

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 ПРАКТИЧНОГО
ЗАНЯТТЯ**
З ЛІКАРЯМИ - КУРСАНТАМИ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО
УДОСКОНАЛЕННЯ «ВЕДЕННЯ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ.
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ В ПРАКТИЦІ
СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Добровільна хірургічна контрацепція. Лапароскопічна хірургічна стерилізація (код курсу 17.2.8)
Курс	ТУ «Ведення фізіологічної вагітності. Актуальні питання акушерства і гінекології в практиці сімейної медицини»
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин 4 години.

I. Науково - методичне обґрунтування теми

Методи добровільної хірургічної стерилізації потрібно засвоїти сімейному лікарю з метою попередження непланованої вагітності та наслідків її переривання у жінок, які годують дітей грудьми або вимушені були перервати вагітність за власним бажанням.

II. Об'єм повторної інформації

1. Регуляція функцій репродуктивної системи.
2. Запліднення.
3. Анатомія і фізіологія жіночих статевих органів.
4. Класифікація методів контрацепції.

III. Об'єм нової інформації

1. Сучасні методи добровільної хірургічної стерилізації..
2. Механізм дії методів добровільної хірургічної стерилізації..
3. Фактори ризику щодо виникнення ускладнень при використанні добровільної хірургічної стерилізації..
4. По показання та протипоказання для використання добровільної хірургічної стерилізації.

IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	10
2.	Усне опитування згідно теми по учбовим питанням.	40
3.	Опанування практичних навичок.	80
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	20
5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	20
6.	Підсумок заняття.	10

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Жіноча консультація.

Методичні і ілюстративні матеріали

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

VI. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Оцінити результати лабораторних досліджень, анамнезу пацієнтів, які потребують контрацепції.		+	
2.	Оцінити результати УЗД при патології репродуктивної системи жінки, яка потребує призначення контрацепції.		+	
3.	Провести оцінку функціонального стану репродуктивної системи жінки.		+	
4.	Показання та протипоказання для використання методів планування сім'ї.		+	
5.	Оцінювати фактори ризику ускладнень при використанні різних методів планування сім'ї.		+	

VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).
Самоконтроль лікаря-інтерна.
Вирішення ситуаційних задач.
Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Сучасні методи добровільної хірургічної стерилізації..
2. Механізм дії методів добровільної хірургічної стерилізації..
3. Фактори ризику щодо виникнення ускладнень при використанні добровільної хірургічної стерилізації..
4. По показання та протипоказання для використання добровільної хірургічної стерилізації.
5. Що являє собою програма по плануванню сім'ї, її завдання?
6. Наведіть класифікацію контрацептивних речовин.
7. Опишіть методи ДХС, їх недоліки, переваги.
8. Опишіть методи лапароскопічної ДХС, їх недоліки, переваги.
9. На чому заснований механізм дії жіночої ДХС?
10. На чому заснований механізм дії чоловічої ДХС?

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Оцінювати фактори ризику при використанні добровільної хірургічної стерилізації.
2. Визначити показання та протипоказання для використання добровільної хірургічної стерилізації.

VIII. Методичні матеріали до практичного заняття ДОБРОВІЛЬНА ХІРУРГІЧНА СТЕРИЛІЗАЦІЯ ЖІНОК

Процедуру стерилізації повинен проводити досвідчений хірург і медичний персонал; для проведення процедури необхідне відповідне обладнання та медичне забезпечення.

Спеціаліст повинен пояснити детально всі етапи операції хірургічної стерилізації та її можливі побічні явища й ускладнення.

Пацієнт повинен добровільно письмово погодитися на проведення ДХС.

Шість основних елементів інформованої згоди, про які повинні бути попереджені пацієнти, які вибрали метод добровільної хірургічної стерилізації

1. Жінка та її партнер можуть використовувати тимчасові (зворотні) методи контрацепції. Пацієнт/пацієнтка має право на вибір.
2. Перев'язка труб і вазектомія є хірургічною операцією.
3. Найвищий ризик, пов'язаний з оперативним втручанням.
4. Пацієнт/пацієнтка більше не зможе мати дітей.
5. Передбачається, що ефект від цієї процедури буде постійним (незворотним).
6. Пацієнт/пацієнтка має право відмовитися від цієї процедури, що ніяк не вплине на його право одержувати інші послуги. Пацієнт/пацієнтка може змінити своє рішення у будь-який момент до операції.

ТРУБНА ОКЛЮЗІЯ

Трубна оклюзія – це хірургічне блокування прохідності маткових труб з метою перешкоджання злиття сперматозоїда та яйцеклітини, тобто заплідненню.

МЕТОДИ

- міні-лапаротомія;
- лапароскопія.

МЕХАНІЗМ ДІЇ

Блокування фаллопієвих труб, (їх перев'язування, перерізування чи використання скобок, кілець або електрокоагуляції) внаслідок чого запліднення яйцеклітини стає неможливим.

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

Пацієнтку не можна спонукати до згоди на проведення добровільної стерилізації.

Пацієнтка має право змінити своє рішення у будь-який момент до процедури.

Пацієнтка повинна написати заяву або підписати стандартну форму добровільної згоди на процедуру до початку операції.

Згода чоловіка не є обов'язковою умовою.

Трубна оклюзія ефективна з моменту завершення операції.

ПЕРЕВАГИ	НЕДОЛКИ
<ul style="list-style-type: none">• висока та негайна ефективність;• постійний метод;• не впливає на грудне вигодовування;• не пов'язаний зі статевим актом;• підходить пацієнткам, для здоров'я яких вагітність є серйозною небезпекою;• це хірургічне втручання, яке зазвичай виконується під місцевою анестезією;• відсутність довготривалих побічних ефектів;• не змінює статевої функції (не впливає на продукцію гормонів яєчниками).	<ul style="list-style-type: none">• метод незворотний;• пацієнтка згодом може шкодувати про своє рішення;• невисокий ризик ускладнень (ризик зростає у разі використання загальної анестезії);• короточасний дискомфорт/біль після операції;• необхідна участь кваліфікованого лікаря, який володіє методикою;• необхідність спеціального обладнання;• не захищає від ІПСШ, ВІЛ.

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ СТЕРИЛІЗАЦІЮ

- жінки репродуктивного віку;
- жінки з будь-якою кількістю пологів в анамнезі;
- жінки, які впевнені, що вони досягли бажаної кількості дітей;
- жінки, які хочуть використовувати високоефективний постійний метод запобігання вагітності;
- жінки, для здоров'я яких вагітність є серйозною загрозою;
- жінки після пологів;
- жінки після абортів;
- жінки, які добровільно і свідомо дають згоду на процедуру;
- ВІЛ-інфіковані і хворі на СНІД жінки репродуктивного віку, які виконали репродуктивні плани та жінки, стан здоров'я яких не дозволяє народжувати.

ЖІНКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ

СТЕРИЛІЗАЦІЮ

- вагітні жінки (встановлена чи підозрювана вагітність);
- жінки з нез'ясованими вагінальними кровотечами (до встановлення їхньої причини);
- жінки з гострою тазовою або системною інфекцією (до того, як інфекція буде вилікувана);
- жінки, яким протипоказане хірургічне втручання;
- жінки, які не впевнені у своїх намірах щодо фертильності у майбутньому;
- жінки, які не дають добровільної свідомої згоди на процедуру.

ПРОВЕДЕННЯ ДХС

У будь-який день *протягом 7 днів після початку менструального циклу*. При цьому немає необхідності у застосуванні додаткового методу контрацепції.

Якщо після початку менструального циклу пройшло

більше 7 днів, то операція може бути проведена у будь-який день менструального циклу, якщо є цілковита впевненість, що пацієнтка не вагітна.

Якщо жінка приймає гормональні оральні контрацептиви, то необхідно завершити прийом таблеток із поточної упаковки, щоб уникнути збою менструального циклу.

МІНІ-ЛАПАРАТОМІЯ

ВИДИ

- післяпологова;
- інтервальна.

Післяпологова міні-лапаротомія повинна стати невід'ємною частиною медичних послуг пологових стаціонарів. Операцію можна провести одразу або у будь-який з 7 днів після пологів.

Міні-лапаротомія після пологів виконується через невеличкий поперечний розріз (1,5-3 см) нижче пупка, тому що у післяпологовий період матка і фаллопієві труби розташовані високо у черевній порожнині. Операція може виконуватися під місцевим знеболюванням з використанням седативних препаратів або анальгетиків.

Для проведення стерилізації під час міні-лапаротомії використовують метод Помероя або Притчарда, а також можуть використовуватись фаллопієві кільця, затискачі Фільші або пружинні затискачі.

Метод Помероя полягає у перев'язці кетгуттом фаллопієвої труби в її середній частині у вигляді петлі, а потім відсіканні петлі, що є достатньо ефективним для проведення ДХС у післяпологовому періоді.

Метод Притчарда дає можливість зберегти більшу частину маткових труб, та запобігає їх реканалізації. Операція полягає у тому, що брижа кожної маткової труби відсікається у безсудинній ділянці, труба лігується в двох місцях хромованим кетгуттом, а відрізок труби між ними відтинається.

Метод Ірвінга зазвичай не використовують при міні-лапаротомії через неможливість підходу до маткових труб. Метод полягає у вшиванні проксимального кінця маткової труби у стінку матки і є одним з найбільш ефективних методів стерилізації у післяпологовому періоді. При використанні цього методу, ймовірність розвитку позаматкової вагітності значно знижується.

Після пологів можна використати затискачі (**кліпси**) **Фільші**, які накладають на маткові труби на відстані близько 1-2 см від матки.

Використання кілець та пружинних затискачів, а також електрокоагуляції під час післяпологової стерилізації не рекомендується.

Післяпологову стерилізацію також можливо провести під час оперативного розродження шляхом кесаревого розтину.

Лапароскопічна стерилізація не рекомендується у післяпологовому періоді.

Абсолютними протипоказаннями для проведення післяпологової стерилізації є: тривалість безводного проміжку 24 години і більше; гостра інфекція під час пологів та після них.

Відносними протипоказаннями для проведення післяпологової стерилізації є:

- артеріальна гіпертензія (АТ більше 160/100 мм рт. ст.);
- кровотеча під час пологів або у післяпологовому періоді, що супроводжується анемією (Hb менше 80 г/л);
- ожиріння III - IV ступеня.

Якщо міні-лапаротомію не можна здійснити після пологів, операцію можна виконати через 6 тижнів (42 дні).

Інтервальна міні-лапаротомія

Інтервальна (надлобкова) міні-лапаротомія проводиться після повної інволюції матки через 6 тижнів після пологів або у будь-який день менструального циклу, якщо є впевненість, що пацієнтка не вагітна.

Трансцервікальна хірургічна стерилізація (гістероскопія) передбачає використання хімічних або інших матеріалів (наприклад, квінакрин, метилціаноакрилат, фенол) для оклюзії маткових труб.

ЗАГАЛЬНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

До оперативного втручання:

- використовувати інший метод контрацепції;
- не приймати їжу за 8 годин до операції;
- не приймати рідину за 2 години до операції;
- припинити прийом медикаментів за 24 години до операції (за виключенням препаратів, призначених лікарем).

Після оперативного втручання:

- тримати місце операції сухим протягом 1-2 днів;
- повертатися до повсякденних занять поступово (відновлення нормальної активності через 7 днів після операції);
- утримуватись від статевих контактів протягом 1 тижня. Якщо після відновлення статевих стосунків виникає дискомфорт, проконсультуйтеся із лікарем.
- повторний огляд лікарем через 7 днів після операції.

МОЖЛИВІ УСКЛАДНЕННЯ:

- Гематома (підшкірна).
- Поверхнева кровотеча (краї шкіри або підшкірні судини).
- Післяопераційна лихоманка ($>38^{\circ}\text{C}$).
- Поранення сечового міхура, кишківника (рідко).
- Абсцес (інкапсульоване підшкірне гнійне утворення інфекційної етіології).
- Газова емболія при лапароскопії (дуже рідко).

СТАНИ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ТЕРМІНОВОГО ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ

- Лихоманка ($>38^{\circ}\text{C}$).
- Запаморочення з непритомністю.
- Постійний або наростаючий біль у животі.
- Витікання з рани крові.
- Ознаки чи симптоми вагітності.

ДОБРОВІЛЬНА ХІРУРГІЧНА СТЕРИЛІЗАЦІЯ ЧОЛОВІКІВ

Вазектомія – це чоловіча добровільна хірургічна стерилізація (ДХС), що здійснюється стандартним методом (один або два невеликих розрізи) або безскальпельною технологією (метод, якому надають перевагу).

МЕХАНІЗМ ДІЇ

- Після блокування сім'явиносної протоки (vas deferens) сперматозоїди в еякуляті відсутні.

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

Пацієнт має право змінити своє рішення у будь-який момент до початку процедури.

Пацієнта не можна спонукати до згоди на проведення добровільної хірургічної стерилізації.

Пацієнт повинен написати заяву або підписати стандартну форму добровільної згоди на процедуру до початку операції.

Згода жінки (дружини) не обов'язкова.

Не забезпечує захисту від вагітності партнерки протягом перших 3 місяців після операції або якщо під час аналізу сім'яної рідини під мікроскопом у ній присутні сперматозоїди.

Не впливає на сексуальну діяльність, оскільки яєчка продовжують нормально функціонувати.

Не забезпечує захисту від ІПСШ, включаючи ВІЛ. Якщо хтось із партнерів підлягає ризику зараження цими захворюваннями, необхідно використовувати презервативи навіть після вазектомії.

ПЕРЕВАГИ	НЕДОЛКИ
<ul style="list-style-type: none">• висока ефективність постійний метод;• не пов'язаний зі статевим актом;• підходить для пар у тих випадках, коли вагітність або трубна оклюзія становить підвищений ризик для здоров'я жінки;• хірургічне втручання, яке проводиться під місцевою анестезією;• відсутність побічних ефектів;• не змінює статевої функції (не впливає на продукцію гормонів яєчками). <i>(А (I) добре, пряме підтвердження)</i>	<ul style="list-style-type: none">• метод незворотний;• пацієнт може згодом шкодувати про своє рішення;• затримка ефективності (ефект через 3 місяці);• ризик та побічні ефекти, пов'язані з хірургічним втручанням, особливо при використанні загальної анестезії;• короткочасний біль/дискомфорт після процедури;• необхідна участь кваліфікованого медичного спеціаліста;• не захищає від ІПСШ, ВІЛ.

ЧОЛОВІКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ ВАЗЕКТОМІЮ:

- чоловіки, які не впевнені у своїх¹¹⁰ намірах щодо фертильності у майбутньому;
- чоловіки, які не дають добровільної усвідомленої згоди на процедуру.

ІХ. Основна література для опрацювання.

1. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2014 року № 59
2. Основы репродуктивной медицины: Практическое руководство // Под. ред. профессора В.К.Чайки. – Донецк: ООО „Альматео”, 2001.
3. Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и репродуктологии // Под. ред. Е.В. Коханевич. - М., 2006.
4. Практическая гинекология – руководство для врачей// В.К.Лихачев – Москва МИА, 2013