МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

Навчально-науковий інститут психічного здоров,я

Навчально-науковий інститут Медицини

кафедра Госпітального акушерства і гінекології
та післядипломної освіти

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ З ДИСЦИПЛІНИ

«АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»

ТЕМА «Неплідний шлюб. Психологічні аспекти»

ДЛЯ СТУДЕНТІВ IV КУРСУ Навчально-наукового інституту психічного здоров,я

Освітній рівень: другий(магістерський)

Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я»

Спеціальність: 225 «Медична психологія»

Освітня програма: «Акушерство і гінекологія»

«Затверджено»
На методичній нараді
Кафедри Госпітального акушерства і гінекології
та післядипломної освіти
протокол №1 від 28.08. 2026 р.
Завідувач кафедри
Член-кор. НАМН України
Д.м.н., професор Говсєєв Д.О.

КИЇВ 2026-27

УДК 618 (072)

Методична рекомендація «Неплідний шлюб. Психологічні аспекти» для студентів IV курсу Навчально-наукового інституту психічного здоров,я з «Акушерство і гінекологія». Київ 2026-27

Авторський колектив кафедри Госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти:

Член-кореспондент НАМН України, професор, завідувач кафедри Говсєєв Д.О.

Професор, д.мед.н. Лакатош В. П.

Професор, д.мед.н. Загородня О. С.

Професор, д.мед.н. Прощенко О. М.

Доцент, к.мед.н. Авраменко С. О.

Доцент, к.мед.н. Бурка О. А.

Доцент, д.мед.н. Бондаренко Н. П.

Доцент, к.мед.н. Вітовський Я. М.

Доцент, к.мед.н. Жабіцька Л. А.

Доцент, к.мед.н. Жегулович В. Г.

Доцент, к.мед.н. Костенко О. Ю.

Доцент, к.мед.н. Купчік В.І.

Доцент, д.мед.н. Леуш С. С.

Доцент, к.мед.н. Наритник Т. Т.

Доцент, к.мед.н. Поладич І. В.

Доцент, к.мед.н. Прилуцька А. Б.

Доцент, к.мед.н. Слободяник О. Я.

Доцент, к.мед.н. Ткаліч В. О.

Доцент, к.мед.н. Цапенко Т.В.

Асистент, к.мед.н. Антонюк М І.

Асистент, к.мед.н. Осадчук С. В.

Асистент, доктор філософії Синиця М.В.

Тема: «НЕПЛІДНИЙ ШЛЮБ. Психологічні аспекти»

І. Науково-методичне обґрунтування теми

Неплідля в сім'ї — одна з найбільш важливих проблем сучасного акушерства-гінекології, тому що 10—20 % сімей в усіх країнах Європи скаржаться на затримку настання вагітності, а 3—5 % цих сімей взагалі залишаються стерильними.

Оскільки за останні роки ВООЗ визнало неплідля як хворобу жінки і чоловіка, то виникла потреба забезпечити цій категорії хворих лікування, на зразок тих хворих, які мають незворотні анатомічні вади чи фізіологічні відхилення. У зв'язку з цими вимогами неплідні сім'ї мають право на лікування з використанням усіх методів, якими володіє сучасна репродуктивна медицина.

Неплідля важливе і цікаве не тільки з медико-біологічної точки зору, але має велике державне, національне та соціальне значення.

ІІ.Навчально-виховні цілі

Для формування умінь студент повинен *знати:*

1) етіологію чоловічої та жіночої неплідності;

2) класифікацію неплідності;

3) об'єм обов'язкового та допоміжного обстеження чоловіка та жінки з неплідного шлюбу;

4) профілактику виникнення неплідності;

5) сучасні консервативні (медикаментозні), хірургічні та допоміжні методи лікування репродуктивної системи жінки.

Виховні цілі:

1. Виховувати у студентів усвідомлення важливості проблеми, зацікавити в детальному вивченні проблеми;
2. Дотримуватися деонтології у стосунках з хворими на неплідля та їх родичами;
3. Виховувати почуття особистої відповідальності лікаря будь-якого профілю за допомогу цій категорії хворих.

У результаті вивчення теми студент повинен *уміти:*

1) вибрати з даних анамнезу скарги, характерні для діагнозу неплідля;

2) скласти план обстеження неплідної пари;

3) прочитати, оцінити одержаний факт лабораторного та інструментального обстеження неплідної пари;

4) надати рекомендації про існуюче додаткове обстеження та існуючі методи відновлення репродуктивної функції.

III.Базові знання

1. Анатомія та фізіологічні особливості статевих жіночих та чоловічих органів.
2. Вплив оточуючого середовища та стану загального здоров'я сімейної пари на овуляцію та спермогенез.
3. Нейрогуморальна регуляція менструального циклу та її порушення.
4. Тести функціональної діагностики репродуктивної функції жінки.
5. Основні причини чоловічого неплідця.
6. Сучасні апаратні та лабораторні методи дослідження репродуктивної функції жінки.
7. Вплив лікарських (гормональних) засобів на репродуктивну функцію жінки.

V.План організації заняття

VI. Основні етапи заняття

А. Підготовчий — мотивація теми, виховна робота, контроль вихідного рівня базових знань шляхом опитування кожного студента, розподіл завдань для самостійної роботи.

Б. Основний етап: самостійна робота студентів під контролем виклада¬ча. Заняття проводяться в палаті, оглядовому кабінеті, операційній (якщо оперується хвора по темі заняття). Якщо всі студенти підготовлені задові-льно до проведення заняття, їх розподіляють на групи по 2 — 3 особи, і кожній групі надається хвора. За відсутності хворих, кожній групі можна надати історію хвороби або виписки із історії хвороби (амбулаторних карт), які студенти детально аналізують, вивчають показники лаборатор¬них методів обов'язкового та допоміжного обстеження, ставлять діагноз, складають план лікування, виписують рецепти, розбирають механізм дії лікарських засобів. Згодом кожна група доповідає всім результати анамнезу, огляду хво¬рої, результати додаткових методів обстеження, розглядаються засоби лі¬кування.

В. На заключному етапі проводиться контроль засвоєння матеріалу шляхом розв'язування тематичних задач, оцінюються усні звіти студентів про проведену роботу.

Викладач узагальнює роботу групи, оцінює роботу кожного студента, за¬дає домашнє завдання.

VII. Методичне забезпечення заняття

Місце проведення заняття: палата, оглядовий кабінет, операційна, УЗ-кабінет.

Оснащення: хвора по темі заняття, історії хвороби, виписки із історій хворо¬би, графіки базальної температури, симптом "арборизації", метросальпінгограми, УЗ-картини, муляжі жіночих статевих органів, таблиці, стенди, пробірки.

Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань:

1. Яке визначення неплідного шлюбу за даними ВООЗ?
2. Яке значення для визначення неплідця має вік жінки?
3. Який вік вва¬жається сприятливим для вагітності?
4. Які основні групи жіночої неплідності за даними ВООЗ?
5. Які основні причини чоловічого неплідця?
6. Які основні методи обстеження проводяться при обстеженні неплід¬ного шлюбу?
7. Які спеціальні методи обстеження проводяться при неплідному шлю¬бі (гормональні, імунологічні та інше)?
8. Як відновлюється репродуктивна функція жінки при порушеннях ме-нструальної функції?
9. Як відновлюється репродукція у жінки при перенесених запальних процесах — гострих та хронічних?
10. Які методи стимуляції овуляції застосовуються на практиці?
11. Які допоміжні консервативні методи відновлення репродуктивної функції застосовуються на сьогодні?
12. Які хірургічні методи відновлення репродукції застосовуються нині?

Завдання для самостійної роботи:

1. Провести аналіз тестів функціональної діагностики у пацієнтки з неплідцям

2. Оцінти результати спермограми

3. Дати заключення по метросальпінгографії

4. Проаналізувати дані ехогідротубації

5. Ретельно зібрати спеціальний анамнез у хворої з неплідцям

6. Спілкуючись з пацієнткою з неплідцям визначити його вид і напрямки обстеження

7. Аналізуючи історію хвороби з неплідцям визначити його вид, методи діагностики та лікування

8. Виписати рецепт ліків, які стимулюють овуляцію

9. Виписати рецепт на КОК

10. Виписати рецепт на препарат який використовується при синдромі галактореї-аменореї

11. Дати оцінку рентгенограми черепа

12. Дати оцінку посткоїтальному тесту

Зміст

Неплідця в сім'ї - одна з найбільш важливих проблем сучасного акушерства-гінекології, тому що 10 - 20 % сімей в усіх країнах Європи скаржаться на затримку настання вагітності, а 3 - 5 % цих сімей взагалі залишаються стерильними.

Оскільки за останні роки ВООЗ визнало неплідця як хворобу жінки і чоловіка, то виникла потреба забезпечити цій категорії хворих лікування, на зразок тих хворих, які мають незворотні анатомічні вади чи фізіологічні відхилення. У зв'язку з цими вимогами неплідні сім'ї мають право на лікування звикористанням усіх методів, якими володіє сучасна репродуктивна медицина. Неплідця важливе і цікаве не тільки з медико-біологічної точки зору, але має велике державне, національне та соціальне значення.

1. Визначення неплідця: з сучасної точки зору неплідця в сім'ї — це мимовільне або патологічне неплідця. Таким чином, розглядається неплідний шлюб, а не жіноче неплідця, як було в минулому. За визначенням ВООЗ, не- плідця — це непередбачене неплідця в сім'ї.

Частота неплідця становить 50% жіночого та 50 % чоловічого неплідця. 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: неплідця — це захворюва- ність чи синдром. За визначенням ВООЗ — це захворювання чоловіка і жінки,а тому в X Міжнародному переліку захворювань неплідця 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, тобто такі пари мають право одержати всі види медичної допомоги, якими володіє сучасна репродуктивна медицина.

Переважна більшість клініцистів вважає, що шлюб слід оцінювати неплідним, якщо вагітність не настала протягом одного року статевого життябез 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.

2.Класифікація неплідця:

І — фізіологічне (до настання менархе та менопаузи);
ІІ — патологічне.

Первинне — до 30%, коли вагітності не було ніколи.

Вторинне — > 60%, вагітність була, закінчилась пологами, абортом, позаматковою вагітністю, а більше не настає.

Неплідця абсолютне (коли немає гонад, матки) і відносне (запальніпроцеси та інше).

Неплідця може бути вроджене, набуте, тимчасове і постійне.

3.Етіологія та патогенез.

Основні причини чоловічого неплідця:

1. Патологічний склад сперми або відсутність сперматозоїдів;
2. Відсутність еякуляції (або її патологія);
3. Облітерація вивідних канальців спермогенеруючих органів чоловіка;
4. Хронічна інфекція;

5. Аутоімунні захворювання;

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

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

Згідно з даними ВООЗ, виділяють декілька причин неплідця. Понад 50

% становить ендокринне неплідця.

Згідно з класифікацією ВООЗ, виділяють 7 груп:

Ендокринне неплідця

Наступна група причин — запальні захворювання статевих органів.Запальні процеси статевих органів різної локалізації по-різному впливають на виникнення неплідця. Найбільше значення має запалення матки, маткових труб, очеревини в гострому періоді.

Певну роль відіграють хронічні інфекції: tbc, хламідіоз.Значну роль у виникненні неплідного шлюбу відіграє імунологічне не- пліддя.Запліднення та імплантація, як вважають, є двома специфічними проце-сами, 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 сенсибілізують 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 неплідця. 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. Емо- ційні хронічні стреси та фізична перевтома (майстри великого спорту, напри-клад). Ряд захворювань обміну речовин — ожиріння, гіпо- та гіперфункція щитоподібної залози, цукровий діабет — також є причиною неплідля. Вро- джені вади розвитку статевих органів та неправильні положення статевих органів зустрічаються рідко, але можуть спричиняти неплідля.

До неплідля можуть призводити хірургічні втручання в черевній порожнині, навіть якщо не оперували на статевих органах, а також генні та хромосомні аберації.

Досить значну групу складає неплідля невиясненого генезу, коли при всебічному обстеженні не виявлено будь-яких відхилень у здоров'ї партнерів,але вагітність відсутня протягом значного часу.

4.Діагностика.

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 контактів, libido та наявність оргазму, частота статевих контактів, 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 оволосіння

— 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.

Допоміжні методи обстеження:

1. Тести функціональної діагностики: базальна t°, феномен зіниці, краще цервікальне число — сума балів по 5 параметрах, що характеризують слиз шийки матки.

2. Гормональні проби при аменореї з прогестероном.

3. Рентгенограма гіпофіза.

4. Гістеросальпінгографія.

5. УЗ-дослідження.

6. Посткоїтальний тест для підтвердження інтравагінальної еякуляції (пробаШуварова-Гунера).

7. При 2 від'ємних пробах — імунологічний тест — проба Курцрок-Міллера.

4. Гістероскопія.

5. Лапароскопія.

6. Діагностичне вишкрібання матки.

7. Гормональна палітра (дослідження гормонів в крові): а) пролактин; б) визначення ФСГ, ЛГ, тестостерону; в) естрогени і прогестерон; г) визначення дегідроепіандростерону в сечі і плазмі крові.

8. Реакція на сифіліс, ВІЛ, хламідіоз.

9. Біопсія яєчників та тестикул.

10. Генетичне дослідження хворих на неплідля.

5.Лікування.

Впровадження системного підходу до діагностики неплідля дозволило розробити диференційний підхід до лікування різних форм неплідля чи поєднаних форм.

1. При виявленні перенесеного чи існуючого запального процесу рекомендується комплексне протизапальне лікування, санаторно-курортне лікування;

2. При ендокринному неплідді найперше слід відновити менструальну функцію.

3. При наявності менструального циклу можна починати з призначення оральних комбінованих контрацептивів строком на 3 — 4 місяці. Роз- раховують при такому методі на ребаунд-синдром — синдром відміни препарату.

4. При ановуляторному циклі приміняються індуктори овуляції: кломіфен, кломід, клостильбегід — від 50 до 150 мг на прийом, з 5 по 10 день менструального циклу, протягом 4 — 6 циклів. Слід контролювати гіперстимуляцію яєчників методом УЗД.

5. При синдромі галактореї-аменореї призначають парлодел (бромкрептин, норпролак) по 2,5 — 5 мг на добу під контролем базальної t° або УЗД.

6. При настанні вагітності слід рекомендувати хоріонічний гонадотропін людини (ХГЛ) або прегніл по 5 — 10 тис. одиниць (профазі, прималют) з 15 дня менструального циклу.

7. На сучасному етапі при гіпоталамо-гіпофізарній недостатності стимуляцію овуляції проводять препаратами хумігон, який містить по 75 МО активного

ФСГ і ЛГ. Препарат вводять з 1 по 7 день в дозі 75 МО, з 8 по 15 день — дозу подвоюють. При дисфункції ФСГ і нормальному ЛГ (чи навіть збільшеному) застосовують препарат метро-дін ВЧ, який містить високоочищений ФСГ. Прийом препаратів контролюється УЗД (визначають появу домінантних фолікулів), а з 14 — 15 дня також призначають ХГК, профазі, прегніл.

8. При склерозі чи полікістозних яєчниках використовується клостільбегід, кломіфен, а при необхідності — операції в об'ємі клиновидної резекції чи декапсуляції (фенестрації) яєчників з наступним застосуванням антиестрогенів (кломід, кломіфен).

9. При неплідді, зумовленому надниркиковим генезом, за наявності гірсутизму,лікують призначенням ½ - ¼ таблетки дексаметазону щодоби протягом 6-ти місяців, в сполученні з кломіфеном.

10. За наявності імунологічного генезу неплідця — рекомендують штучне

запліднення, кондомтерапія 1—2 роки, кріодеструкція епітелію шийки матки. Останнім часом в лікуванні безпліддя все більшого поширення набувають методи допоміжних репродуктивних технологій, це маніпуляції іззародковим матеріалом, який використовують для подолання безпліддя. Класичний варіант екстракорпорального запліднення полягає у взятті ооцитів у природному циклі лапаротомічно чи лапароскопічно, запліднені in vitro і перенесенні ембріонів у порожнину матки пацієнтки.

Нині використовують такі методи допоміжної репродукції:

- стандартну програму екстракорпорального запліднення: безпосередньоЕКЗ, ЕКЗ і ПЕ, IVF (In Vitro Fertilization), IVF- ET (InVitro Fertilization and Embryo Transfer);
- трансцервікальне перенесення гамет (GIFT) і зигот (ZIFN) у матковітруби;
- програму сурогатного материнства;
- екстракорпоральне запліднення з ізоцитоплазматичною ін'єкцієюсперматозоїдів (ЕКЗ +ICSI) ;
- ДО (ovum donation) – програму, що грунтується на методі екстракорпорального запліднення ооцитів донора під час лікування безпліддя реципієнтки з нефункціонуючими яєчниками, у тому числі в разі їх передчасного виснаження, дисгенезії гонад, генетичних порушень у жінок, а також під час природної менопаузи;
- ЕКЗ+ICSI в поєднанні з аспірацією сперматозоїдів із яєчка або йогопридатка (PESA, TESA, MESA);
- Поєднання екстракорпорального запліднення з іншими програмами при кріоконсервованих ембріонах.

У разі використання допоміжних репродуктивних технологій можливе виникнення таких ускладнень:

- Синдром гіперстимуляції яєчників.
- Багатоплідна вагітність.
- Ектопічної вагітності, ускладнень трансвагінальної пункції яєчників,

апоплексії і перекруту яєчника, гнійно-септичних ускладнень, що потребують оперативних втручань.

Хірургічне лікування

Ендоскопічні методи відновлення проходження труб, резекція чи декапсуляція яєчників; збереження труби при операціях з приводу позаматкової вагітності.

Профілактика.

- Регулярні огляди (двічі на рік) у гінеколога та уролога іззастосуванням ультразвукового дослідження малого тазу.

Тема «Аборт та його ускладення»

Невиношування вагітності – самовільне (спонтанне) передчасне переривання вагітності від зачаття до 37 тижня. Переривання вагітності в термін до 22 тижнівабо масою плода до 500 грамів, незалежно від наявності або відсутності ознак його життя, називається *абортом (викиднем).* Виділяють також поняття недоношування вагітності – *передчасні пологи*.

- ранній спонтанний аборт – спонтанне (самовільне) переривання вагітності (до 11 тижнів + 6 днів);
- пізній спонтанний аборт з 12 до 21 тижня + 6 днів;
- передчасні пологи з 22 повних до 36 тижнів + 6 днів (154 – 259 днів).

Частота мимовільних переривань вагітності по триместрам розподіляється наступним чином: в I триместрі – 75-80%, у II триместрі – 9-12%, в III триместрі – 4-8%. Висока частота переривань у I триместрі є свого роду природнім відбором, елімінацією аномально сформованого ембріону і в 50-60% пов'язана з хромосомними аномаліями зародка. Однак ці порушення можуть бути пов'язаніі з рядом інших причин, зокрема, з інфекцією, радіацією, стресом та ін.

Невиношування – поліетіологічна патологія. Порушення вагітності, як правило,обумовлено поєднанням ряду причин, які можуть діяти або водночас, або

приєднуватись з прогресуванням вагітності.

САМОВІЛЬНИЙ АБОРТ (ВИКИДЕНЬ)

Самовільний аборт відбувається без будь-яких зовнішніх втручань. Якщо самовільний аборт у жінки повторюється більше як 2 рази, його називають *звичним.*

Етіологія

1. Материнські причини:

нейро-ендокринні – гіпофункція яєчників (недостатність фолікулярної фази циклу, недостатність лютеїнової фази циклу, хронічна ановуляція, первинна яєчникова недостатність); порушення в системі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники (гіпофункція гіпофізу, синдром полікістозних яєчників – СПКЯ, гіперпролактінемія, гіперандрогенія яєчникового, наднирникового, змішаного генезу, тірєопатія, та їх поєднання);

анатомо-функціональні – вади розвитку статевих органів, істміко-цервікальна недостатність, дефекти матки (внутрішньоматкові синехії, патологія рецепторного апарату, гіпоплазія матки, аномалії розвитку матки), пухлиниматки та яєчників;

інфекційні – інфікування бактеріальними, вірусними, паразитарними та умовнопатогенними мікроорганізмами;

імунологічні – аутоімунні процеси (антифосфоліпідний синдром, системний червоний вовчак й інші аутоімунні захворювання), алоімунні процеси (ізоантигенна несумісність крові матері та плода за резус-фактором та антигенами системи АВО, сенсибілізація за фетальними антигенами), імунодефіцитні процеси;

генетичні фактори і хромосомні аномалії – найбільш часті хромосомні порушення – трисомія, моносемія, триплоідія, тетраплоідія.

2. Патологія вагітності – важкі форми ранніх гестозів, шийкова вагітність,міхурцевий занесок.

3. Екстрагенітальна патологія матері.

4. Патологія стану організму батька, у тому числі фактори, що сприяютьвиникненню патологічних змін еякуляту.

5. Соціально-середовищні фактори:

- *екологічні* (радіація, хімічне забруднення повітря, ін.);
- *вік матері* (до 18 і після 30 років);
- *несприятливі умови життя* (незбалансоване харчування, дефіцит вітамінів тощо);
- *професійні і виробничі шкідливості* (температурні, шумові, вібраційні, хімічні, радіаційні);
- *шкідливі звички*.(алкоголізм, наркоманія, куріння).

6. Нез'ясовані причини.

Фактори ризику самовільного аборту

- пізнє менархе та тривалий період становлення менструального циклу;
- розлад менструального циклу;
- медичні аборти, особливо, перший аборт, їх ускладнення;
- безпліддя, особливо після лікування методами допоміжних репродуктивних технологій;
- наявність самовільного переривання попередніх вагітностей;
- перинатальні втрати в анамнезі;
- патологічний перебіг попередніх вагітностей;
- запальні захворювання статевих органів;
- доброякісні пухлини матки;
- гінекологічні операції в анамнезі;
- алергічні захворювання полівалентного характеру;

- шкідливі звички (куріння);
- вплив тератогенів (інфекції, токсичні речовини, ліки);
- дефіцит фолієвої кислоти
- провокуючі фактори (травма, падіння, фізичне навантаження, coitus).

Патогенез переривання вагітності

Незважаючи на велике число факторів, які сприяють перериванню вагітності, діяїх в більшості випадків на кінцевому етапі однотипова і можуть бути виділені декілька патогенетичних варіантів викидня.

Перший патогенетичний варіант: *викидень за типом відторгнення*.

При дії будь-якого пошкоджуючого фактора найбільш вразливим органом в першій третині вагітності є хоріон. При цьому страждають в першу чергу такі функції як процеси біосинтезу гормонів, ферментів, білків, синтезу речовин, що

блокують процес розпізнавання «чужого» імунною системою матері. Падіння синтезу цих речовин особливо стероїдних та імуносупресивних субстанцій нижче критичного рівня, призводить до розвитку імунологічних реакцій за типом відторгнення алотранплантату.

Завдяки взаємодії систем клітинного та гуморального імунітету в реакції на

«чужерідні» тканинні антигени плода, антитіла, лімфоцити та вторинно активовані макрофаги матері накопичуються в ділянці прикріплення хоріона, а потім плаценти і виявляють цитотоксичну дію на клітини трофобласту. Виникає кровотеча і при відносно слабких скороченнях матки плідне яйце цілком або частково вигоняється із порожнини матки.

Переривання вагітності, що пов’язане з первинною загибеллю ембріону або плода внаслідок хромосомних мутацій чи генетичних дефектів відбувається самеза таким типом.

Другий патогенетичний варіант спонтанного викидню спостерігається в

основному у другому триместрі вагітності і перебігає по типу пологів. В більш пізні терміни вагітності падіння вироблення стероїдних гормонів, імуносупресивних субстанцій та інших біологічно важливих речовин відносно менше, ніж в більш ранні строки. В ці терміни вже добре розвинені опорні ворсини, які досить міцно утримують плаценту. До того ж часу в матці встигають відбутись наступні зміни: гіпертрофія і гіперплазія м'язових волокон, накопичення актоміозину, АТФ, ферментних білків, і матка стає чутливою до дііутеротонічних речовин. Реакція «відторгнення» перебігає за іншим типом, а саме по типу пологів. З'являються перейми, відкриття шийки матки і народження плода. При цьому механізмі переривання вагітності основна увага приділяється блокуванню скоротливої діяльності матки.

Ведучим компонентом ще одного патогенетичного варіанту, який пов'язаний з істміко-цервікальною недостатністю, є недостатність «запираючого» апарату матки.

Класифікація

1. За стадіями розвитку виділяють:

- *загрозливий аборт*
- *аборт «в ходу»*
- *неповний аборт,*
- *повний аборт*

2. Розрізняють також :

- *аборт, що не відбувся (припинення розвитку ембріона/плода)*
- *інфікований аборт*

<u>Загрозливий аборт.</u>

Клініка. При загрозливому аборті у хворої відмічається тягнучий біль в нижніх відділах живота, у другому триместрі біль може мати переймоподібний характер; можливі скудні або помірні кров'янисті виділення із статевих шляхів, затримка місячних.

Діагностика. При огляді у дзеркалах зовнішнє вічко закрито, спостерігаються скудні або помірні кров'янисті виділення.

Бімануальне піхвове дослідження свідчить, що матка легко збудлива, її тонус підвищений, розміри відповідають терміну вагітності

УЗ ознаками загрози аборту будуть наявність локального потовщення міометрію у вигляді валика, що випинається у порожнину матки, деформація контурів плідного яйця, його вдавлення за рахунок гіпертонусу матки, наявність ділянок відшарування хоріону чи плаценти.

Тактика ведення загрозливого аборту.

Після встановлення діагнозу та до початку лікування необхідним є визначення життєздатності ембріона/плода та подальшого прогнозу вагітності. Для цього використовують критерії сприятливого чи несприятливого прогнозу даної вагітності.

Сприятливий прогноз:

- сонографічні ознаки - наявність серцевих скорочень при КТР плода 6 мм (трасвагінально), відсутність брадикардії, відповідність розмірів ембріону розмірам плідного яйця, ріст плідного яйця в динаміці;
- біохімічні ознаки – рівень ХГЛ та прогестерону відповідає гестаційному віку.

Несприятливий прогноз:

- наявність спонтанних абортів в анамнезі, вік жінки >34 років;
- сонографічні ознаки – відсутність серцевих скорочень при КТР 10 мм (трасабдомінально), брадикардія, пусте плідне яйце діаметром 15мм при терміні гестації 7 тижнів, 21мм - в 8 тижнів; невідповідність розмірів ембріону розмірам плідного яйця; відсутність росту плідного яйця через 7- 10 днів; субхоріальна гематома;
- біохімічні ознаки – рівень ХГЛ нижче норми для гестаційного віку, зростає менш ніж на 66% за 48 годин (до 8 тижнів вагітності) або знижується; вміст

прогестерону нижче норми для гестаційного віку та знижується.

За наявності клінічних ознак загрозливого аборту у термін вагітності менше 8 тижнів та несприятливих ознак прогресування вагітності проведення терапії, спрямованої на збереження вагітності не рекомендується.

Пацієнтка має бути поінформована щодо результатів обстеження, прогнозу даної вагітності та можливих ускладнень, пов'язаних з використанням лікарських засобів. Потрібне отримання письмової згоди на проведення медикаментозних та оперативних втручань.

При загрозі переривання вагітності в термін більше 8 тижнів та за відсутності ознак несприятливого прогнозу застосовуються заходи, спрямовані на збереження та підтримку розвитку вагітності.

Лікування. Для лікування загрозливого аборту використовуються препарати прогестерону. Показанням для застосування прогестерону є наявність в анамнезі двох та більше спонтанних викиднів в першому триместрі (звичний викидень),

доведена до вагітності недостатність лютеїнової фази, виліковане безпліддя, вагітність внаслідок допоміжних репродуктивних технологій. Застосування прогестерону за будь-якими іншими показаннями не має доведеної ефективності. Рутинне призначення гестагенних препаратів при загрозливому аборті не підвищує відсоток виношування (А).

Застосування інших традиційних методів лікування (ліжковий режим, спазмолітична та седативна терапія) не мають доказів ефективного та безпечного застосування.

Препарати прогестерону:

- масляний розчин прогестерону (внутрішньом'язово);
- мікронізований прогестерон – утрожестан (вагінально або перорально);
- синтетичні похідні прогестерону - дідрогестерон (перорально).

<u>Різні препарати прогестерону не можна призначати одночасно.</u>

Не виявлено статистично достовірної різниці ефективності різних способів

призначення прогестерону (в/м, перорально, інтравагінально). Не доведено переваги будь якої схеми та не визначено оптимальний термін використання прогестерону.

Моніторинг ефективності лікування визначається за допомогою: даних УЗД, тестів функціональної діагностики, динаміки рівнів ХГЛ та прогестерону в сироватці крові (один раз на тиждень до зникнення симптомів).

Аборт в ході

Клініка. Ця стадія самовільного аборту супроводжується тягнучим болем в нижніх відділах живота (у другому триместрі біль може мати переймоподібний характер) з посиленням в динаміці до інтенсивного, кров'янистими виділеннямизі статевих шляхів здебільше у великій кількості.

Діагностика. При огляді у дзеркалах відмічається вкорочена шийка матки, зовнішнє вічко відкрите. Кров'янисті виділення у великій кількості; частини плідного яйця у цервікальному каналі, підтікання навколоплідних вод (може бути відсутнім в рані терміни вагітності). При бімануальному піхвовому дослідженні визначається підвищений тонус матки, її розмір відповідає строкувагітності.

За необхідністю може бути проведене УЗД, при якому відмічається повне або майже повне відшарування плідного яйця (до 12 тижнів), наявність ділянки відшарування плаценти (після 12 тижнів).

Тактика ведення аборту в ході.

В термін вагітності менше 16 тижнів:

- проводять вакуум аспірацію або кюретаж стінок порожнини матки в ургентному порядку під адекватним знеболенням та заходи спрямовані на стабілізацію гемодинаміки в залежності від об'єму крововтрати. Обов'язкове патогістологічне дослідження видаленої тканини.

В термін вагітності більше 16 тижнів

- у разі відсутності значної кровотечі після спонтанного вигнання елементів плідного яйця проводять вакуум-аспірацію або кюретаж стінок порожниниматки та заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки в залежності від об'єму

крововтрати.

- у разі кровотечі, під адекватним знеболенням:

при наявності умов проводять евакуацію вмісту матки (не чекають спонтанного вигнання продукту запліднення) та заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки в залежності від об'єму крововтрати;

при відсутності умов – абдомінальне переривання вагітності.

У разі необхідності та за відсутності протипоказань можливо використання утеротоніків:

- для прискорення вигнання продукту запліднення у терміні гестації 16 тижнів та більше лише окситоцин (у дозі 10 ОД в/м або в/в крапельно у 500мл ізотонічного розчину хлориду натрію, до 40 крапель за хвилину);
- у разі кровотечі після вигнання або під час кюретажу для покращання скоротливої спроможності матки вводять один з утеротоніків:

окситоцину 10 ОД в/м або в/в крапельно у 500 мл ізотонічного розчину хлориду натрію зі швидкістю до 40 крапель за хвилину;

ергометрину 0,2 мг в/м або в/в (у разі необхідності можливо повторити введення вказаної дози, максимальна добова доза не більше 1 мг);

мізопростол 800 мкг ректально.

Профілактичне застосування антибіотиків є обов'язковим. Вибір препарату, дози та тривалість використання має бути визначено індивідуально.

Всім резус-негативним жінкам, у яких не має анти-резус антитіл, вводятьанти-D імуноглобулін згідно діючого протоколу.

Неповний аборт

Клініка. Для неповного аборту характерна наявність болю в нижніх відділах живота (біль може мати переймоподібний характер) з посиленням в динаміці до інтенсивного та зменшенням в подальшому через експульсію плідного яйця. Кров'янисті виділення зі статевих шляхів різного ступеня вираженості, переважно значні.

Діагностика. При огляді у дзеркалах визначається вкорочена шийка матки, відкрите зовнішнє вічко, що супроводжується кров'янистими виділеннями різного

ступеня вираженості.

При бімануальному піхвовому дослідженні відмічається м'якої консистенції матка, розміри якої менше терміну гестації, різний ступінь розкриття шийки матки.

За даними УЗД порожнина матки розширена >15 мм, шийка матки розкрита, плідне яйце/плід не візуалізується, можуть візуалізуватися тканини неоднорідної ехоструктури.

Тактика ведення неповного аборту

У разі неповного аборту обов'язково проводять звільнення матки від залишків ембріональних/плодових тканин з наступним їх патогістологічним дослідженням.

За відсутності абсолютних показань до кюретажа або вакуум-аспірації, рекомендується надання пацієнтці можливості вибору метода звільнення матки від залишків плідного яйця: хірургічний або медикаментозний.

Хірургічний метод евакуації вмісту порожнини матки (кюретаж або вакуум-аспірація).

Абсолютні показання до хірургічного методу:

- інтенсивна кровотеча,
- розширення порожнини матки >50 мм (УЗД),
- підвищення температури тіла вище 37,5°С.

Кюретаж стінок порожнини матки або вакуум-аспірацію проводять під адекватним знеболенням; паралельно проводять заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки відповідно до об'єму крововтрати.

Обов'язкове застосування антибіотиків. Вибір препарату, дози та тривалість використання мають бути визначені за індивідуальними клінічними показаннями.

Медикаментозний метод евакуації вмісту порожнини матки

Медикаментозний метод може використовуватися

- лише у разі підтвердженого неповного аборту у першому триместрі.
- якщо відсутні абсолютні показання для хірургічної евакуації

- лише за умови госпіталізації до медичного закладу що надає екстрену допомогу цілодобово

Протипоказання

Абсолютні:

- наднирникова недостатність;
- тривала терапія глюкокортикоїдами;
- гемоглобінопатії або антикоагулянтна терапія;
- анемія (Hb < 100 г/л);
- порфірія;
- мітральний стеноз;
- глаукома;
- прийом нестероїдних протизапальних засобів протягом попередніх 48 годин.

Відносні:

- гіпертензія,
- тяжка бронхіальна астма.

Для медикаментозної евакуації вмісту порожнини матки використовують:

Мізопростол – 800-1200мкг одноразово інтравагінально в умовах стаціонару. Препарат вводять у заднє склепіння піхви лікарем під час огляду у дзеркалах. Через кілька годин (як правило протягом 3-6 годин) після введення мізопростолу починаються маткові скорочення та вигнання залишків плідного яйця.

Спостереження:

Жінка залишається для спостереження в умовах стаціонару протягом доби післявигнання і може бути виписана із стаціонару у разі:

- відсутності значної кровотечі,
- відсутності симптомів інфекції,

- можливості негайно звернутися до цього медичного закладу у будь який час цілодобово.

Через 7-10 днів після виписки з стаціонару в амбулаторних умовах проводиться контрольний огляд пацієнтки та УЗД.

Перехід до хірургічної евакуації після медикаментозної евакуації здійснюють уразі:

- виникнення значної кровотечі;
- появи симптомів інфекції;
- евакуація залишків не розпочалась протягом 8 годин після введення мізопростолу;
- виявлення залишків плідного яйця у порожнині матки під час УЗД через 7-10 днів.

Рандомізовані дослідження демонструють відсутність статистичної різниці ефективності хірургічної та медикаментозної евакуації при неповному викидні в терміні до 70 днів від 1 дня останньої менструації.

Повний аборт

Клініка. При повному аборті хвора може скаржитись на тягнучий біль в нижніх відділах живота різної інтенсивності (може бути відсутній), незначні кров'янистівиділення із статевих шляхів (можуть бути відсутні) після експульсії плідного яйця.

Діагностика. При огляді у дзеркалах визначається сформована шийка матки, закрите зовнішнє вічко; спостерігаються незначні кров'янисті виділення або вони можуть бути відсутні.

При бімануальному піхвовому дослідженні пальпується щільна матка, розміри якої менше терміну гестації. Цервікальний канал закритий (іноді не повністю).

За результатами УЗД порожнина матки <15 мм, цервікальний канал закритий (іноді не повністю), плідне яйце/плід не візуалізується, залишки продукту

запліднення в порожнині матки не візуалізуються

Тактика ведення повного аборту.

За відсутності скарг, кровотечі та тканини в порожнині матки за даними УЗД немає необхідності в інструментальній ревізії матки. Контрольне УЗ обстеження через 1 тиждень.

Необхідність профілактичного застосування антибіотиків, вибір препарату, дози та тривалість використання мають бути визначені за індивідуальними клінічними показаннями.

<u>Аборт, що не відбувся (припинення розвитку ембріона/плода)</u>

Клініка. Припинення розвитку вагітності із затримкою плодових тканин в матці супроводжується зникненням суб'єктивних ознак вагітності. Іноді спостерігаються кров'янисті виділення з матки та підвищення температури тіла.

Діагностика. При огляді у дзеркалах шийка матки сформована, зовнішнє вічко закрите. За даними бімануального піхвового дослідження розміри матки менше терміну гестації, цервікальний канал закритий.

При проведенні УЗД:

- 5-6 тижнів: невідповідність розмірів плодового яйця терміну гестації, не візуалізується жовточний мішок, не візуалізується ембріон. Діагноз вагітності, що не розвивається, в терміні 5-6 тижнів має бути підтвердженим не менше ніж двома спеціалістами. За відсутності впевненості в ультразвукових критеріях дослідження треба повторити через 3-7 днів, паралельно визначити динаміку рівнів хоріогонічного гонадотропину.
- 7-8 тижнів: відсутність серцевих скорочень ембріону, невідповідність розмірів терміну гестації.
- 9-12 тижнів: відсутність серцевих скорочень та рухів ембріону, невідповідність розмірів матки терміну гестації.

Тактика ведення аборту, що не відбувся

В разі підтвердження діагнозу - терміново провести евакуацію

ембріональних/плодових тканин з порожнини матки хірургічним або медикаментозним методами.

Знаходження вагітності, що не розвивається, в порожнині матки протягом 4 тижнів та більше збільшує ризик коагулопатичних ускладнень, в зв'язку з чим необхідно бути готовим для боротьби з можливою кровотечею (визначити групу крові, резусфактор, коагулограму).

Індукція скоротливої діяльності при вагітності, що не розвивається в другому триместрі здійснюється застосуванням препаратів простагландинів (мізопростол), або утеротонічних засобів (окситоцин), або хірургічним методом (кюретаж, вакуум-аспірація).

Необхідність профілактичного застосування антибіотиків, вибір препарату, дози та тривалість використання має бути визначено за індивідуальними клінічними показаннями.

Реабілітація репродуктивної функції після мимовільного аборту

Незважаючи на те, що один мимовільний аборт не вважається фактором ризику звичного невиношування, за наявності у матері ознак станів, які могли виступати причиною переривання вагітності (ознаки інфекційних захворювань, ендокринних порушень, структурних порушень матки) бажаним є дообстеження

пацієнтки. У разі виявлення певної патології жінка має бути проінформована пронеобхідність лікування та заклади, де вона може отримати це лікування.

Обов'язковим є профілактика інфекційно-запальних захворювань, санація вогнищ хронічного запалення, нормалізація біоценозу піхви, діагностика та лікування TORCH–інфекцій.

Після перенесеного аборту необхідною є психологічна реабілітація. При необхідності проведення медико – генетичного консультування.

В плані подальшого ведення передбачення неспецифічної прегравидарної підготовки: антистресова терапія, нормалізація раціону харчування, режиму праці та відпочинку, відмова від шкідливих звичок.

Звичний аборт.

Звичний викидень – визначається як наслідок двох або більше вагітностей поспіль, що закінчились викиднем. Якщо серії цих епізодів передувала нормальна успішна вагітність, то такий стан визначається як «вторинний звичний» викидень», якщо ні – використовується термін «первинний звичний викидень»

Обстеження жінок зі звичним невиношуванням вагітності.

Обстеження жінок для визначення причин звичного невиношування починаютьпісля переривання вагітності, або під час наступної вагітності, якщо жінка звернулася після її настання. Обстеження повинно бути спрямоване на виявлення можливих причин невиношування, для виключення розладів у будь якій системі, або органі спостережуваної жінки.

Дослідження каріотипу подружньої пари обумовлено тим, що приблизно у 2- 5% випадків звичного невиношування один з батьків або обоє (рідше), є носіями збалансованої хромосомної аномалії. Виявлення порушення у будь – кого з батьків є показанням до консультації клінічного генетика для встановленнявірогідності народження дітей без застосування допоміжних репродуктивних технологій, а також для визначення показань для проведення цитогенетичного дослідження плідного яйця (плода) якомога у ранньому терміні вагітності**.(С)**

Ультразвукове дослідження репродуктивних органів проводиться з метою виявлення вроджених або набутих порушень, які можуть перешкоджати розвитку вагітності. Двомірне ультразвукове дослідження з або без гістеросальпінгографії, проведене кваліфікованим спеціалістом, є достатнім для виявлення порушень анатомічної будови репродуктивних органів.

Не доведена необхідність рутинного проведення гістеросальпінгографії для діагностики порушень анатомічної будови репродуктивних органів.

Ведення жінок зі звичним невиношуванням вагітності різної етіології

Антифосфоліпідний синдром є причиною звичного невиношування вагітності в близько 20% випадків. У жінок зі звичним невиношуванням вагітності

та антифосфоліпідним синдромом комбінована терапія аспірин та гепарин достовірно знижує частоту мимовільного аборту на 54% **(А).** Визначення наявності вовчакового антикоагулянту та антифосфоліпідних антитіл

проводиться з використанням стандартних тестів. Наявність позитивного результату тесту для одних і тих же антитіл (Ig M і IgG) двічі з проміжком 4-6 тижнів на рівні середніх або високих титрів є підставою до встановлення діагнозу та проведення лікування. *Застосування кортикостероїдів у жінок з звичним невиношуванням та АФС не збільшує частоту живонароджень та може супроводжуватись збільшенням материнської та неонатальної захворюваності (А).*

Будь яка ***тяжка інфекція у матері***, що перебігає з бактеріємією або вірусемією, може бути чинником самовільного викидня, хоча роль інфекційного фактора в структурі чинників невиношування вагітності не зовсім з'ясована. Для того, щоб інфекційний агент був «прийнятий» як чинник саме звичного невиношування він повинен мати здатність персистенції у геніальному тракті жінки без наявних ознак, або спричинювати мінімальні прояви.

Виявлення і лікування ***бактеріального вагінозу*** у ранні терміни вагітності зменшує ризик повторних самовільних абортів і передчасних пологів **(А)** Обстеження на TORCH інфекцію для виявлення причин звичного не виношування у випадках коли є підозра на наявність інфекції, або відомості про наявність інфекції у минулому чи проведення її лікування **(С)**

Істміко-цервікальна недостатность (ІЦН) – не пов'язане зі скоротливою діяльністю матки мимовільне згладжування та розкриття шийки, що призводитьдо повторного переривання вагітності частіше в другому триместрі.

Діагностика. До групи високого ризику належать жінки, що мають в анамнезі: два та більше епізодів переривання вагітності в другому триместрі, які не були результатом скоротливої діяльності матки чи відшарування плаценти; випадки мимовільного безболісного розкриття шийки матки до 4-6 см при попередніх вагітностях; наявність хірургічних втручань на шийці матки, розриви шийки матки другого або третього ступенів в минулих пологах; інструментальні

дилатації шийки матки під час штучного переривання вагітностей.

При огляді можна встановити вроджені або набуті анатомічні дефекти ектоцервіксу, розкриття шийки матки до 2 та більше см в другому триместрі вагітності при відсутності маткових скорочень та відшарування плаценти;пролабірування плідного міхура з зовнішнього вічка шийки матки.

При трансвагінальному УЗД – вкорочення шийки матки до 25мм та більше в терміні 16- 24 тижнів, клиноподібну трансформацію каналу шийки матки на 40% довжини та більше.

Лікування звичного не виношування вагітності.

При встановленні етіологічного фактору невиношування проводять патогенетичне лікування, спрямоване на усунення патології, яка лежить в основі переривання вагітності

З метою лікування звичного невиношування вагітності необхідно застосовуватилише **заходи з доведеною ефективністю**.

Лікування станів, які супроводжуються дефіцитом ендогенного прогестерону (недостатність лютеїнової фази, вилікуване безпліддя, вагітність в наслідок допоміжних репродуктивних технологій) є ефективним.

В групі жінок зі звичним викиднем застосування прогестерону з метою профілактики переривання вагітності демонструє статистично достовірне зниження частоти переривання вагітності в порівнянні з плацебо або відсутністю терапії (А).

Методика лікування прогестероном наведена вище.

Схема комбінованої терапії антифосфоліпідного синдрому після чітко встановленого діагнозу.

Аспірин 75 мг/добу.

Прийом аспірину починають як тільки тест на вагітність стає позитивним та продовжують до пологів.

Нефракціонований гепарин 5 000 ОД підшкірно кожні 12 годин або низькомолекулярний гепарин у середній профілактичній дозі.

Застосування гепарину починають як тільки за допомогою УЗД зареєстрована серцева діяльність ембріону. Застосування гепарину припиняють в 34 тижні вагітності. При застосуванні нефракціонованого гепарину проводять контроль рівня тромбоцитів щотижнево протягом перших трьох тижнів, потім кожні 4 – 6 тижнів. Якщо при попередніх вагітностях мали місце тромбози терапія можебути продовжена до пологів та в післяпологовому періоді.

Лікування істміко-цервікальної недостатності.

Лікування полягає в накладанні профілактичного чи лікувального шва на шийкуматки. Операція проводиться в терміні 13 – 16 тижнів вагітності за наявності нижче вказаних умов:

- живий плід без видимих вад розвитку;
- цілий плідний міхур;
- відсутність ознак хоріонамніоніту;
- відсутність пологової діяльності та/або кровотечі;
- перший або другий ступінь чистоти піхви.

Профілактичний шов на шийку матки показаний:

- жінкам групи високого ризику, які мали в анамнезі два та більше самовільних викидні, або передчасні пологи в другому триместрі вагітності.

Терапевтичний шов на шийку матки показаний жінкам групи ризику з наступними УЗ даними:

- коротка шийка (менше 2,5 см) без клиноподібної трансформації цервікального каналу;
- коротка шийка (менше 2,5 см) в поєднанні з прогресуючою в динаміці клиноподібною трансформацією цервікального каналу;
- коротка шийка (менше 2,5 см) в поєднанні з прогресуючою в динаміці клиноподібною трансформацією цервікального каналу на 40 % та більше при одноразовому дослідженні.

Ургентний або лікувальний шов на шийку матки пропонують жінкам з моменту встановлення діагнозу.

- Санація хронічних вогнищ інфекції жіночих статевих органів.

Завдання для самостійної роботи:

1. Провести аналіз тестів функціональної діагностики у пацієнтки з неплідцям
2. Оцінти результати спермограми
3. Дати заключення по метросальпінгографії
4. Проаналізувати дані ехогідротубації
5. Ретельно зібрати спеціальний анамнез у хворої з неплідцям
6. Спілкуючись з пацієнткою з неплідцям визначити його вид і напрямки обстеження
7. Аналізуючи історію хвороби з неплідцям визначити його вид, методи діагностики та лікування
8. Виписати рецепт ліків, які стимулюють овуляцію
9. Виписати рецепт на КОК
10. Виписати рецепт на препарат який використовується при синдромі галактореї-аменореї
11. Дати оцінку рентгенограми черепа
12. Дати оцінку посткоїтальному тесту

Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань:

1. Яке визначення неплідного шлюбу за даними ВООЗ?
2. Яке значення для визначення неплідця має вік жінки?
3. Який вік вважається сприятливим для вагітності?
4. Які основні групи жіночої неплідності за даними ВООЗ?
5. Які основні причини чоловічого неплідця?
6. Які основні методи обстеження проводяться при обстеженні неплідного шлюбу?
7. Які спеціальні методи обстеження проводяться при неплідному шлюбі (гормональні, імунологічні та інше)?
8. Як відновлюється репродуктивна функція жінки при порушеннях менструальної функції?

9.Як відновлюється репродукція у жінки при перенесених запальних процесах — гострих та хронічних?

10. Які методи стимуляції овуляції застосовуються на практиці?

11. Які допоміжні консервативні методи відновлення репродуктивної функції застосовуються на сьогодні?

12. Які хірургічні методи відновлення репродукції застосовуються нині?

Тестові задачі:

1. Хвора скаржиться на нерегулярний менструальний цикл, значне збільшення маси тіла, гірсутизм, неплідність .При бімануальному дослідженні матка трохи менше норми, по обидва боки визначаються щільні, рухливі яєчники розмірами 4 х 5 х 4см, безболісні. Про яку патологію слід думати?

- хвороба полікістозних яєчників;
- двобічний хронічний аднексит;
- туберкульоз придатків матки;
- двобічні кисти яєчників;
- ендометріоз яєчників

2. Жінка 18 років скаржиться на відсутність вагітності на протязі 1 року регулярного статевого життя. Вагітності не запобігає. Вагітностей не було. При бімануальному дослідженні патології не виявлено. З якого метода слід починати обстеження цієї пари?

- спермограми;
- гістеросальпінгографії;
- лапароскопії;
- тестів функціональної діагностики;
- бактеріологічного посіву

3. Хвора 27 років, звернулась зі скаргами на нерегулярні місячні, безпліддя пртягом 4-х років. Відмічається ожиріння, гіпертрихоз. При дослідженні матка невеликих розмірів, яєчники з обох боків збільшені, щільні. Виділення – білі. При обстеженні: базальна температура монофазна. Який діагноз?

- синдром полікістозних яєчників;
- генітальний туберкульоз;

- синдром Шихана;

- ендометріоз яєчників;

-синдром Симонса

4. Хвора, 30 років, звернулась зі скаргами на відсутність місячних на протязі 5 місяців, неплідддя. Відмічає виділення молока з молочних залоз. При дослідженні: матка невеликих розмірів, рухома, безболісна. Придатки без особливостей. На рентгенограмі черепу патології патології не виявлено. Виявлено підвищення пролактину в сироватці крові. Який діагноз?

- гіперпролактінемія

- гіпотеріоз;

- синдром склерокистозу яєчників;

- аденома гіпофіза;

- туберкульозне враження ендометрія

5. На прийом до лікаря звернулась жінка із скаргами на неплідддя. Основні симптоми: ожиріння, гірсутизм, гіпоменструальний синдром. При УЗД – дослідженні ендометрію визначена гіперплазія. Ознакою якого стану є це заключення?

- Хронічна ановуляція;

- запальні процеси ендометрію;

- перстстенція жовтого тіла;

- гіпотиреоз;

- нормальний стан ендометрію

Ситуаційні задачі

1. 1.Хвора Е. 27 років, звернулась зі скаргами на нерегулярні місячні, безпліддя пртягом 4-х років. Відмічається ожиріння, гіпертрихоз. При дослідженні матканевеликих розмірів, яєчники з обох боків збільшені, щільні. Виділення – білі. При обстеженні: базальна температура монофазна. Який діагноз ймовірний? Які додаткові методи дослідження для встановленнякінцевого діагнозу?

2. В гінекологічне відділення поступила хвора Д. 28 років, зі скаргами на неплідддя впродовж 2-х років. З анамнезу: 3 штучних абортів, менструальний цикл без особливостей. Чоловік обстежений – спермограма в нормі. Що перше необхідно зробити?

3. Хвора К. 30 років, звернулась зі скаргами на відсутність місячних протягом 5-ти місяців, неплідддя. Відмічає виділення молока з молочних залоз. При дослідженні: матка невеликих розмірів, рухома, безболісна. Придатки без особливостей. На рентгенограмі черепу патології патології не виявлено. Який діагноз? Який гормон буде підвищений в сироватці крові?

4. На прийом до лікаря жіночої консультації звернулась жінка Н. 28 років, із скаргами на неплідддя. При з'ясуванні анамнезу виявлено основні симптоми: ожиріння, гірсутизм, гіпоменструальний синдром. При УЗ-дослідженні ендометрія визначена гіперплазія. Ознакою якого стану є це заключення? Які додаткові методи дослідження слід застосувати?

5. Хвора М. 36 років, що не народжувала, звернулася з приводу лікування ановуляторного безпліддя. Тривалий час страждає ожирінням. Менструації з 11 років, перші менструальні цикли нерегулярні, їх тривалість коливалася від 60 до120 днів. Менструації протікають важко і тривають 7-10 днів. Зміст пролактину в сироватці крові та результати дослідження функції щитовидної залози в межахнорми. Біопсія ендометрія виявила його проліферацію з ділянками аденоматозної гіперплазії. Чим можна підтвердити факт прохідності маткових труб? Який попереднійдіагноз та план лікування?

Література.

Основна:

1. Гінекологія: підручник (за ред. Б.М. Венцківського, Г.К. Степанківської, В.П. Лакатоша).- К.: ВСВ Медицина, 2012.648 с.

2. Акушерство і гінекологія (у 2-х книгах): підручник (за ред. Грищенко В.І., Щербини М.О.) // Книга ІІ. Гінекологія. К. Медицина, 2011.375 с.

3. Запорожан В.М., Чайка В.К., Маркін Л.Б. Акушерство і гінекологія (у4-х томах): національний підручник: 2013.

Допоміжна:

1. Біотехнологія запліднення ін вітро (одна з методик ДРТ) (за ред. Ф.В. Дахно. – К.: Світ Успіху, 2014. 312 с.

2. Сенчук А.Я., Вдовиченко Ю.П., Венцковский Б.М., Шунько Е.Е.

Руководство по практичеким навыкам в гинекологии, акушерстве инеонатологии. К.: Гидромакс, 2006. 368 с.

Методична

1. Мілерян В.Є. Методичні основи підготовки та проведення занять увищих медичних навчальних закладах. К., 2007. 120 с.