

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 № __ від «__» _____ 20__ року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
З ЛІКАРЯМИ – ІНТЕРНАМИ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І
ГІНЕКОЛОГІЯ»
ІІІ РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Неплідність: класифікація, діагностика, лікування (код курсу 19.1-5)
Курс	ІІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин – 4 години

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 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. Об'єм повторної інформації

1. Класифікація жіночих статевих органів.
2. Будова жіночих статевих органів.
3. Функції жіночих статевих органів.
4. Циклічні зміни в організмі жінки.
5. Регуляція репродуктивної функції жінки.

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 перитонеальний факторів непліддя.

IV. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення функціональної діагностики, лабораторія.
3. Жіноча консультація.
4. Гінекологічна відділення.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
3. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
4. Наказ №676 МОЗ України від 31.12.2004 р. "Про затвердження клінічних протоколів з акушерства та гінекології". 2004.
5. Добірка ситуаційних задач.
6. Історії хвороби, амбулаторні картки.

V. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Перерахуйте види і форми непліддя.		+	
2.	Визначити роль ЦНС, гіпоталамічної області в регуляції менструального циклу. .		+	
3.	Назвати гормони гіпофіза та вказати їх значення.		+	
4.	Вкажіть зміни, які відбуваються в яєчниках, слизовій оболонці матки та опишіть їх взаємозв'язок.		+	

5.	Вимірювання і інтерпретація даних базальної температури.		+	+
6.	Вкажіть основні методи діагностики непліддя.		+	+
7.	Визначте показання до консервативного та оперативного методів лікування непліддя.		+	+

VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

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

Самоконтроль лікаря-курсанта.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Психологічні аспекти безплідності.
2. Основи жіночої сексології.
3. Гігієна дорослої жінки під час менструації та статевого життя.
4. Непліддя, класифікація.
5. Гормональні методи діагностики при неплідді.
6. Ендоскопічні методи дослідження при неплідді.
7. Особливості УЗ-діагностики при неплідді.
8. Гормональні методи лікування непліддя.
9. Негормональні методи лікування непліддя.
10. Клініка і диференційна діагностика жіночого непліддя.
11. Лабораторні методи діагностики непліддя.
12. Хірургічні методи лікування непліддя.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Зібрати анамнез у хворої.
2. Оцінити стан жінки.
3. Діагностувати клінічні прояви непліддя.
4. Призначити додаткове обстеження при підозрі на непліддя.
5. Оцінити результати клініко-лабораторних досліджень у жінки з непліддям.
6. Визначити тактику ведення пацієнтки з непліддям.
7. Диспансерне спостереження хворої з непліддям.
8. Ознайомити сімейну пару з причинами непліддя.
9. Ознайомити сімейну пару з методами обстеження.
10. Оцінити данні різних методів обстеження на непліддя.
11. Надати рекомендації по профілактики непліддя.

Тестові завдання

1. Ознаки фізіологічного менструального циклу

а) двофазність; ациклічність; тривалість не менше, як 15 і не більше як 40 днів; крововтрата 200 – 250 мл.

б) однофазність; циклічність; порушення загального стану; крововтрата 50 мл.; тривалість менструації 5 днів;

в) двофазність; циклічність; тривалість не менше 20 днів і не більше 35 днів; тривалість менструації 2 – 7 днів; крововтрата 50 – 150 мл; відсутність болісних явищ, порушення загального стану.

2. Вкажіть фази маточного циклу:

- а) десквамація, регенерація, секреція;
- б) регенерація, секреція, проліферація, десквамація;
- в) десквамація, регенерація, проліферація, секреція;
- г) фолікулінова, лютеїнові.

3. Як називаються фази яєчникового циклу?

- а) десквамації, проліферації, секреції;
- б) фолікулінова, лютеїнові;
- в) регенерації, проліферації.

4. Тривалість нормального менструального циклу:

- а) не менш як 15 днів і не більш як 40 днів;
- б) не менш як 20 днів і не більш як 35 днів;
- в) не менш як 25 днів і не більш як 30 днів.

5. Яка тривалість менструації?

- а) 2 – 7 днів;
- б) 1 – 2 дні;
- в) 5 – 9 днів;
- г) 9 – 12 днів.

6. Яка крововтрата під час менструації?

- а) 25 – 50 мл.;
- б) 50 – 150 мл.;
- в) 200 – 300 мл.;
- г) 500 мл і більше.

7. Які гонадотропні гормони Ви знаєте?

- а) фолікулостимулюючий, лютеїнізуючий;
- б) фолікулостимулюючий, лютеїнізуючий, лютеотропний;
- в) фолікулостимулюючий, лютеїнізуючий, прогестерон.

8. Під дією яких гормонів проходить овуляція?

- а) фолікулостимулюючого, лютеїнізуючого;
- б) фолікулостимулюючого, лютеотропного;
- в) фолікулостимулюючого;
- г) лютеотропного;
- д) лютеїнізуючого.

9. Які гормони виділяються яєчниками?

- а) естрогени, андрогени;
- б) прогестерон, андрогени;
- в) естрогени, прогестерон, андрогени;
- г) фолікулостимулюючий гормон, лютеїнізуючий гормон, пролактин.

10. Як змінюється кількість слизу у каналі чи матки у дні, що передують овуляції?

- а) зменшується;
- б) збільшується;
- в) не змінюється.

11. Як змінюється базальна температура у другій половині нормального менструального циклу?

- а) знижується;
- б) підвищується;
- в) не змінюється.

12. Феномен папороті є діагностичним тестом:

- а) естрогенної активності;
- б) гестагенної активності;
- в) андрогенної активності.

Відповіді:

- 1. в
- 2. в

- 3. б
- 4. б
- 5. а
- 6. б
- 7. б
- 8. а
- 9. в
- 10. б
- 11. б
- 12. а

Ситуаційні задачі

Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

Задача 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

Задача 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. Індукції овуляції

Задача 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

Задача 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. Гістологічне дослідження зішкрібу із порожнини матки, взятого за день до менструації – проліферація ендометрію. Сперма чоловіка: без патології. Механізм безпліддя?

- A. Ановуляторні цикли
- B. Трубно безплідність
- C. Чоловіча безплідність
- D. Трубно-перитонеальна безплідність

Е. Аномалії розвитку статевих органів

Задача 5. 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?

Задача 6. 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?

Задача 7. 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.

Визначіть тактику ведення пацієнтки.

VIII. 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 ж 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 пологамі, аборті, 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 неплоддя:

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

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

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

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

Згідно з класифікацією ВООЗ, виділяють 7 груп:

Ендокринні неплоддя

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

VII гр. — 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 неплоддя. Найбільше значення має запалення матки, маткових труб, очеревини в гострому періоді.

Певну роль відіграють хронічні інфекції: тbc, L, хламідіоз.

Значну роль в виникненні неплодного шлюбу відіграє імунологічне неплоддя.

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 лнтіспермальних 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 неплоддя. Антиспермальні антитіла в організмі жінки можуть бути в крові та в секретах статевих органів (зокрема, в слизі шийки матки), що і може обумовлювати неплодність. В жіночих гаметах також існують спектранти генів, цим особливо відзначається *Zona pellucida*. Ці обставини диктують необхідність обстеження слизу цервікального каналу при неплодному шлюбі.

Причиною неплодності 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 невияшеного 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 — гір-сутне 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, параметрів, за необхідності — ректальне дослідження, кольпоскопія та цитологія.

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

Ендокринна безплідність

Найчастіше причиною жіночої безплідності є ендокринні захворювання, пов'язані з порушенням овогенезу та процесу овуляції. На безплідність страждають хворі з різними формами гіперпролактинемії, гіперандрогенії, із синдромом полікістозних яєчників, постпубертатною формою адреноге-нітального синдрому та з іншими формами ендокринних розладів.

Значна кількість випадків безплідності є результатом розладу ендокринної функції яєчників, причому ці порушення можуть бути як первинними, так і вторинними, внаслідок перенесеного запалення. У яєчниках порушуються циклічні процеси, виникає ановуляція або сповільнення дозрівання фолікула з неповноцінною лютеїною фазою.

Ендокринна безплідність виникає також при розладах функції гіпота-ламо-гіпофізарної системи. При безплідності ендокринного генезу нерідко

є порушення менструального циклу у вигляді аменореї, гіпоменструально-го синдрому, маткових кровотеч. **Обстеження хворих повинно включати:**

- тести функціональної діагностики: вимірювання базальної температури (БТ) впродовж 2 місяців для оцінки наявності овуляції та тривалості лютеїнової фази; оцінку симптомів «зіниці» та «папороті», натягу церві-кального слизу, взяття мазків на «гормональне дзеркало»;
- визначення та оцінку рівня гормонів у крові;
- біопсію ендометрія з метою визначення повноцінності фази секреції;
- сонографічний контроль росту фолікулів та товщини ендометрія протягом менструального циклу;
- лапароскопію.

Лікування полягає в нормалізації менструального циклу, корекції проявів основного захворювання, що спричинило ендокринну безплідність, стимуляції овуляції. Овуляцію можна стимулювати шляхом введення кломіфену цитрату по 50 мг з 5-го по 9-й день циклу, пурегону у поєднанні з хоріонічним гона-дотропіном (прегніл).

ІХ. Основна література для опрацювання

1. Ліхачев В.К. Громова А.М. Методи обстеження та принципи лікування гінекологічних хворих в умовах ЖК.-Полтава,2000.
2. Гормонодиагностическая патология репродуктивной системы. Руководство для врачей./С.В.Зяблицев,Е.А.Бочерова/.-Донецк;Каштан,2009.
3. Лихачов В.К. Практическая гинекология/ В.К.Лихачов.- Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007.-664 с.
4. Гинекология./Под ред. Г.М.Савельевой/.-М.,2004.
5. Гінекологія:підручник для ВМНЗУ III-IV рівнів-В.І.Грищенко М.О., Щербига Б.М., Венцківський та ін./-Медицина,2007.
6. Жилиев Н.И. Оперативная хірургія в акушерстве и гинекологии: учебное пособие для студентов мед.вузов.- М.:МИА, 2004.
7. Наказ МОЗ України від 15.12.2003 № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (генітальний ендометріоз).
8. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
9. Гинекологическая диагностика и лечение // Под. общ. ред. Л.А.Суслопарова. - М.: 2006.