

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет медичний

Кафедра акушерства та гінекології

ЗАТВЕРДЖУЮ
Проректор з науково-педагогічної роботи
Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ
«29» серпня 2024 року



**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ З
ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ**

Факультет медичний, курс V

Навчальна дисципліна «Акушерство та гінекологія»

Практичне заняття. Тема №2: «Консультування з питань планування сім'ї та підбору метода післяпологової контрацепції»

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №2. Консультування з питань планування сім'ї та підбору метода післяпологової контрацепції

Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету

Протокол №1 від «29» серпня 2024 року

Завідувач кафедри



(Ігор ГЛАДЧУК)

Розробники:

к.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології



Панчук Е.А.

к.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології



Бикова Н.А.

Практичне заняття №2

Тема: Консультування з питань планування сім'ї та підбору метода післяпологової контрацепції

Мета: Навчитись проводити збір акушерського та гінекологічного анамнезу у жінки після пологів. Засвоїти план обстеження пацієнтки перед вибором методу контрацепції. Ознайомитися з основними видами діяльності планування сім'ї у післяпологовий період. Оволодіти консультуванням з питань планування сім'ї. Навчитись проводити підбір сучасного методу післяпологової контрацепції.

Основні поняття: План обстеження пацієнтки перед вибором методу контрацепції. Оцінка пацієнтки та медичних критеріїв прийнятності методу контрацепції.

Обладнання: Професійні алгоритми, структурно-логічні схеми, таблиці, муляжі, відеоматеріали, результати лабораторних та інструментальних досліджень, ситуаційні задачі, пацієнти, історії хвороби.

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

Актуальність теми обумовлена важливістю запобігання вагітності у жінок у післяпологовий період, необхідністю знань методів контрацепції у післяпологовий період для того, щоб мати змогу консультувати таких жінок та було можливим досягти певних результатів:

- уникати небажаної вагітності;
- народити бажаних дітей;
- регулювати інтервали між вагітностями;
- вибирати час народження дитини в залежності від віку батьків та стану їхнього здоров'я;
- планувати кількість дітей у сім'ї.

2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, тестування онлайн, фронтальне опитування тощо).

- Вимоги до теоретичної готовності здобувачів вищої освіти до виконання практичних занять.

Вимоги до знань:

- навчитись проводити збір акушерського та гінекологічного анамнезу у жінки після пологів;
- засвоїти план обстеження пацієнтки перед вибором методу контрацепції;
- ознайомитися з основними видами діяльності планування сім'ї у післяпологовий період;
- оволодіти консультуванням з питань планування сім'ї;
- навчитись проводити підбір сучасного методу післяпологової контрацепції.

Перелік дидактичних одиниць:

- План обстеження пацієнтки перед вибором методу контрацепції.
- Оцінка пацієнтки та медичних критеріїв прийнятності методу контрацепції.

Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття.

Питання:

1. Основні завдання планування сім'ї, зокрема у післяпологовому періоді.
2. Клінічний перебіг післяпологового періоду, поняття раннього та пізнього післяпологового періоду.
3. Концепція грудного вигодовування.
4. Метод лактаційної аменореї (МЛА).
5. Використання бар'єрних методів контрацепції і сперміцидів у післяпологовому періоді.
6. Призначення ВМЗ у післяпологовому періоді.
7. Чисто прогестинові контрацептиви для жінок після пологів.
8. Добровільна хірургічна стерилізація у жінок після пологів.

Типові ситуаційні задачі:

1. 20 - річна незаміжня Н., прийшла в клініку для проведення аборт. Строк вагітності 10 тижнів. Менструальний цикл не регулярний. При спілкуванні виявилось, що вона не знає про методи контрацепції. Вона студентка і в найближчий час не хоче народжувати дітей.

Питання: Які методи контрацепції являються для неї найбільш прийнятними?

Відповідь: КОК, або «голандський метод» - КОК з презервативами.

2. 28 - річна жінка прийшла до лікаря для спостереження через тиждень після виконаного аборт. У неї було троє пологів та один аборт. Має трьох живих дітей. На даний момент почуває себе добре. Всі діти здорові, молодшому 4 роки.

Питання: Який метод контрацепції можна порекомендувати?

Відповідь: рекомендується ВМЗ, якщо немає запальних захворювань органів малого тазу.

Тестові тестові завдання:

1. Жінці 32 років, має одну дитину і рідкі (1-2 статеві контакти в два місяці) статеві зв'язки з одним статевим партнером, слід рекомендувати:

- A. Перерваний статевий акт
- B. Хірургічна стерилізація
- C. Презерватив
- D. Природний метод
- E. Гормональна контрацепція

2. Жінка, 23 років, дітей не має. Який метод контрацепції їй застосовувати не варто?

- A. Хірургічний
- B. КОК
- C. ВМК
- D. Презервативи
- E. Природне планування сім'ї

Вірні відповіді: 1 – C, 2 – A.

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо).

- Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).

Інтерактивне завдання:

Здобувачів освіти групи ділимо на 3 підгрупи в кількості 4-5 чоловік в кожній. Працюємо у кабінетах жіночої консультації з гінекологічними пацієнтками, даємо завдання:

I підгрупа – проведення оцінки пацієнтки.

II підгрупа – проведення консультування пацієнтки з планування сім'ї, підбору метода контрацепції.

III підгрупа – оцінює правильність відповіді I та II підгруп і вносить свої корективи.

Нетипові ситуаційні задачі:

1. 35-річна пацієнтка прийшла порадитися, що можна зробити, щоб настала вагітність. В минулому вона перенесла дві операції з приводу позаматкової вагітності, обидві маткові труби видалені при операціях.

Питання: Діагноз? Які можливі методи слід застосувати щодо даної пацієнтки?

Відповідь: Вторинне безпліддя. Методи допоміжних репродуктивних технологій (ЕКО).

2. Пацієнтка 25 років, в анамнезі 1 пологи, 5 штучних абортів. Не вагітніє протягом 1 року.

Питання: Діагноз? Призначте методи обстеження.

Відповідь: Вторинне безпліддя. Обстеження чоловіка (спермограма), обстеження гормонального стану, метросальпінгографія, УЗД.

Нетипові тестові задачі:

1. Заміжній жінці 28 років, що має одного статевого партнера, страждає хронічним тромбофлебітом вен нижніх кінцівок, матері однієї дитини, потрібна:

- A. Оральні контрацептиви
- B. Хірургічна стерилізація
- C. ВМК
- D. Імпланти
- E. Сперміциди

2. Хвора 30-ти років скаржиться на безпліддя протягом трьох років. В анамнезі - позаматкова вагітність (оперативне лікування - сальпінгоектомія ліворуч рік тому) та кістома правого яєчника (оперативне лікування - аднексектомія праворуч два роки тому). Чоловік обстежений, патології не виявлено. Яку тактику лікування безпліддя потрібно порадити цій подружній парі?

- A. Екстракорпоральне запліднення
- B. Лапароскопію
- C. Гістероскопію
- D. Гідротубацію
- E. Штучну інсемінацію спермою донора

Вірні відповіді: 1 – C, 2 – A.

3.2. Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтуючі карти для формування практичних вмінь та навичок тощо).

Клінічний перебіг післяпологового періоду, поняття раннього та пізнього післяпологового періоду

Післяпологовий період починається відразу після пологів і триває протягом 56 днів. Протягом цього часу органи репродуктивної системи жінки повертаються до стану, що існував до вагітності.

Післяпологовий період поділяється на ранній та пізній.

Ранній післяпологовий період починається з моменту вигнання посліду та триває 2 години. В цей період породілля знаходиться у пологовій кімнаті під наглядом лікаря, що пов'язане з виникненням ускладнень, насамперед, кровотечі. Цей період є дуже важливим і його треба розглядати як термін швидкої адаптації організму жінки після великого навантаження під час вагітності та пологів.

Пізній післяпологовий період починається через 2 години після закінчення пологів і триває продовж 56 днів. Під час цього періоду відбувається інволюція всіх органів і систем, що змінилися у зв'язку з вагітністю і пологами. Виняток становлять молочні залози, функція яких активується саме в післяпологовий період.

Треба відмітити, що призначення будь-якого методу або засобу контрацепції, як правило, стає актуальним по закінченні 56 днів після пологів, бо в більшості випадків через соціальні обставини, які прийнятні в суспільстві, у подружжя триває період післяпологового утримання (абстиненції).

Концепція грудного вигодовування

Найбільш фізіологічним, природним способом годування новонароджених є грудне вигодовування.

Грудне вигодовування поліпшує перебіг адаптивного процесу, сприяє ставленню місцевого та загального імунітету, формуванню фізіологічної мікрофлори кишок, знижує ризик раннього інфікування у новонароджених.

Годування новонародженого виконується за його вимогою.

Метод лактаційної аменореї

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

Тривалість ановуляції варіює від 4 до 24 місяців після пологів, хоча у деяких жінок овуляція поновлюється на другому місяці післяпологового періоду. Дані наукових досліджень показують, що навіть після поновлення менструальноподібних виділень частота настання вагітності у жінок, які годують груддю нижча, ніж серед жінок, які припинили грудне вигодовування.

Під час лактації розвивається фізіологічне безпліддя. Частота і тривалість грудного годування визначають тривалість ановуляторного безпліддя внаслідок зменшення пульсуючого виділення гонадотропінрелізінг-гормону

(ГТРГ), що, в свою чергу призводить до пригнічення секреції лютеогормону (ЛГ), необхідного для нормальної активності яєчника. Попередні дослідження показали, що при грудному вигодовуванні в гіпоталамусі зменшується вміст опіоїдів, що впливають на виділення ГТРГ.

Від частоти і тривалості годування груддю залежить вироблення пролактину. Сання груді новонародженим викликає два рефлекс, що стимулюють секрецію молока:

Пролактиновий рефлекс: нервові імпульси від навколососкових ділянок шкіри передаються до блукаючого нерва, а потім в гіпоталамус, де нейропептиди стимулюють продукцію пролактину в гіпофізі, що призводить до секреції молока і до ановуляції;

Рефлекс виділення молока: імпульси від навколососкової зони досягають задньої частки гіпофіза, де у відповідь секретується окситоцин, що зумовлює скорочення молочної залози і виділення молока.

Хоча переваги грудного вигодовування для здоров'я дитини загальновідомі, використання лактаційної аменореї як методу планування сім'ї було визначене не так давно. Міжнародна група вчених, що зібралася у 1988р.в Центрі з досліджень та конференцій в Белладжіо (Італія), розглянула наукові дані відносно дії грудного годування на фертильність.

Учасники групи прийшли до висновку, що жінки, які не користуються методом контрацепції, але повністю або майже повністю годують груддю і в яких спостерігається аменорея, мають дуже малий ризик (менше 2%) завагітніти в перші шість місяців після пологів. Висновки, сформульовані цією групою, стали відомі як «Консенсус в Белладжіо».

«Консенсус» став науковою базою для визначення станів, при яких грудне годування може безпечно застосовуватись для планування інтервалів між пологами. Були розроблені правила по використанню лактаційної аменореї як методу планування сім'ї. Ці правила включають у себе три умови, яких слід дотримуватись для того, щоб був забезпечений захист від небажаної вагітності:

1. Виключно грудне вигодовування;
2. Аменорея;
3. Після пологів минуло не більше 6 місяців

МЛА забезпечує захист від вагітності більш ніж на 98% протягом перших 6 місяців після пологів при дотриманні вищезгаданих умов.

Переваги контрацептивні:

- Ефективний (1-2 вагітності на 100 жінок у перші 6 місяців використання)
- Негайна ефективність
- Не пов'язаний зі статевим актом
- Відсутність системних побочних ефектів
- Немає необхідності в спеціальному медичному спостереженні
- Не слід поповнювати запас контрацептиву
- Не потрібні грошові витрати

Переваги неконтрацептивні (для дитини):

- Пасивна імунізація
- Найкраще джерело поживних речовин
- Зменшення контакту із заразними організмами води, іншого молока чи дитячого харчування, а також з кухонним посудом

Недоліки:

- Залежить від жінки (вимагає дотримання правил грудного вигодовування).
- Може виявитись важковиконуваним через соціальні обставини.
- Має високу ефективність тільки до поновлення менструацій або не більше 6 місяців.
- Не захищає від захворювань, які передаються статевим шляхом (включаючи ВІЛ/СНІД).

Хто може використовувати МЛА:

Жінки, які годують виключно груддю не менш чим 6 раз на добу, у яких після пологів пройшло менше 6 місяців і чиї менструації ще не поновились.

Хто не повинен використовувати МЛА:

Жінки, у яких поновились менструації.

Жінки, які не годують виключно груддю.

Жінки, якщо дитині виповнилось 6 або більше місяців.

Як потрібно використовувати цей метод (МЛА):

Годувати дитину з обох грудей на її вимогу приблизно 6-10 раз на добу.

Годуйте дитину як минимум один раз вночі (інтервал між двома годуваннями не повинен перевищувати 6 годин).

Дитина може не хотіти їсти 6-10 разів на добу або може спати всю ніч. Це нормальні явища, але якщо будь-яке з них має місце, то ефективність грудного вигодовування як методу контрацепції знижується.

Поновлення менструацій означає, що дітородна функція відновилась і жінці необхідно негайно почати оберігатись (якщо у неї нема репродуктивних намірів).

Якщо поновились менструації, то жінці потрібно почати використовувати інший контрацептивний метод, якщо вона більше не годує виключно груддю або дитині 6 місяців.

Якщо жінка або її партнер підлягають ризику зараження ЗПСШ, включаючи вірус СНІДУ, то слід використовувати бар'єрні методи контрацепції (презервативи) разом з МЛА.

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 або механічним шляхом або сполученням того й іншого.

Незавжаючи на те, що в даний час існує цілий ряд більш ефективних методів контрацепції, використання презервативів залишається дуже

важливим, враховуючи, що вони є єдиним контрацептивним засобом, спроможним запобігти передачі ВІЛ і ЗПСШ.

Саме користування презервативом як засобом запобігання небажаної вагітності дозволяє активно залучати чоловіків до планування сім'ї і бережливого ставлення до жінки.

При правильному використанні презервативів їхній контрацептивний ефект дуже високий, «контрацептивні невдачі» становлять 12,5%.

Механізм дії:

Запобігають потраплянню сперми в жіночий репродуктивний тракт.

Запобігають передачі мікроорганізмів (включаючи ЗПСШ і ВІЛ) від одного партнера до другого (тільки латексні і вінілові).

Переваги контрацептивні:

- Негайна ефективність
- Не впливають на грудне вигодовування
- Можуть використовуватись як страхувальний метод разом з іншими контрацептивами
- Відсутній ризик для здоров'я, пов'язаний з використанням методу
- Відсутні системні побічні явища
- Широкодоступні (в аптеках та в немедичних закладах)
- Продаються без рецепта
- Не обов'язково проводити медичний огляд перед початком використання
- Недорогий метод

Переваги неконтрацептивні:

- Сприяють залученню чоловіка до планування сім'ї
- Єдиний метод планування сім'ї, який забезпечує захист від ЗПСШ, ВІЛ (тільки латексні, вінілові)
- Можуть сприяти зниженню ризику розвитку 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.

Недоліки:

- Середня ефективність (2-12 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання)
- Контрацептивна ефективність залежить від бажання пари дотримуватись інструкцій
- Можуть знизити чутливість статевого члена
- Видалення використаних презервативів може стати проблемою
- Необхідна наявність відповідних умов зберігання у користувачів
- Необхідно мати достатній запас презервативів до початку статевого акта
- Необхідна постійна наявність у продажу

- Можуть викликати подразнення у чоловіків і жінок як самим презервативом, так і сперміцидом

Хто не може використовувати презервативи:

- Пари, де вагітність жінки являє собою серйозну небезпеку для її здоров'я
- Пари, в яких один чи обидва партнери страждають алергією на матеріал, з якого виробляються презервативи
- Пари, які потребують високоефективного методу контрацепції
- Пари, які хочуть використовувати метод, не пов'язаний зі статевим актом
- Пари, які не бажають постійно і правильно використовувати презервативи під час кожного статевого акту

Сперміциди

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

До складу сучасних сперміцидів входять, як правило, два компоненти: спермоушкоджуючі хімічні речовини і основа (носії).

Сперміцидні речовини, які використовуються майже у всіх наявних в даний час сперміцидах, являють собою сурфактанти – поверхово-активні речовини, які руйнують клітинні мембрани сперматозоїдів. Винятком є препарат А-сеп-53, що продається в Європі, в якому як активна сперміцидна речовина використовується інгібітор ферментів.

Роль носія, що входить в сперміцидні засоби-забезпечити дисперсію хімічного агента в піхві шляхом огортання шийки матки і утримання його на місці так, щоб кожен сперматозоїд не уник контакту зі сперміцидним інгредієнтом. Буває у вигляді аерозолів, паст, гелів (крему), вагінальних пінистих таблеток, розчинних супозиторіїв, вагінальних пінистих супозиторіїв.

Переваги контрацептивні:

- Негайна ефективність
- Не впливають на грудне годування
- Можуть використовуватися 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.

Переваги неко́нтрацептивні:

- Сприяють залученню чоловіка до планування сім'ї
- Деякий захист від ЗПСШ, ВІЛ

Недоліки:

- Середня ефективність (3-21 вагітність на 100 жінок протягом першого року використання)
- Контрацептивна ефективність залежить від бажання жінки дотримуватись інструкцій
- Жінка повинна ввести контрацептив за 10-15 хвилин до початку статевого акту
- Кожне введення ефективне тільки протягом 1-2 години
- Необхідна наявність відповідних умов зберігання у користувачів
- Необхідно мати достатній запас до початку статевого акту
- Необхідна постійна наявність у продажу

Хто може використовувати сперміциди:

Матері, які годують груддю і потребують контрацепції.

Жінки, які не хочуть або не можуть використовувати гормональні методи контрацепції, ВМС.

Жінки, які бажають захисту від ЗПСШ та ВІЛ, партнери яких не згодні використовувати презервативи.

Пари, які потребують тимчасового методу контрацепції на період очікування іншого методу.

Пари, які мають не часті статеві зносини.

Хто не повинен використовувати сперміциди:

Жінки, чий вік або кількість пологів в анамнезі, або проблеми зі здоров'ям роблять вагітність надзвичайно небезпечною.

Жінки, які відчують труднощі із застосуванням цього методу.

Жінки які страждають алергією на сперміциди.

Жінки з генітальними та іншими аномаліями.

Пари, які потребують високоефективного методу контрацепції.

Пари, які не бажають виконувати інструкції і використовувати сперміцид при кожному статевому акті.

Внутришньоматкові засоби (ВМЗ)

Виділяють ВМЗ, які мають у складі мідь, срібло, золото, а також прогестинний компонент.

Механізм дії:

Впливають на здатність сперматозоїдів проходити через порожнину матки (які у складі мають метал).

Впливають на репродуктивний процес перед тим, як яйцеклітина досягне порожнини матки (які у складі мають метал).

Згущають цервикальний слиз (прогестинові).

Змінюють стан ендометрію (прогестинові).

Переваги контрацептивні:

- Висока ефективність (0,5-1,0 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання)
- Негайна ефективність
- Тривалий період дії

- Метод не пов'язаний зі статевим актом
- Метод не впливає на грудне годування
- Негайне повернення фертильності після вилучення ВМЗ
- Мало побічних ефектів
- Крім візиту до лікаря після введення ВМЗ, жінці слід звертатися до лікаря тільки в разі виникнення проблем
- Пацієнтці не треба нічого мати про запас
- Відносно недорогий метод
- Тільки прогестинові ВМЗ зменшують ментструальні болі і менструальну кровотечу

Недоліки:

- Перед введенням необхідно провести гінекологічний огляд та рекомендується обстеження на ЗПСШ;
- Обов'язкова наявність підготовленого медпрацівника для введення та вилучення ВМЗ;
- Жінка повинна перевіряти нитки ВМЗ після менструацій, якщо вони супроводжувались болями, переймами, або мажучими кров'янистими виділеннями;
- Жінка сама не може припинити використання методу (залежить від медпрацівника);
- Можлива спонтанна експульсія ВМЗ;
- Можуть збільшити ризик позаматкової вагітності і розвитку ЗЗОМТ у жінок, які входять до групи ризику ЗПСШ
- ВМЗ не захищають від ЗПСШ, ВІЛ, якщо хто-небудь з партнерів має ризик зараження цими захворюваннями необхідно використовувати презервативи разом з ВМЗ.

Хто може використовувати ВМЗ:

Годуючи матері, які потребують контрацепції;
Жінки будь-якого репродуктивного віку;
Жінки з будь-якою кількістю пологів в анамнезі;
Жінки, які бажають мати вискоєфективний та довготривалий захист від вагітності;
Жінки, які раніше успішно використовували ВМЗ;
Жінки після пологів, які не годують груддю;
Жінки, які мають низький ризик зараження ЗПСШ;
Жінки, які не хочуть чи не можуть використовувати гормональні методи;
Жінки, які можуть забути про необхідність щоденного вживання таблеток.

Хто не повинен використовувати ВМЗ:

Вагітні жінки (встановлена чи підозрювана вагітність);
Жінки з неясними вагінальними кровотечами;
Жінки з інфекцією статевих шляхів;
Жінки з вродженими аномаліями матки та пухлинами матки;

Жінки із захворюванням клапанів серця в активній фазі;

Жінки із діагностованою трофобластичною пухлиною, тазовим туберкульозом, раком статевих органів.

Коли потрібно вводити ВМЗ:

У будь-який день менструального циклу, якщо є тверда впевненість, що жінка не вагітна;

З першого по сьомий день менструального циклу;

Після пологів (зразу після в перші 48 годин або через 4-6 тижнів – тільки ВМЗ з металом; через 6 місяців, якщо жінка використовує МЛА і є впевненість, що жінка не вагітна).

Чисто прогестинові таблетки(ЧПТ)

Використання гормональних препаратів тільки зі вмістом гестагена дозволяє жінці після пологів мати надійний засіб контрацепції, не перериваючи грудне вигодовування. Такі препарати не впливають на якість кількості грудного молока і здоров'я дитини (після 6 міс). Якщо дитині менше 6 міс, то прогестин може негативно вплинути на нормальний ріст дитини.

В якості прогестина використовуються:

Левоноргестрел

Норетиндрон

Норгестрел

Лінестренол

Механізм дії:

Згущають цервікальний слиз, перешкоджаючи проникненню сперматозоїдів;

Змінюють ендометрій, ускладнюючи імплантацію;

Зменшують рух сперматозоїдів у верхньому статевому тракті (фаллопієві труби);

Пригнічують овуляцію.

Переваги контрацептивні:

- Ефективні, якщо приймаються в один і той же час щодня;
- Негайна ефективність;
- Не вимагається проходження гінекологічного огляду;
- Метод не пов'язаний зі статевим актом;
- Метод не впливає на грудне годування;
- Негайне повернення фертильності після припинення вживання;
- Мало побічних ефектів;
- Метод зручний і простий у застосуванні;
- Не містять естрогену.

Переваги неконтрацептивні:

- Можуть зменшити менструальні болі і кровотечу;
- Можуть сприяти зниженню анемії;
- Знижують ризик розвитку раку ендометрію, ризик розвитку доброякісних пухлин молочної залози.

Недоліки:

Викликають нерегулярні кровотечі/мажучі виділення на ранніх стадіях майже у всіх жінок;
Можливе деяке збільшення або втрата ваги;
Вимагається постійна мотивація для щоденного вживання;
Повинні вживатися в один і той же час щодня;
Необхідно мати можливість поповнення запасу контрацептиву;
Ефективність може знижуватися при одночасному вживанні деяких протисудомних чи протитуберкульозних препаратів (рифампіцин);
Метод не захищає від ЗПСШ, ВІЛ.

Хто може використовувати ЧПТ:

Жінки будь-якого репродуктивного віку;
Жінки з будь-якою кількістю пологів в анамнезі;
Жінки, які бажають мати ефективний захист від вагітності;
Годуючи матері, що потребують контрацепції;
Жінки після пологів, які не годують груддю;
Жінки, які палять, що мають порушення згортання крові;
Жінки, які не хочуть використовувати або яким не рекомендуються контрацептиви, що містять естроген.

Хто не повинен використовувати ЧПТ:

Вагітні жінки (встановлена або підозрювана вагітність);
Жінки з неясними вагінальними кровотечами;
Жінки, які не можуть переносити ніяких змін в характері менструальних кровотеч;
Жінки, які вживають протисудомні або протитуберкульозні препарати;
Жінки, які не можуть пам'ятати про щоденне вживання таблеток в один і той же час.

Комбіновані оральні контрацептиви

Не рекомендується для годуючих жінок у перші 6-8 тижнів після пологів;
Відкласти використання КОК до початку відлучення від грудей;
Якщо жінка грудьми не годує, КОК можна використовувати через 3 тижні після пологів;
Використання КОК у перші 6 міс після пологів зменшує кількість грудного молока і може негативно вплинути на нормальний ріст дитини (цей ефект продовжується 6 міс);
У перші 3 тижні після пологів КОК дещо збільшують ризик підвищеного тромбоутворення у зв'язку з вмістом у них естрогенів.

Зауваження:

КОК є найменш прийнятними методами для годуючих матерів;
Через 3 тижні після пологів ризик підвищеного тромбоутворення зникає;
КОК можуть використовуватись жінками, які під час вагітності мали гестоз, за умови, що до моменту вживання контрацептивів жінка має нормальний артеріальний тиск і здорова.

Добровільна хірургічна стерилізація

Немає медичних передумов, за якими стерилізація була б абсолютно неприйнятна для пацієнта. Можуть існувати стани або обставини, які диктують необхідність дотримуватися деяких застережень чи відкласти процедуру для корекції стану жінки.

Процедура хірургічної стерилізації представляє собою трубну окклюдію – хірургічне блокування прохідності труб з метою перешкодження злиття сперматозоїда та яйцеклітини, тобто заплідненню. Трубна окклюдія є методом перманентного припинення жіночої репродуктивної функції. При блокуванні маткових труб (зав'язавши та перерізавши їх або використовуючи скобки, кільця або електрокоагуляцію), запліднення яйцеклітини стає неможливим.

Методи:

Міні-лапаротомія (післяпологова, інтервальна)

Лапароскопія

Післяпологова міні-лапаротомія

Операцію можна проводити в пологовому блоці або операційній у перші дві доби після пологів. Виконується через невеличкий поперечний розріз (1,5-3см) нижче пупа, тому що в післяпологовий період матка та маткові труби розташовані високо в черевній порожнині. Операція може виконуватись під місцевим знеболюванням з використанням седативних препаратів та аналгетиків.

Після пологів можна використовувати зажими (кліпи) Фільші, які накладають на маткові труби на відстані близько 1-2 см від матки.

Ускладнення можуть бути пов'язані з анестезією і розвитком післяопераційних запальних захворювань органів малого тазу. Це ускладнення можна звести до мінімуму ретельним обстеженням жінки з метою виявлення протипоказань до стерилізації (післяпологової кровотечі, інфекційних захворювань та запальних процесів). Операцію слід виконувати обережно для уникнення травмування кишки, лігування труб повинно бути надійним для запобігання кровотечі. Операцію не рекомендується проводити пізніше ніж через 48 годин після пологів у зв'язку з ризиком висхідної інфекції при більш пізньому її виконанні.

Якщо міні-лапаротомію не можна здійснити після пологів, то операцію можна виконати через 6 тижнів.

Інтервальна міні-лапаротомія

Проводиться після повної інволюції матки через 6 тижнів після пологів або в будь-який день менструального циклу, якщо є впевненість, що жінка не вагітна.

Техніка операції дещо відрізняється: розріз проводиться над лобком, використовується металевий під'ємник матки, щоб наблизити матку і труби до розрізу. Стерилізація виконується методом Помероя або Паркланда.

Лапароскопія

Під час лапароскопічної стерилізації частіше всього застосовуються кільця, зажими або електрокоагуляція. Операція проводиться у спеціальній операційній, частота ускладнень невелика.

Переваги трубної окклюдії:

- Висока ефективність (0,2-4 вагітності протягом першого року використання);
- Негайна ефективність;
- Постійний метод;
- Не впливає на грудне годування;
- Підходить жінкам, для здоров'я яких вагітність є серйозною небезпекою;
- Нескладна хірургічна процедура, яка зазвичай виконується під місцевою анестезією;
- Відсутність побічних ефектів;
- Не змінює статеву функцію – не впливає на функцію яєчників

Недоліки:

Метод незворотній;

Пацієнтка може згодом шкодувати про своє рішення;

Короткочасний дискомфорт/біль після операції;

Не захищає від ЗПСШ, ВІЛ

Не повинна проводитися у післяпологовому періоді, а також у жінок, які мають ЗПСШ, ЗЗОМТ.

Загальні положення, які стосуються всіх жінок:

Пацієнтка має право змінити своє рішення в будь-який момент до початку процедури;

Пацієнтку не можна спонукати ніякими способами до згоди на добровільну стерилізацію;

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

Згода чоловіка не є обов'язковою умовою.

Хто може використовувати трубну окклюдію:

Жінки репродуктивного віку;

Жінки з будь-якою кількістю пологів в анамнезі;

Жінки, які впевнені, що досягли бажаної кількості дітей;

Жінки, які хочуть використовувати надійний метод контрацепції;

Жінки, для здоров'я яких вагітність є серйозною загрозою;

Жінки після пологів і абортів, які не страждають ЗППШ, ЗЗОТ.

Хто не може використовувати трубну окклюдію:

Вагітні жінки (вагітність наявна чи підозрювана);

Жінки з невиясненими вагінальними кровотечами;

Жінки з гострою тазовою або системною інфекцією;

Жінки, які не можуть переносити хірургічні втручання;

Жінки, які не впевнені в своїх намірах відносно фертильності в майбутньому;

Жінки, які не дали добровільну свідому згоду на проведення процедури.

II. Практичні роботи (завдання), які виконуватимуться на занятті :

1. Бімануальне дослідження.
2. Забір мазків для бактеріоскопічного, бактеріологічного та цитологічного досліджень у жінок у післяпологовому періоді.
3. Обстеження молочних залоз.
4. Обстеження в дзеркалах.
5. Збір акушерсько-гінекологічного анамнезу у післяпологовому періоді у жінок.
6. Призначення різних методів контрацепції жінкам у післяпологовому періоді в залежності від їх бажання, використання грудного вигодовування, репродуктивних намірів, стану репродуктивної системи, наявності чи відсутності екстрагенітальних захворювань.

Бімануальне піхве дослідження

- 1) привітатись з пацієнткою;
- 2) ідентифікувати пацієнтку (ПІБ, вік);
- 3) проінформувати пацієнтку про необхідність проведення дослідження;
- 4) пояснити пацієнтці, як проводиться дослідження;
- 5) отримати дозвіл на проведення дослідження;
- 6) вимити руки;
- 7) вдягнути оглядові рукавички;
- 8) першим та другим пальцями лівої (правої) руки розвести великі соромні губи, середній палець «домінантної» руки розташувати на рівні задньої спайки, обережно натиснути на неї, щоб відкрити вхід до піхви;
- 9) обережно та повільно ввести середній палець, потім вказівний палець у піхву по задній стінці до склепіння та шийки матки, четвертий та п'ятий пальці привести до долоні, великий палець відвести до верху;
- 10) визначити довжину піхвової частини шийки матки в сантиметрах;
- 11) визначити консистенцію шийки матки (щільна, м'яка);
- 12) визначити прохідність зовнішнього вічка цервікального каналу (закритий, пропускає кінчик пальця);
- 13) оцінити болісність екскурсії шийки матки;
- 14) другу долоню обережно покласти на живіт (над симфізом) та помірно надавити для визначення дна тіла матки;
- 15) вивести тіло матки між двома руками та визначити:
 - положення матки відносно шийки матки (anteflexio, retroflexio);
 - розміри тіла матки (нормальні, зменшені, збільшені);
 - консистенцію тіла матки (щільно-еластична, м'яка, ущільнена);
 - рухомість тіла матки (відносно рухома, обмежено рухома);
 - чутливість при пальпації (болісна, безболісна);

- 16) розмістити пальці в дні правого бокового склепіння та використовуючи обидві руки пропальпувати праве вагінальне склепіння та праві додатки матки, визначити їх розмір, рухливість та болісність;
- 17) розмістити пальці в дні лівого бокового склепіння та використовуючи обидві руки пропальпувати ліве вагінальне склепіння та ліві додатки матки, визначити їх розмір, рухливість та болісність;
- 18) визначити ємкість піхвових склепінь;
- 19) проінформувати пацієнтку про результати дослідження;
- 20) подякувати пацієнтці;
- 21) зняти оглядові рукавички;
- 22) вимити руки.

Вимоги до результатів роботи, в т.ч. до оформлення.

- основні завдання планування сім'ї у післяпологовому періоді;
- основні рекомендації по запобіганню небажаної вагітності після пологів;
- метод лактаційної аменореї;
- бар'єрні, контрацептивні та внутрішньоматкові методи контрацепції;
- хірургічні методи контрацепції.

Матеріали контролю для заключного етапу заняття: задачі, завдання, тести тощо.

Нетипові ситуаційні задачі:

1. 19-річна пацієнтка звернулась до лікаря зі скаргою, що 2 роки тому перенесла штучне переривання вагітності за власним бажанням, а останній рік вагітність не настає. Шлюб другий.

Питання: Діагноз? Яке обстеження слід провести для встановлення причини непліддя?

Відповідь: Вторинне безпліддя. Обстеження на урогенітальні інфекції, метросальпінгографія, УЗД, обстеження чоловіка (спермограма), обстеження гормонального стану.

2. Пацієнтці 20 років, має 6 - місячну дівчинку. Жінка не хоче мати дитину в наступні 2-3 роки. Чоловік згоден, що їм не слід мати дітей протягом 2-3 років.

Питання: Який метод контрацепції можна порадити використовувати подружжю?

Відповідь: найкраще у даному випадку порекомендувати ВМЗ.

Тестові завдання:

1. Розлученій жінці 32 років, що має одну дитину і рідкісні (1-2 статеві контакти в два місяці) статеві зв'язки з одним статевим партнером, слід рекомендувати:

А. Перерваний статевий акт

- В. Хірургічна стерилізація
 - С. Презерватив
 - Д. Природний метод
 - Е. Гормональна контрацепція
2. Який метод контрацепції використовують лише після пологів:
- А. Внутрішньоматкові протизаплідні засоби
 - В. Добровільну хірургічну стерилізацію
 - С. Чисто прогестинові ін'єкційні протизаплідні засоби
 - Д. Природне планування сім'ї
 - Е. Метод лактаційної аменореї
- Вірні відповіді: 1 – С, 2 – Е.

4. Підведення підсумків

Поточний контроль: опитування, тестування, оцінювання виконання практичних навичок, оцінювання комунікативних навичок під час рольової гри, розв'язання ситуаційних клінічних завдань, оцінювання активності на занятті.

Підсумковий контроль: КПП.

Оцінювання поточної діяльності на практичному занятті:

- Оцінювання теоретичних знань з теми заняття:
 - методи: опитування, вирішення ситуаційної клінічної задачі
 - оцінювання: максимально – 5, мінімально – 3, незадовільно – 2
- Оцінка практичних навичок та маніпуляцій з теми заняття:
 - методи: оцінювання правильності виконання практичних навичок
 - оцінювання: максимально – 5, мінімально – 3, незадовільно – 2
- Оцінювання роботи із пацієнтами з теми заняття:
 - методи: комунікативні навички спілкування з пацієнтом та його близькими; правильність призначення та оцінки лабораторних та інструментальних досліджень; дотримання алгоритму проведення диференціального діагнозу; обґрунтування клінічного діагнозу; складання плану лікування
 - оцінювання: максимально – 5, мінімально – 3, незадовільно – 2

Оцінка за одне практичне заняття є середньоарифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину (5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

Критерії поточного оцінювання на практичному занятті

Оцінка	Критерії оцінювання
Відмінно «5»	Здобувач вільно володіє матеріалом, бере активну участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, впевнено демонструє практичні навички. Відмінно інтерпретує данні клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень,

	висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
Добре «4»	Здобувач добре володіє матеріалом, бере участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички. Добре інтерпретує данні клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з деякими помилками, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
Задовільно «3»	Здобувач недостатньо володіє матеріалом, невпевнено бере участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під та інтерпретує данні клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з суттєвими помилками.
Незадовільно «2»	Здобувач не володіє матеріалом, не бере участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, не демонструє практичні навички.

5.Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Акушерство та гінекологія : нац. підручник для медичних ВНЗ IV рівнів акредитації у 4 т.// Нац. підручник у 4 томах / Запорожан В. М., Татарчук Т.Ф., Гладчук І.З., Подольский В.В., Рожковська Н.М., Марічереда В.Г., Волянська А.Г. -К.: ВСВ «Медицина», 2017. - 696 с.
2. Навчальний посібник з акушерства (за ред.. І.Б.Венцківської, В.П.Лакатоша, В.М.Куща). – К., 2018. – РА-ГАРМОНІЯ – 210 с.
3. Акушерство і гінекологія: у 2-х книгах.- Книга 1. Акушерство: Підручник для студ. мед. ЗВО. — 3-тє вид. Дopusчено МОЗ / За ред. В.І. Грищенка, М.О. Щербини та ін. - К.: Медицина, 2018.- 424 с.
4. Акушерство і гінекологія: У 2 кн. — Кн. 2: Гінекологія: Підручник для студ. мед. ЗВО. — 3-тє вид. Дopusчено МОЗ / За ред. В.І. Грищенка, М.О. Щербини. — К., 2020. — 376 с.
5. Планування сім'ї та контрацепція: навчальний посібник / В.І. Бойко, Н.В. Калашник, А.В. Бойко та ін.; за заг. ред. д-ра мед. наук, проф. В.І. Бойка. – Суми: Сумський державний університет, 2018. – 223 с.

Додаткова:

1. Діючі «Клінічні протоколи» затверджені наказом МОЗ України з акушерства і гінекології
2. Клінічне акушерство та гінекологія: Навч. посіб.: пер. 4-го англ. вид. / Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон; наук ред. пер. Микола Щербина. — К., 2021. — X, 454 с., тв. пал., (ст. 4 пр.).

13. Електронні інформаційні ресурси

1. <https://www.cochrane.org/> - Cochrane / Кокрейнська бібліотека

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття. Консультування з питань планування сім'ї та підбору метода післяпологової контрацепції

2. <https://www.acog.org/> - Американська Асоціація акушерів та гінекологів / The American College of Obstetricians and Gynecologists
3. <https://www.uptodate.com> – UpToDate
4. <https://online.lexi.com/> - Wulters Kluwer Health
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/> - Національний центр біотехнологічної інформації / National Center for Biotechnology Information
6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> - Міжнародна медична бібліотека / National Library of Medicine
7. <https://www.thelancet.com/> - The Lancet
8. <https://www.rcog.org.uk/> - Королівська Асоціація акушерів та гінекологів / Royal College of Obstetricians & Gynaecologists
9. <https://www.npwh.org/> - Практикуючі медсестри з охорони здоров'я жінок / Nurse practitioners in womens health
10. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
11. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association
12. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
13. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
14. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
15. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)
16. www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація
17. www.euro.who.int - Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я