

“ЗАТВЕРДЖЕНО”
на методичному засіданні
кафедри акушерства та
гінекології УМСА
“___” _____ 200
протокол № _____.
Зав.каф., д.м.н., проф.

Гінекологія

Громова А.М.

МЕТОДИЧНІ РОЗРОБКИ ДЛЯ ОРГАНІЗАЦІЇ
САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
V курсу медичного факультету

ТЕМА: НЕПЛІДНИЙ ШЛЮБ, ДЕРЖАВНА ПРОГРАМА ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї. СУЧАСНІ МЕТОДИ
КОНТРАЦЕПЦІЇ.

Кількість навчальних годин 2

Тема: Неплідний шлюб, державна програма планування сім'ї. Сучасні методи контрацепції.

I. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

в останні роки проблема неплідності набуває особливої актуальності, що зумовлено зростанням частоти даної патології, а також впровадженням в практику сучасних методів діагностики та лікування. Важливим є знання даної патології лікарями спеціалістами загального профілю, оскільки клінічні симптоми неплідності можуть бути схожими з іншими захворюваннями. Тому, метою даного заняття є вивчення етіопатогенезу неплідності, методів діагностики та лікування.

II. Навчальні ЦІЛІ ЗАНЯТТЯ:

3.1. Студент повинен знати

теоретичні та клінічні аспекти етіології, патогенезу неплідності;
класифікація неплідності;
основні клінічні симптоми неплідності;
методи клінічного дослідження та загальну симптоматологію різних видів неплідності;
методи фізичного дослідження з урахуванням огляду, пальпації, вагінального дослідження;
лабораторні та інструментально-функціональні методи дослідження, які використовують при обстеженні подружніх пар з непліддям;
проведення диференційного діагнозу;
основні принципи терапії неплідності;
основні напрямки профілактики неплідності; У яких груп людей частіше всього можуть бути генетичні порушення?
- Основні терміни обстеження вагітних з генетичним ризиком.
- Методи обстеження вагітних з генетичним ризиком.
- Які захворювання викликані хромосомними аномаліями, принципи їх запобігання.
- Види методів контрацепції.
- Ефективність, покази та протипокази до використання різних видів контрацепції.
- Механізм дії, принципи застосування, можливі ускладнення при різних видах контрацепції.
- З якою метою і як саме здійснюється планування сім'ї?

3.2. Студент повинен вміти:

зібрати та акушерсько-гінекологічний анамнези, індивідуалізація анамнезу відповідно неплідності;
провести фізичні методи обстеження (огляд, пальпацію, перкусію при необхідності – аускультацию);
скласти план дообстеження подружньої пари з непліддям для встановлення діагнозу;
оцінити результати обстеження з урахуванням лабораторних та інструментально-функціональних методів дослідження;
сформулювати клінічний діагноз, клінічні синдроми;
призначати диференційоване лікування, виписати рецепти;

надати допомогу хворим на догоспітальному та госпітальному етапах;
 призначати відновлюючу терапію на різних етапах реабілітації хворих.
 Вибрати з анамнезу всі дані, що свідчать про наявність спадкової хвороби.
 Дати подружжю з обтяженим анамнезом пояснення про можливості здоров'я майбутньої дитини дитини.
 Визначити необхідність перинатальної діагностики.
 Провести розрахунки можливого ризику спадкової хвороби у майбутніх дітей.
 Перерахувати основні методи діагностики генетичного ризику.
 Індивідуально підібрати контрацептиви для жінок.
 Визначити протипоказання.
 Оцінити стан жінки, яка користується контрацептивами.
 Визначити час виймання ВМК.
 Визначити негативний вплив гормональних контрацептивів на організм жінки.
 Вести диспансерний нагляд за жінками, які користуються контрацептивами.

III. МАТЕРІАЛИ ДОАУДИТОРНОЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ.

3.1. МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ.

Дисципліна	Знати	Вміти

3.2 ЗМІСТ ТЕМИ ЗАНЯТТЯ.

Неплідний шлюб – це шлюб, в якому протягом 1 року при регулярному статевому житті без застосування контрацептивних засобів не настає вагітності. Частота неплодності – 10-15%, виліковується з них - 30%.
 Нагадати лікарям основні засоби дослідження, розібрати умови фертильності.
 Цикл фертильності, коли є овуляція, оптимальні механізми транспортування сперматозоїдів та яйцеклітини, нормальна імплантація.
 В структурі неплодності чоловіча неплодність – знаходиться на першому місці – 52%.
 Причини чоловічої неплодності: хронічний стрес, простатит, варікоцеле. Простатити на 70% хламідійної природи.
 Жіноча неплодність – первинна: генетична, ендокринна. Вторинна неплодність: запального та ендокринного генезу. Структура жіночої неплодності: первинна – 50%, вторинна – 50%.
 Форми неплодності: трубна – 50-60%, ендокринна – 30%, імунологічна – 5%, перитонеальна – 2%.
 Причини неплодності в сім'ї:
 Запальні процеси статевих органів.
 Інфантилізм та гіпоплазія статевих органів.
 Захворювання ендокринних залоз.
 Травми і зміщення статевих органів.
 Пухлини статевих органів.
 Непрохідність уразових (фалопієвих) труб.
 Причини з боку сперми чоловіка (азоспермія, олігоспермія, аспермія, некроспермія).
 Причини з боку чоловіка і жінки, які перешкоджають викиду сперми в піхву або надходженню сперми у верхні відділи статевих органів жінки.
 Причини з боку яєчників. Відсутність овуляції або яєчники виробляють неповноцінні яйцеклітини, які не можуть бути запліднені.
 Відсутність імплантації та порушення функції жовтого тіла.
 “Несхожість”. Імунна несумісність між сперматозоїдом і яйцеклітиною.
 Особливу увагу лікарів треба звернути на методи обстеження жінок та чоловіків. Обов'язкове проведення спермограми 3 рази на місяць, вимірювання базальної температури у жінок, кольпоскопія, проби Шуварського, гістеросальпінгографія, гормональне обстеження (17 КС, пролактин, ФСГ, ЛГ, тестостерон, естрогени, прогестерон), лапароскопія, пертубація, дослідження рівня ендогенних простагландинів, тироксину, тиреоїдину.
 Трубна неплодність
 Розрізняють дві форми трубного неплоддя:
 як наслідок порушення функції маткових труб (гіпертонус, гіпотонус, дискоординація);

як наслідок органічного ураження маткових труб (непрохідність, злуки, перекрут, стерилізація).

Методи діагностики:

Гістеросальпінгографія (проводиться в першу фазу менструального циклу).

Лапароскопія – її проводять через 1-3 місяці після сумнівної гістеросальпінгографії (ГСГ) та після 6 місяців при нормальних даних ГСГ.

Лапароскопія в поєднанні з хромосальпінгоскопією.

Рентгенокімографія.

Кімографічна пертубація.

Радіоізотопне сканування.

Мікробіопсія маткових труб.

Бактеріоскопічне, бактеріологічне дослідження статевого тракту.

Лікування. Функціональне трубне непліддя лікують шляхом проведення психотерапії, аутосугестії, седативних засобів, транквілізаторів, спазмолітичних препаратів, блокаторів простагландинів в предовуляторні дні (напросін, індометацин). Широко використовують бальнеотерапію – сірчано-водородні ванни і перформовані фізичні фактори – ультразвук в імпульсному режимі, електростимуляція маткових труб.

Органічне трубне непліддя лікують шляхом проведення комплексної протизапальної терапії. При відсутності ефекту від комплексної консервативної терапії трубного непліддя протягом 1,5-2 років показані мікрохірургічні методи лікування (сальпінгостомія).

Абсолютні протипокази до мікрохірургічних пластичних операцій на маткових трубах:

Туберкульоз статевих органів.

Відносні протипокази до мікрохірургічних пластичних операцій на маткових трубах:

1. Вік жінки старше 35 років.

2. Тривалість трубного непліддя 2-3 роки і безперспективне консервативне лікування більш ніж 1,5-2 роки.

3. Часті загострення запального процесу в додатках матки і недавній (до року) перенесений гострий запальний процес.

4. Наявність великих гідросальпінксів, при видаленні яких залишається не більше 5 см труби.

5. Виражений (III ступень) злуковий процес в малому тазу.

Післяопераційна реабілітація після мікрохірургічних пластичних операцій на трубах повинна включати розсмоктуючу терапію – електрофорез цинку і міді, магнітотерапію, ультразвук, ферментні препарати, пряму електростимуляцію маткових труб після сальпінгостомії, а також ранні гідротубації без гідрокортизону. Після операції рекомендується контрацепція протягом 3-4 місяців.

Ендокринне непліддя - це непліддя, яке характеризується порушенням процесів овуляції. Причинами ендокринної непліддя є гіперандрогенія, НЛФ, гонадотропна недостатність, гіперпролактинемія, порушення функції щитовидної залози.

При ендокринному неплідді обстеження подружньої пари треба проводити протягом 3-6 місяців.

Обов'язковим є проведення диференціальної діагностики гіперандрогенії наднирникового та яєчникового генезу (проведення дексаметазонової проби).

Методи лікування ановуляції - причини ендокринного непліддя:

1. При гіперпролактинемії рекомендується лікування парладелом по 2,5-7,5 мг на добу протягом 4-6 місяців; після нормалізації рівня пролактину назначають кломіфен, ХГ, пергонал.

Класична схема стимуляція овуляції кломіфеном з 5 по 9 день циклу по 50 мг, при недостатньому ефекті дозу препарату збільшують до 100-150 мг на добу, протягом 3 циклів.

ХГ по 2000-3000 МО на 2-4-6 день підвищення базальної температури.

2. При дисфункції гіпоталамо-гіпофізарної системи з ановуляцією і низьким рівнем ЛГ, позитивним гестагеновим тестом, використовують кломіфен, ХГ, пергонал.

3. При випадінні окремих функцій гіпоталамо-гіпофізарної системи з низьким рівнем естрогенів, негативним гестагеновим тестом проводять терапію ХГ і пергоналом; тільки при реактивності гіпофізу використовують РГ-ЛГ.

4. При гіперандрогенії наднирникового генезу призначають кортикостероїди (дексаметазон по 0,25-0,5 мг на добу) в поєднанні з кломіфеном, ХГ або пергоналом.

При яєчникової гіперандрогенії з високим рівнем екскреції естрогенів, ЛГ і полікістозом яєчників використовують гестагени в поєднанні з кломіфеном або з пергоналом і ХГ, а також РГ-ЛГ і його агоністи, які дозволяють стимулювати дозрівання фолікулів в яєчниках.

Імунологічна неплідність пов'язана з наявністю в цервікальному вмісті антитіл до сперматозоїдів, що являється причиною порушення запліднення. Існує декілька гіпотез виникнення імунологічного непліддя. По одній із них може існувати генетична схильність до сенсibiliзації антигенами еякулята. Подібна сенсibiliзація може виникнути в II фазу менструального циклу, коли природній бар'єр до чужих білків знижений, а також на фоні запального процесу проникливість цервікального каналу збільшується. Було доведено, що в сім'яній рідині існують інгібіни імунної відповіді, які гальмують реакцію жіночих статевих органів на сперматозоїди. У частини чоловіків можливе порушення секреції цих інгібінів. Антисперматозоїдний ефект може проявлятися наступними реакціями: 1) утворення гуморальних антитіл; 2) утворення тканинних антитіл; 3) посилений фагоцитоз сперматозоїдів в шийці матки або в порожнині матки; 4) запізнена реакція, яка проявляється в

порушенні імплантації бластоцисти в ендометрій в зв'язку з попередньою сенсibiliзацією внутрішньої стінки матки з сперматозоїдами; 5) викид еякулята із сенсibiliзованої порожнини матки шляхом посиленних її скоротливих рухів.

Одним із найбільш достовірних методів діагностики імунологічного непліддя являється посткоітальний тест. Для дослідження проводиться забір матеріалу із заднього склепіння та цервікального каналу. При дослідженні оцінюють слідувачі показники: оцінка якості цервікального слизу (об'єм, густину слизу, ефект кристалізації та розтягування, наявність клітин); наявність рухомих форм сперматозоїдів. В нормі слиз повинен бути рідким, прозорим, ацелюлярним і демонструвати "тест папороті" та розтягування. Наявність в цервікальному вмісті > 20 рухомих сперматозоїдів говорить про відсутність імунологічної несумісності.

Антитіла можна також виявляти флюоресцентними методами з моноклональними антисироватками.

Штучне запліднення (екстракорпоральне запліднення) – це введення чужирідного генетичного матеріалу у вигляді сперми в статеві шляхи жінки з метою настання вагітності. Розрізняють штучне запліднення спермою чоловіка (ШЗЧ) та спермою донора (ШЗД). В залежності від шляху введення сперми – піхвинний, інтрацервікальний і матковий засіб штучного запліднення.

ШЗЧ використовують при гіпоспадії уретри, імпотенції, відсутності еякуляції, при олігоспермії із збереженою нормальною рухомістю сперматозоїдів і відсутністю в них морфологічних змін; при вагінізмі.

Абсолютними показами до ШЗД є азооспермія. Відносними – олігоспермія і олігостеноспермія з морфологічними змінами сперматозоїдів і порушенням їх рухливості, що не піддається лікуванню; несумісність подружжя по резус-фактору; спадкові захворювання у чоловіка, які можуть передаватись нащадкам.

Допомога на догоспітальному етапі:

При встановленні діагнозу непліддя необхідно направити подружню пару в центр репродукції.

Планування сім'ї

Організація, структура та завдання служби планування сім'ї

В умовах погіршення демографічної ситуації в країні, зниження життєвого рівня більшої частини населення, погіршення репродуктивного здоров'я населення особливої уваги заслуговують питання планування сім'ї як резерву в зниженні материнської та дитячої смертності, профілактики захворювань, які передаються статевим шляхом і збереження здоров'я населення.

В сучасних умовах різкого зниження народжуваності в Україні проблема планування сім'ї набуває більшої медико-соціальної значимості. Аборт в Україні продовжує залишатися основним методом регулювання народжуваності. При цьому ускладнення після абортів спостерігаються у кожній третій жінки, у першовагітних їхня частота досягає 40%. Основними ускладненнями абортів є неплідність, невиношування вагітності, запальні захворювання геніталій, ендокринні порушення, ускладнення при наступних вагітностях та пологах.

Планування сім'ї як суттєвий елемент первинної медичної допомоги в багатьох країнах світу та в Україні включає такі основні види діяльності:

інформація та консультування населення з питань планування сім'ї;

організація служб планування сім'ї;

забезпечення населення засобами контрацепції;

лікування неплідності та сексуальних розладів;

формування громадської думки в процесі роботи, спрямованої на зміну усталених уявлень про планування сім'ї про суто медичну чи внутрішньосімейну проблему;

підвищення рівня знань і кваліфікації з цієї проблеми не тільки акушерів-гінекологів та лікарів інших спеціальностей, а також середніх медичних працівників, у першу чергу, акушерок фельдшерсько-акушерських пунктів;

поглиблення та поширення роботи зі статевого виховання дітей і підлітків, підготовки педагогів та батьків з питань сексуального розвитку дітей;

залучення засобів масової інформації до висвітлення проблеми планування сім'ї, сексуальної культури, сімейно-шлюбних стосунків;

підвищення доступності та якості медичних послуг у службі планування сім'ї.

А. Внутрішньоматкові засоби

впливають на здатність сперматозоїдів проходити через порожнину матки (мідні);

впливають на репродуктивний процес перед тим, як яйцеклітина досягне порожнини матки (мідні);

згущають цервікальний слиз (прогестинові);

змінюють стан ендометрію (прогестинові).

Переваги

Контрацептивні

Висока ефективність (0.5-1,0 вагітність на 100 жінок протягом першого року використання).

Негайна ефективність.

Тривалий період дії (10 років).

Метод не пов'язаний зі статевим актом.

Метод не впливає на грудне годування.

Негайне повернення фертильності після вилучення ВМЗ.

Мало побічних ефектів.

Крім візиту після введення ВМЗ, пацієнтці слід звертатись до лікаря тільки в разі виникнення проблем.

Недорогий метод.

Неконтрацептивні

зменшують менструальні болі (тільки прогестинові).

Зменшують менструальну кровотечу (тільки прогестинові).

Недоліки

Перед введенням необхідно провести гінекологічний огляд та рекомендується обстеження на ІСШ.

Жінка повинна перевіряти нитки ВМЗ після менструації, якщо вона супроводжується болями, переймами або мажучими кров'янистими виділеннями.

Жінка може сама припинити використання методу.

Посилення менструальних кровотеч і болів у перші кілька місяців (тільки для мідних ВМЗ).

Можлива спонтанна експульсія ВМЗ.

Рідко (<1/1000 випадків) трапляється перфорація матки під час введення ВМЗ.

Можуть збільшити ризик позаматкової вагітності і розвитку ЗЗОТ з наступним безпліддям у жінок, які входять до групи ризику зараження ІСШ та іншими ЗПСШ.

Хто не повинен використовувати ВМЗ

Вагітні жінки.

Жінки з неясними вагінальними кровотечами (до встановлення їхньої причини).

Жінки з активною інфекцією статевих шляхів (вагініт, цервіт).

Жінки, які недавно (протягом 3 місяців) перенесли ЗЗОТ чи септичний аборт.

Жінки з вродженими аномаліями матки або доброякісними пухлинами (фібромами) матки, які значно деформують її порожнину.

Жінки із захворюванням клапанів серця в активній фазі.

Жінки, у яких діагностовано злоякісну трофобластичну пухлину.

Жінки із діагностованим тазовим туберкульозом.

Жінки, які мають рак статевих органів.

Жінки, які мають ризик зараження ІСШ (мають більше одного статевого партнера або чий партнер має більше одного статевого партнера).

Коли вводити

У будь-який день менструального циклу, якщо є тверда впевненість, що пацієнтка не вагітна.

3-7 до 7 день менструального циклу.

Після пологів (зразу після; в перші 48 годин або через 4-6 тижнів; через 6 місяців, якщо жінка не використовує МЛА).

Після аборту – зразу чи протягом 7 днів, якщо немає ознак інфекції органів малого тазу.

Б. Бар'єрні методи контрацепції і сперміциди

Бар'єрні методи контрацепції можна визначити як запобігання від небажаної вагітності шляхом перешкоди потраплянню сперми в піхву або шийку матки хімічним чи механічним шляхом або сполученням того й іншого.

У даній главі розглядатимуться такі методи: “Чоловічий” метод: презерватив. “Жіночі” методи: діафрагма, шийковий протизапладний ковпачок, жіночі презервативи, сперміцидна піна, сперміцидні супозиторії і пінисті таблетки. Сперміцидні пасти, гелі, губки.

Презервативи чоловічі

Типи. Презервативи виготовляють з латексу (гуми), пластику (вінілу), натуральних (тваринних) продуктів.

Механізм дії. Запобігають потрапленню сперми в жіночий репродуктивний тракт.

Преваги

Контрацептивні: негайна ефективність; не впливають на грудне годування; можуть використовуватись як страхувальний метод разом з іншими контрацептивами; відсутній ризик для здоров'я, пов'язаний з використанням методу; відсутні системні побічні явища; широкодоступні. Продаються без рецепта; не обов'язково проводити медичний огляд перед початком використання; недорогий метод.

Неконтрацептивні: єдиний метод планування сім'ї, який забезпечує захист від ІСШ та інших ЗПСШ (тільки латексні і вінілові презервативи); можуть продовжувати період до еякуляції; можуть сприяти зниженню ризику раку шийки матки; можуть використовуватись при лікуванні імунологічних форм безпліддя (протягом 3-6 місяців) для запобігання потраплянню антигенів сперми в піхву; можуть використовуватись у випадку розвитку у жінки алергійних реакцій на сім'яну рідину і/або сперматозоїди; можуть використовуватись для покращення ерекції у хворих після операцій на органах черевної порожнини (кільце презерватива виконує роль слабкого джгута).

Недоліки: середня ефективність (2-12 вагітностей на 100 жінок протягом прешого року використання); контрацептивна ефективність залежить від бажання пари дотримуватись інструкцій; метод залежить від користувача (необхідне постійне бажання оберігатись (мотивація) і використання під час кожного статевого акту); можуть знизити чутливість статевого члена, ускладнюючи тим самим підтримку ерекції; можуть викликати подразнення у чоловіків і жінок як самим презервативом. Так і сперміцидом.

Діафрагми і ковпачки

Типи. Діафрагми розрізняються між собою за розміром, який визначається діаметром обідка в міліметрах, і буває чотирьох основних видів у залежності від особливостей будови обідка: діафрагма з обідком з плоскою пружиною, діафрагма із спіральною пружиною; діафрагма з дугоподібною пружиною; діафрагма з обідком у вигляді перетинки.

Механізм дії. Запобігають попаданню сперми в верхній репродуктивний тракт жінки (матку та фаллопіїв труби) і служить як ємкість для сперміцида.

Переваги діафрагми і ковпачків

Контрацептивні: негайна ефективність; не впливають на грудне годування; метод не пов'язаний зі статевим актом (можна вводити за 6 годин до статевого акту); відсутній ризик для здоров'я, пов'язаний з використанням методу; відсутність системних побічних ефектів.

Неконтрацептивні: забезпечують деякий захист від ІСШ і інших ЗПСШ (наприклад, ВГВ, ВІЛ/СНІД), особливо при використанні зі сперміцидом; затримують менструальну кров при використанні під час менструації.

Недоліки: середня ефективність (6-18 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання, якщо використовуються разом зі сперміцидом); контрацептивна ефективність залежить від бажання жінки дотримуватись інструкцій; залежить від користувача (необхідне постійне бажання оберігатися, мотивація) і використання під час кожного статевого акту; необхідно проведення гінекологічного огляду кваліфікованим медпрацівником; у деяких користувачів викликають інфекцію сечовивідних шляхів; не слід вилучати протягом 6 годин після статевого акту; необхідно мати до початку статевого акту; потрібна постійна наявність у продажу; маніпуляції в піхві можуть виявитись неприйнятими для деяких жінок; діафрагма і ковпачок мають досить великі розміри і можуть заважати коїтусу; деякі жінки мають складності при вилученні діафрагми або ковпачка; діафрагма або ковпачок може зміститися під час коїтусу; діафрагму або ковпачок необхідно мити і зберігати з дотриманням усіх умов, інакше погіршуються властивості гуми; необхідно навчити жінку визначенню терміну придатності діафрагми або ковпачка і критеріям для їхньої заміни.

Побічні ефекти: алергічні реакції на гуму або на сперміцидну речовину; якщо діафрагма або ковпачок залишаються в піхві надто довго, то з'являються значні сморідні виділення; якщо діафрагма була погано помита і просушена перед повторним використанням, може розвинути кандидозний кольпіт; у результаті надавлювання обідка діафрагми на сечовивідний канал може розвинути рецидивуючий цистит; відзначені випадки розвитку синдрому токсичного шоку як у менструюючих, так і немемструюючих жінок, які застосовують діафрагму. Однак рекомендується не залишати діафрагму чи ковпачок у піхві понад 24 годин.

Хто не повинен використовувати діафрагму і ковпачок: жінки, чий вік, кількість пологів в анамнезі або проблеми зі здоров'ям роблять вагітність надзвичайно небезпечною; жінки з повторними інфекціями сечовивідних шляхів (ІСШ); жінки зазнають труднощів у застосуванні цього методу; жінки, які мають опущення матки у піхву; жінки із серозним вип'ячуванням стінки сечового міхура або прямої кишки у піхву; жінки із синдромом токсичного шоку в анамнезі; жінки з вагінальним стенозом (звуження вагінального каналу); жінки з генітальними аномаліями.

Сперміциди

Сперміциди – це хімічні речовини, які інактивують або вбивають сперматозоїди в піхві до того, як вони встигають проникнути у верхні відділи статевого тракту.

Сперміциди розрізняються, в основному, за типом носія, що входить до нього, і випускаються у вигляді: аерозолів (піни); паст; гелів (крему; вагінальних пінистих таблеток; вагінальних пінистих супозиторів; розчинних плівок; речовин, що застосовуються для змащення презервативів; губки).

Механізм дії: викликають руйнування мембрани сперматозоїдів, що знижує їхню рухомість і здатність запліднювати яйцеклітину.

Переваги

Контрацептивні: негайна ефективність; не впливають на грудне годування; можуть використовуватись як страхувальний метод при виборі інших методів, відсутній ризик для здоров'я, пов'язаний з використанням методу; відсутні системні побічні явища; прості у застосуванні; додаткове зволоження (змазка) під час статевого акту; продаються без рецепту і не вимагають медичного огляду перед застосуванням.

Неконтрацептивні: забезпечують деякий захист від ІСШ і інших ЗПСШ (наприклад, ВГВ, ВІЛ/СНІД).

Недоліки: середня ефективність (3-21 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання); контрацептивна ефективність залежить від бажання жінки дотримуватись інструкцій; залежить від користувача і використання під час кожного статевого акту; жінка повинна ввести контрацептив за 10-15 хвилин до статевого акту; кожне введення ефективне тільки протягом 1-2 годин; необхідно мати в наявності до початку статевого акту; вимагається постійна наявність у продажу.

Хто не повинен використовувати діафрагму і ковпачок: жінки, чий вік, кількість пологів в анамнезі або проблеми зі здоров'ям роблять вагітність надзвичайно небезпечною; жінки, які відчувають труднощі із застосуванням цього методу; ті, які страждають на алергію на сперміциди; жінки з генітальними та іншими аномаліями; пари, які потребують високоєфективного методу контрацепції; пари, які бажають використовувати метод, не пов'язаний із статевим актом; пари, які не бажають виконувати інструкції і використовувати контрацептив при кожному статевому акті.

Губки

Механізм дії: губка попереджує випадання сперми у верхні відділи репродуктивного акту жінки (матка і фаллопієві труби) і служить як ємкість для сперміциду.

Ефективність контрацептивної дії губок: від 10 до 20% випадків настання вагітності протягом першого року використання.

Переваги

Контрацептивні: негайна ефективність; не впливають на грудне годування; метод не пов'язаний зі статевим актом (можна вводити за 6 годин до статевого акту); відсутній ризик для здоров'я, пов'язаний з використанням методу; відсутність системних побічних ефектів.

Неконтрацептивні: забезпечують деякий захист від ІСШ і інших ЗПСШ (наприклад, ВГВ, ВІЛ/СНІД), особливо при використанні зі сперміцидом; затримують менструальну кров при використанні під час менструації; захищає від дисплазій шийки матки.

Недоліки: губки іноді викликають подразнення; деякі жінки можуть забути про необхідність вилучити губку; маніпуляції в піхві можуть виявитися неприсмними для деяких жінок; зв'язок між використанням губки і розвитком синдрому токсичного шоку остаточно не встановлений; може статись зміщення губки; може викликати сухість піхви завдяки всмоктуванню секрету.

Хто не повинен використовувати губку: жінки, чий вік, кількість пологів в анамнезі або проблеми зі здоров'ям роблять вагітність надзвичайно небезпечною; жінки з повторними інфекціями сечовивідних шляхів (ІСШ); жінки зазнають труднощів у застосуванні цього методу; жінки, які мають опущення матки у піхву; жінки із синдромом токсичного шоку в анамнезі; жінки з вагінальним стенозом; жінки з генітальними аномаліями; пари, які потребують високоєфективного методу контрацепції; пари, які бажають використовувати метод, не пов'язаний із статевим актом; пари, які не бажають виконувати інструкції і використовувати контрацептив при кожному статевому акті.

В. Метод лактаційної аменореї (МЛА)

Методом лактаційної аменореї (МЛА) називається використання грудного годування як методу запобігання від вагітності. Він базується на фізіологічному ефекті, який полягає у пригніченні овуляції, завдяки ссанню дитиною груді матері.

Механізм дії: стримує овуляцію.

Переваги

Контрацептивні: ефективний (1-2 вагітності на 100 жінок у перші 6 місяців використання); негайна ефективність; метод не пов'язаний зі статевим актом; відсутність системних побічних ефектів; немає необхідності у спеціальному медичному спостереженні; не слід поповнювати запас контрацептиву; не потрібні грошові витрати.

Неконтрацептивні. Для дитини: пасивна імунізація (передача захисних антитіл); найкраще джерело поживних антитіл; зменшення контакту із заразними організмами води, іншого молочка чи дитячого харчування, а також кухонного посуду. Для матері: зменшення післяпологової втрати крові.

Недоліки: залежить від жінки (вимагає дотримання правил грудного годування); може виявитись важковиконуваним через соціальні обставини; має високу ефективність тільки до поновлення менструації або не більше 6 місяців; не захищає від ІСШ та інших ЗПСШ (включаючи ВГВ, ВІЛ/СНІД).

Хто може використовувати МЛА: жінки, які включно годують груддю, у яких після пологів пройшло менше 6 місяців і чий менструації ще не поновились.

Ж. Невідкладна контрацепція

Невідкладна (посткоїтальна) контрацепція повинна використовуватись після незахищеного статевого акту у тому випадку, якщо вагітність не планується або небажана.

Метод невідкладної контрацепції

Для запобігання небажаної вагітності у випадку "незахищеного" (без контрацептива) статевого акту або при виявленні дефектів бар'єрних протизаплідних засобів (презерватива, діафрагми), при огріхах гормональної контрацепції (пропуск прийому чергової пігулки), після згвалтування, особливо у підлітків, чи інших випадках, коли вагітність небажана або небезпечна. Ефективність методу досить висока і досягає 96%, якщо з моменту "незахищеного" статевого акту пройшло не більше 72 годин.

Механізм дії стероїдних препаратів різнонаправлений і обумовлений впливом на різні ланки репродуктивної системи: зміну секреції гонадотропінів (порушує розвиток яйцеклітини), гальмування раннього ембріогенезу, блокування penetрації сперміїв і пригнічення передменструального стероїдогенезу.

Типи: комбіновані естроген-гестагенні ОК; гестагени; даназол; міфепристон (Ru-486); внутрішньоматкові засоби (ВМЗ).

Переваги: усі типи дуже ефективні (менше 3% жінок вагітніють у цьому циклі); ВМЗ забезпечує також тривалий контрацептивний захист.

Недоліки: КОК ефективні тільки в тому випадку, якщо перша доза прийнята протягом 72 годин після незахищеного статевого акту; КОК можуть викликати нудоту, блювання або болочість молочних залоз; перша доза ЧПТ повинна бути прийнята протягом 48 годин після статевого акту; антипрогестини ефективні тільки у випадку, якщо прийняті протягом 72 годин після незахищеного статевого акту; ВМЗ ефективний тільки тоді, коли вводиться протягом 5 днів після незахищеного статевого акту.

3. Контрацепція в післяпологовий період

Метод лактаційної аменореї: висока ефективність до 6 місяців при дотриманні умов включно грудного годування і відсутності менструальної кровотечі (аменореї); годування груддю повинно початися зразу після пологів; значна користь як для здоров'я матері, так і для дитини; дає час для вибору і підготовки до одержання хірургічного або іншого контрацептивного методу.

Внутрішньоматкові засоби: може вводитися постплацентарно, після кесарського розтину або в післяпологовий період (протягом 48 годин після пологів); якщо ВМЗ не введений постплацентарно або протягом 48 годин після пологів, введення слід відкласти до 4-6 тижнів після пологів; якщо при годуванні груддю у жінки поновились менструації, ВМЗ можна ввести в будь-який день менструального циклу, якщо є впевненість, що пацієнтка не вагітна; не впливає на кількість молока, а також на його якість і здоров'я дитини; при введенні ВМЗ жінці, яка годує груддю дитину. Побічних явищ (таких як кровотеча, біль) значно менше.

Зауваження: у матерів, які годують груддю, нижча частота випадків вилучення ВМЗ протягом першого року використання; вірогідність експульсії при введенні ВМЗ в післяпологовий період вища (6-10%), ніж при інтервальному введенні. Однак найнижчий коефіцієнт експульсії при введенні ВМЗ високо в порожнину матки в перші 10 хвилин після відходження плаценти.

Бар'єрні методи: презервативи, діафрагми, сперміциди у вигляді пінки, свічок, кремів, пігулок, плівок можуть використовуватись на кількість і якість грудного молока та здоров'я дитини.

Зауваження: при використанні бар'єрних методів, що застосовуються на шийці матки (діафрагма із сперміцидами, слід зачекати закінчення післяпологового періоду (6 тижнів після пологів) перед тим як застосовувати і використовувати діафрагму; використання сперміцидів вирішує проблему вагінальної сухості під час статевого акту (часте явище у жінок, що годують).

Природне планування: не рекомендується починати використання методу до відновлення регулярних менструацій. Пацієнтка може почати вести карту через 6 тижнів після пологів, але при цьому їй слід продовжувати використання МЛА; метод не впливає на кількість та якість грудного молока та здоров'я дитини.

Добровільна хірургічна стерилізація: може бути проведена зразу після пологів при виконанні кесарського розтину або протягом 48 годин після пологів; якщо не проведена протягом 48 годин після пологів, повинна бути відкладена до 6 тижнів після пологів; ідеальним вважається час, коли жінка повністю одужала після пологів і здоров'я дитини не викликає сумнівів; не впливає на кількість і якість грудного молока та здоров'я дитини.

Комбіновані гормональні контрацептиви (КОК і КІК): не рекомендується для годуючих жінок у перші 6-8 тижнів після пологів. Відкладіть використання КОК чи КІК до початку відлучення від грудей; слід уникати застосування для годуючих жінок, за рідким винятком тих випадків, коли інші методи неприйнятні (починаючи з 6 місяців); якщо жінка грудьми не годує, КОК та КІК можна використовувати через 3 тижні після пологів; використання КОК чи КІК у перші 6-8 місяців після пологів зменшує кількість грудного молока і може негативно вплинути на нормальний ріст дитини (цей ефект продовжується до 6 місяців); у перші 3 тижні після пологів КОК чи КІК дещо збільшують ризик підвищеного тромбоутворення в зв'язку з вмістом у них естрогенів.

Чисто прогестинові контрацептиви: уникати використання ЧПК у перші 6 тижнів після пологів, за винятком тих випадків, коли інші методи неприйнятні або недоступні; при використанні МЛА відкласти застосування ЧПК до 6 місяців після пологів; якщо жінка не годує груддю, ЧПК можна почати застосовувати негайно; якщо жінка не годує груддю і після пологів пройшло 6 тижнів або в неї поновились менструації, ЧПК можна призначати, переконавшись, що жінка не вагітна; не впливає на якість і кількість грудного молока і здоров'я дитини.

3.3. РЕКОМЕНДОВАНА Література

7.1. Основна:

Бодяжина В.И., Сметник В.П. и др. Неоперативная гинекология.- М., 1997.-С.125-138.

Дуда и.в. и соавт. Клиническая гинекология.- Минск, 1993.- С.224-236.

Кулаков В.И. та ін. Оперативна гінекологія. – М., 1990.

Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. – Санкт-Петербург, -1998. – С.142-156.

Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенков А.П. Акушерство. – М., 1998. – С. 116-122, 3467-358.

Бодяжина В.И. и соавт. Неоперативная гинекология. – М., 1995. – С. 106-122, 225-232.

Крупко-Большова Ю.А., Корнигова А.И. Патология полового развития девочек и девушек. – К., 1990.

Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство: руководство для врачей. – М., 1997. – С. 402-412.

Степанковская Г.К. Справочник по акушерству и гинекологии. – К., 1997. – С. 499-508.

7.2. Додаткова:

1. Акушерство и гинекология (под ред. Савельевой Г.М.).-М., 1997.- с.342-354.

2. Бесплодие в супружестве (под ред.Святоща Б.И.).- К., 1990.

3.Трав'янка Т.Д., Сольский Я.П. . Довідник по акушерсько-гінекологічній ендокринології. – К.: “Здоров'я”, 1999.

3.4. Контрольні питання:

Причини неплідності.
Класифікація неплідності.
Трубна неплідність, її види, діагностика та лікування.
Ендокринна неплідність, етіологія і діагностика.
Методи стимуляції овуляції в залежності від генезу ендокринного непліддя.
Покази та протипокази до оперативного лікування трубної неплідності.
Штучне запліднення – його види. Покази та протипокази до їх проведення.
Методи діагностики імунологічного непліддя.
Які групи людей мають генетичний ризик?
Назвіть терміни обстеження вагітних з генетичним ризиком.
Що таке геніалогічний метод дослідження?
Дайте пояснення популяційного методу дослідження.
Обґрунтуйте статистичний метод дослідження.
Яку небезпеку мають родинні шлюби?
Поясніть цито-генетичний метод дослідження.
Яку інформацію дає біохімічний і імунологічний метод дослідження?
Що таке статевий хроматин?
Основні принципи планування сім'ї.
Як визначити стать у гермафродитів?
Обґрунтуйте генетичний механізм пошкодження внутрішньоутробного плоду (РП-).
Поясніть механізм передачі гемофілій.
Поясніть характерні особливості синдрому Шерешевського-Тернера.
Опишіть ознаки хвороби Дауна.
Що характерно для трисомії?
Назвіть ступені генетичного ризику.
Що таке внутрішньоматкова контрацепція? Механізм дії, покази та протипокази до неї.
Що таке гормональна контрацепція?
Комбіновані естроген-гестагенні препарати.
Механізм дії комбінованих ОК, побічний ефект дії ОК.
Протипоказання для застосування комбінованих ОК.
Комбіновані двофазні ОК.
Комбіновані трифазні ОК, механізм дії.
Препарати, що містять мікродози гестагенів.
Посткоїтальні препарати.
Пролонговані контрацептиви.
Традиційні методи контрацепції.
Вакцини проти зачаття.
Контрацепція для підлітків.
Ускладнення при ВМК та пролонгованих контрацептивах.
Диспансерний нагляд за жінками, які користуються ВМК і гормональними контрацептивами.
Натуральні методи запобігання непланованої вагітності з врахуванням базальної температури, гігієнічних факторів, визначення овуляції.

VI. Базові знання

Методи обстеження гінекологічних хворих.
Онтогенез і регуляція функції репродуктивної системи.
Методи функціональної діагностики, норми вмісту гормонів в крові і сечі.
Які методи контрацепції існують?
Для чого проводять планування сім'ї?
Яка кількість хромосом у людини. Набір хромосом в яйцеклітині та сперматозоїді.
Будова РНК, ДНК.
Основні функції гену.
Вплив шкідливих чинників на організм жінки.

V. Завдання для самостійної роботи студентів

Збір загального та акушерсько-гінекологічного анамнезу.
Загальне і гінекологічне обстеження.
З'ясування наявності протипоказів до використання того чи іншого методу контрацепції.
Індивідуальний підбір методу контрацепції.
Пояснити жінці принципи використання та диспансеризації при рекомендованому методі контрацепції.
Вибрати з анамнезу всі дані, які свідчать про наявність спадкової хвороби.
Дати подружжю з обтяженим анамнезом пояснення про можливості народження здорової чи хворої дитини.

Визначити необхідність перинатальної діагностики.
Скласти план обстеження подружньої пари, у якої є ризик виникнення спадкової хвороби.