можна виявити сучасними засобами;
7. група — гіпоталамо-гіпофізарна недостатність за наявності пухлини гіпофіза.

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, очеревини 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 сперматозоонах людини виявлено до 30 повних антигенів, що сенсibiliзують 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 спричинити 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—Голлвея, 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.

Ендокринна безплідність

Ендокринне безпліддя - об'єднує всі стани, пов'язані з порушенням процесу овуляції, що може виражатися синдромом **хронічної** ановуляції, недостатністю лютеїнової фази і синдромом лютеїнізації неовулюючого фолікула.

Фактори ризику розвитку ендокринного безпліддя:

1. Медико-біологічні:

- раннє і пізнє менархе, порушення менструального циклу;

- вік понад 25 років;
 - кісти яєчників, пухлини матки;
 - переривання 1-ї вагітності **за допомогою** медичного аборту;
 - спадковий фактор;
 - супутня ендокринна патологія (хвороби щитовидної залози, надниркових залоз, цукровий діабет, ожиріння);
 - перенесені урогенітальні захворювання;
 - нераціональний прийом КОК.
2. Соціально-гігієнічні:
- алкоголізм та куріння;
 - поєднання навчання і роботи;
 - професійні шкідливості;
 - проживання поблизу **промислових** підприємств.

Етіологія ендокринного безпліддя:

- **ановуляція**;
- недостатність лютеїнової фази МЦ; дисфункція гіпоталамо-гіпофізарної системи; гіперандрогенія; гіперпролактинемія; хронічні запальні процеси придатків матки; гіпо - або гіпертиреоз;
- синдром лютеїнізації неовулюючого фолікула

Форми ендокринного безпліддя

Синдром хронічної ановуляції - гетерогенна група патологічних станів, які характеризуються порушенням процесів в гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничовій системі.

Етіологічні фактори:

- гіпоталамо-гіпофізарна дисфункція;
- синдром полікістозних яєчників;
- синдром виснаження яєчників;
- синдром резистентних яєчників;
- гіперпролактинемія пухлинного та непухлинного генезу;
- надниркова гіперандрогенія.

Хронічна ановуляція супроводжується дисфункціональними матковими кровотечами, олігоменореєю, аменореєю (крім маткової форми).

7-й день наступного циклу). Органічна гіперпролактинемія (мікро - і макропролактиноми гіпофіза) проявляється аменореєю, галактореєю, хронічною ановуляцією на фоні гіпоестрогенії. Хворі зазвичай мають регулярний менструальний цикл або олігоменорею. Гіперпролактинемія становить 40% в структурі ендокринного безпліддя. Її діагноз підтверджується підвищенням концентрації пролактину більше 500 нг/л у двох послідовних аналізах (при аменореї - через 2 тижні, при нормальному МЦ – 5-7 день наступного циклу)

Недостатність лютеїнової фази (НЛФ) циклу

Безпліддя при цьому розвивається у зв'язку з неповноцінною секреторною трансформацією ендометрію, зниженням перистальтичної активності маткових труб внаслідок дефіциту прогестерону.

Етіологічні фактори:

- дисфункція гіпоталамо-гіпофізарної системи, яка виникла після фізичного або психічного стресу, травми, нейроінфекції;
- гіперандрогенія яєчничового, надниркового або змішаного генезу;
- функціональна гіперпролактинемія;
- запалення придатків матки;
- гіпо - або гіпертиреоз.

Клінічно гіпоталамо-гіпофізарна недостатність проявляється зниженням базального рівня секреції ЛГ і ФСГ, естрадіолу, на тлі чого виникає гіпогонадотропная аменорея, частіше

первинна. Виявляється гіпоплазія молочних залоз, зовнішніх і внутрішніх статевих органів, мале турецьке сіdle. –гіпофізарна дисфункція проявляється порушенням МЦ за типом олігоменореї або вторинної аменореї. НЛФ виникає після пологів, викиднів, абортів, перенесених інфекцій, інтоксикацій, травм

Синдром лютеїнізації неовулюючого фолікула - передчасна лютеїнізація фолікула без овуляції, що характеризується циклічними змінами секреції прогестерону і запізнилою секреторною трансформацією ендометрію.

Етіологія: стрес, гіперандрогенія, гіперпролактинемія, запальні процеси в яєчниках.

Діагностика

Оцінка гормональної функції яєчників і наявності овуляції з допомогою тестів функціональної діагностики:

1. Вимірювання базальної температури. Недостатність лютеїнової фази циклу характеризується укороченням 2-ї фази циклу і різниця температури в обидві фази циклу складає менше 0,4–0,6°C.
2. Гормональна кольпоцитологія.
3. Оцінка рівня прогестерону в крові, визначення екскреції прегнандіолу з сечею. Починають дослідження не раніше 4–5 дні після підйому ректальної температури, т. к. пік прогестерону припадає на 7–8 день після овуляції. При НЛФ рівень прогестерону знижений. У нормі рівень прогестерону в плазмі крові 9–80 нмоль/л і прегнандіолу в сечі більше 3 мг/добу
4. При біопсії ендометрію, що проводиться за 2–3 дні до початку менструації, виявляється недостатність секреторної трансформації ендометрія.
5. Підрахунок цервікального числа - кількість слизу, її в'язкість, кристалізація.
6. УЗД зростання фолікулів і товщини ендометрію в динаміці МЦ.

Гормональний скринінг:

Взяття крові для дослідження необхідно проводити вранці з 9 до 11 годин, після легкого сніданку. При регулярному ритмі менструацій визначають наступні гормони: ФСГ, ЛГ, естрадіол, тестостерон, кортизол, дегідроепіандростерона сульфату на 5–7 день циклу, пролактин і прогестерон у фазу розквіту жовтого тіла (на 6–8 день після підйому базальної температури); рівень 17-КС у добовій сечі визначають двічі: на 5–7 день і 21–22 дні циклу. При олігоменореї і аменореї досліджують в крові концентрацію пролактину, ЛГ, ФСГ, ТТГ, естрадіолу, тестостерону, дегідроепіандростерону сульфату, кортизолу, Т3 і Т4; вміст 17-КС у добовій сечі. Визначення концентрації прогестерону проводять при наявності двофазної кривої базальної температури.

При виявленні підвищеного рівня пролактину в плазмі крові дослідження повторюють через тиждень при аменореї, і на 5–7 день МЦ при регулярному ритмі менструацій і олігоменореї.

Синдром лютеїнізації неовулюючого фолікула (ЛНФ) діагностується за допомогою УЗД та лапароскопії в 2-у фазу МЦ. Перші УЗ-ознаки зростаючого фолікула виявляються на 9-9-11 день МЦ. Перед овуляцією розміри фолікула 20 мм в діаметрі, а в стимульованому циклі - до 30 мм. Приріст діаметра фолікула становить 2-3 мм в день. Ехографічний ознака овуляції - відсутність зображення фолікула в середині циклу (якщо в I фазі циклу візуалізувався зростаючий фолікул); при ЛНФ відзначається повільне поступове зморщування фолікула. Лапароскопічна картина ЛНФ характеризується наявністю геморагічного тіла без овуляційної стигми.

Лікування

А. На тлі нормального рівня ФСГ, ЛГ, пролактину, андрогенів і виключення ендометріозу

1. Формування двофазного менструального циклу: фемостон 2/10 (містить в перших 14 таблетках по 2 мг 17-β естрадіолу; у наступних 14 таблетках - по 1 мг 17-β естрадіолу + 10 мг дидрогестерона) з першого дня МЦ у безперервному режимі 3-6 місяців (при цьому зберігається менструальноподібна реакція). Одночасно з фемостоном для регуляції

взаємовідносин гіпоталамус-гіпофіз доцільно приймати мастодинон по 30 кап. або 1 табл. 2 р/день в безперервному режимі довгостроково (3-6 місяців).

2. Стимуляція дозрівання фолікулів і овуляції кломифеном, хоріонічним гонадотропіном, з підтримкою лютеїнової фази гестагенами. З 5-го дня циклу призначають кломіфен по 50 мг (1 табл. на ніч) протягом 5 днів. В середині циклу - хоріонічний гонадотропін: по 5000-10000 МО профази або хорагону або прегнила. При відсутності ефекту дозу кломіфену можна збільшити в 2 рази (у II циклі); і в 3 рази (III циклі) під контролем розмірів яєчників.

При настанні овуляції застосовують гестагени з 16 по 25 день циклу протягом 10 днів:

- прогестерон - 1 мл 2,5% р-ра в/м через день, 5 разів;
- 17-ОПК - 1 мл 12,5% р-ра в/м одноразово;
- дуфастон - по 10-20 мг (1-2 табл) на добу;
- утрожестан - по 200-400 мг на добу в 2 прийоми (2 капсули вранці і 1-2 капсули ввечері) вагінально або per os;
- лютеїну (мікронізований прогестерон) - по 2-3 піхвових табл. (150 мг) 2 р/день;
- лютеніл - по 5 мг 1 р/добу.

Курс лікування - 6 місяців. Контроль гіперстимуляції яєчників!

Б. На тлі зниженого рівня ФСГ, ЛГ, нормального рівня пролактину, андрогенів і виключення ендометріозу

1. Формування двофазного менструального циклу: фемостон 2/10 (містить в перших 14 таблетках по 2 мг 17-β естрадіолу; у наступних 14 таблетках - по 1 мг 17-β естрадіолу + 10 мг дидрогестерона) з першого дня МЦ у безперервному режимі 3-6 місяців (при цьому зберігається менструальноподібна реакція). Одночасно з фемостоном для регулювання взаємовідносин гіпоталамус-гіпофіз доцільно приймати мастодинон по 30 кап. або 1 табл. 2 р/день в безперервному режимі довгостроково (3-6 місяців).

2. Стимуляція дозрівання фолікула і овуляції за допомогою ФСГ (гонал-Ф-α-фоллитропін - 75 МО, 150 МО; пурегон - β-фоллитропін - 50, 100, 150 МО) і хоріонічного гонадотропіну (хорагон, профази, прегніл).

В перші 7 днів від початку менструальноподібна реакції призначають по 75-100 МО ФСГ (гонал-Ф, пурегон) протягом 7-12 днів до дозрівання фолікула під контролем УЗД. При відсутності реакції дозу можна збільшити до 150-225 МО (небезпека гіперстимуляції яєчників!). При дозріванні фолікулів стимулюють овуляцію і утворення жовтого тіла хоріонічним гонадотропіном: 5000 - 10000 МО профази або хорагону, або прегнила. У II фазі менструального циклу - гестагени протягом 10 днів.

3. Стимуляція дозрівання фолікула і овуляції препаратами ФСГ і ЛГ:

- пергонал (по 75 МО ФСГ і ЛГ) - з 1-го дня менструації, 14 днів;
- меногон (по 75 МО ФСГ і ЛГ) - з 1-го дня менструації, 14 днів;
- менопур (по 75 МО ФСГ і ЛГ) - так само, як пергонал.

У II фазі менструального циклу - профілактика недостатності лютеїнової фази препаратами прогестерону.

VII. Матеріали активізації студентів під час викладання лекції

Питання

1. Визначити психологічні аспекти безплідності ;
2. Ендокринне безпліддя, етіологія, патогенез, діагностика, лікування ;
3. Гігієна дорослої жінки під час менструації та статевого життя.

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. Хронічний аднексит
- * B. Ановуляторний менструальний цикл
- 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. Сурогатне материнство
- * B. Екстракорпоральне запліднення
- 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, неболюча 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, трубного генезу
- B. Неплідність I, чоловічого генезу
- C. Неплідність I, трубно-перитонеального генезу
- * D. Неплідність I, ановуляторні цикли
- 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 рожевої 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:

- А. Гістероскопія
- В. Протизапальне лікування
- С. Ультразвукове обстеження геніталій

* Д. Гістеросальпінгографія, обстеження на TORCH-інфекцію, бактеріологічний посів, визначення рівня пеп-тидних та стероїдних гормонів в сироватці крові

- Е. Екстракорпоральне запліднення

Контрольні запитання :

1. Опишіть, що таке «непліддя» та його групи.
2. Ендокринне непліддя та його фактори ризику.
3. Описати форми ендокринного непліддя та привести клінічний приклад.
4. Описати схеми лікування ендокринного непліддя.

VIII. Матеріали для самопідготовки

А. По темі викладеної лекції «Ендокринна неплідність»

1. Абрамченко В.В.: Руководство для врачей. – Спб.:ЭЛБИ – Спб., 2006.
2. Практическое акушерство с неотложными состояниями для врачей/В.К.Лихачев/- Медицинское информационное агентство Москва,2010.- 720 с.
3. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та Наказ неонатологічної допомоги в Україні».
4. МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
5. Акушерство / Учебный курс для врачей, разработанный группой международных экспертов под эгидой USAID /А. Vacci, N. Berdzuli, G. Gori et al. – Киев,2006. – 197с.
6. Акушерство і гінекологія / Громова А.М., Ліхачов В.К. Добровольська Л.М. та ін. – Полтава: Дивосвіт, 2000. – 608 с.
7. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»

Методичну розробку лекції підготував зав. кафедри акушерства і гінекології № 2 доцент Т. Ю. Ляховська

10.02.2015

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; доповнення та зміни внесені „ 03 ” 03 _____ 2015 ___р.