

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:	Трубно-перитонеальний фактор неплідності (код курсу 19.2)
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 відчувають затримку в настанні І 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.

II. Об'єм повторної інформації

1. Регуляція функцій репродуктивної системи.
2. Запліднення.
3. Анатомія і фізіологія жіночих статевих органів

III. Об'єм нової інформації

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.

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

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Оцінити тести функціональної діагностики		+	
2.	Бімануальне обстеження		+	
3.	Оцінити дані кольпоскопії		+	

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. Що таке жіноча безплідність ;
2. Психологічні аспекти безплідності ;
3. Причини чоловічої неплідності
4. Гігієна дорослої жінки під час менструації та статевого життя

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Ознайомити сімейну пару з причинами непліддя.
2. Ознайомити сімейну пару з методами обстеження.
3. Оцінити данні різних методів обстеження на непліддя.
4. Оцінити данні УЗД та рентгенологічних методів дослідження.
5. Надати рекомендації по профілактики непліддя

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

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

4. Хвора скаржиться на безплідність. Менструації 318 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. Гістологічне 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

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 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.

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 пологами, 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.

Трубно-перитонеальна безплідність

Причиною перитонеальної безплідності є спайковий процес у малому тазі, що спричиняє перегин труб при збереженні їх прохідності. Трубна безплідність зумовлена анатомо-функціональними порушеннями у маткових трубах.

Непрохідність маткових труб нерідко виникає після гонорейного сальпінгіту, проте може бути наслідком й неспецифічного запального процесу. Запальні процеси можуть бути причиною не лише непрохідності маткових труб, а й дистрофічних змін у їх стінці, порушення перистальтики. Велике значення в етіології безплідності мають аборти, тому що вони спричиняють запальні процеси в слизовій оболонці матки з наступними дистрофічними змінами, що перешкоджає імплантації.

Нарешті, сальпінгофорити можуть призводити до порушення овуляції, а якщо вона відбувається, то спайковий процес не дає можливості яйцеклітині потрапити в трубу. Нерідко виникає порушення й ендокринної функції яєчників.

Діагностику *трубно́ї безплідності* проводять шляхом гістросальпінгографії, гідротубації чи пертубації. Гістросальпінгографію краще проводити водними рентгеноконтрастними розчинами (кардіотраст, урографін, верографін, тріобласт). Метод дає можливість оцінити прохідність маткових труб. Стан маткових труб можна оцінити також при контрастній сонографії, яку проводять, вводючи контрастну речовину еховіст у порожнину матки під контролем ультразвукового дослідження.

Розрізняють 4 ступені непрохідності маткових труб:

- повна прохідність маткових труб: розчин із шприца надходить в матку легко і після видалення шийкового наконечника назад не повертається;
- труби непрохідні в перешийковому відділі: 1 порція розчину (до 2 мл) надходить більш-менш легко, а потім при введенні відчувається перешкода. При зменшенні тиску на поршень рідина повертається в шприц. Після витягнення наконечника рідина виливається з матки;
- труби непрохідні в ампулярних відділах: рефлюкс з'являється наприкінці введення (більше 4-5 мл рідини);
- труби частково прохідні: рідина повільно проходить в порожнину матки, при зменшенні тиску на поршень спостерігається слабо виражений і швидко мінучий рефлюкс.

Інколи використовують барвники. Наприклад, проба Спека 30,06 розчином фенолсульфогфталейну. При прохідності маткових труб цей барвник через 40-60 хв з'являється в сечі, яка після додавання до неї декількох крапель 10% розчину NaOH забарвлюється в червоний колір. Аналогічно проводять пробу Абурела (30,3% розчином індигокарміну, який забарвлює сечу в зелений колір).

Як правило, діагностику прохідності проводять в стаціонарі в першу фазу менструального циклу, за умови відсутності ознак запалення, при I-II ступенях чистоти піхви.

Інформативною є лапароскопія з використанням хромосальпінгографії метиленовим синім. Цей метод дозволяє найбільш точно оцінити прохідність труб і виявити місце оклюзії.

Вибір методу лікування залежить від причини безплідності.

За наявності запального процесу проводять його лікування, широко використовуючи фізіотерапевтичні методи (діатермію, озокеритотерапію, 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 трубно́ї безплідності за відсутності ефекту від консервативної терапії використовують лапароскопію.

За наявності в матці синехій проводять їх руйнування під контролем гістроскопи 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.
Наказ МОЗ України «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» № 782. – К., 2005

Методичну розробку практичного заняття підготував професор, доктор медичних наук кафедри акушерства і гінекології № 2 В. К. Ліхачов

16.01.2015

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.