

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №29. Неплідність. Сучасні аспекти планування сім'ї. Методи контрацепції. Медичні критерії прийнятності використання методів контрацепції ВООЗ

**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 НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Факультет медичний, курс VI

Навчальна дисципліна «Акушерство та гінекологія»

Практичне заняття №29. Тема: «Неплідність. Сучасні аспекти планування сім'ї. Методи контрацепції. Медичні критерії прийнятності використання методів контрацепції ВООЗ»

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №29. Неплідність.
Сучасні аспекти планування сім'ї. Методи контрацепції.
Медичні критерії прийнятності використання методів контрацепції ВООЗ

Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства та гінекології Одеського національного
медичного університету

Протокол №1 від «29» серпня 2024 року

Завідувач кафедри _____ Ігор ГЛАДЧУК

Розробник:

к.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології _____ Шевченко О.І.

Практичне заняття №29

Тема: «Неплідність. Сучасні аспекти планування сім'ї. Методи контрацепції. Медичні критерії прийнятності використання методів контрацепції ВООЗ»

Мета: Засвоїти основні принципи обстеження подружньої пари при неплідному шлюбі. Навчити визначенню клінічного діагнозу на підставі інтерпретації даних обстеження неплідної подружньої пари. Засвоїти принципи та методи лікування жіночої неплідності. Навчити проводити оцінку пацієнтки та медичних критеріїв прийнятності методів контрацепції. Засвоїти план обстеження пацієнтки перед вибором методу контрацепції.

Оволодіти особливостями консультування та навчити підбору сучасного методу контрацепції для жінок різних вікових категорій.

Основні поняття: Медично-соціальне значення проблеми неплідності у шлюбі. Етіопатогенетичні чинники розвитку неплідності. Обстеження подружньої пари при неплідному шлюбі. Сучасні принципи і методи лікування жіночої неплідності. Показання до застосування допоміжних репродуктивних технологій. Консультування щодо вибору і використання методу контрацепції: етапи консультування, методи контрацепції відносно до періодів життя. Сучасні методи контрацепції: класифікація, механізми дії, переваги, недоліки, необхідне обстеження перед початком використання, режим використання, побічні ефекти, інструкції для пацієнтки. Післяпологова та післяабортна контрацепція. Медичні критерії прийнятності ВООЗ: класифікація категорій, використання зведених таблиць. Методи контрацепції у жінок з ВІЛ.

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).

В останнє десятиліття обертаність безплідних подружніх пар не тільки не знижується, але має тенденцію до збільшення частоти цієї патології.

За даними вітчизняних та закордонних авторів 10-15% усіх шлюбів є безплідними. Звідси випливає актуальність цієї проблеми не тільки в медичному аспекті, але й у соціальному. Соціальна значимість проблеми безплідності шлюбу полягає в значному зниженні народжуваності по країні та більш частих розводах у родині, що не мають дітей. Своєчасна діагностика та правильно розроблений алгоритм лікування безплідності є запорукою стабілізації демографічної ситуації в Україні.

Міжнародний та вітчизняний досвід показує, що планування сім'ї (ПС) через використання сучасних контрацептивів з урахуванням факторів ризику є невичерпним резервом у збереженні здоров'я жінок.

У світі щорічно від чинників, що пов'язані з вагітністю або її перериванням, помирає півмільйона молодих жінок. Світовий досвід свідчить, що використання сучасних методів контрацепції, як засобів попередження непланованої вагітності, веде до зниження частоти штучних і нелегальних абортів, що дозволяє зменшити материнську смертність на 25 – 50%.

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

- Вимоги до теоретичної готовності здобувачів до виконання практичних занять.

Вимоги до знань:

- навички комунікації та клінічного обстеження пацієнта;
- здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати;
- здатність встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання;
- здатність виконувати медичні маніпуляції;
- здатність проводити консультування з питань безпліддя та планування сім'ї;
- здатність вести медичну документацію;
- оцінювати результати додаткових методів дослідження (лабораторних, ультразвукових, ендоскопічних, інструментальних, гістологічних);
- здатність підібрати метод контрацепції у підлітків, у жінок репродуктивного віку, у післяпологовому періоді та післяабортному періодах.

Перелік дидактичних одиниць:

- етіопатогенетичні чинники розвитку неплідності;
- обстеження подружньої пари при непліному шлюбі;
- сучасні принципи і методи лікування жіночої неплідності;
- показання до застосування допоміжних репродуктивних технологій;
- консультування щодо вибору і використання методу контрацепції: етапи консультування, методи контрацепції відносно до періодів життя;
- сучасні методи контрацепції: класифікація, механізми дії, переваги, недоліки, необхідне обстеження перед початком використання, режим використання, побічні ефекти, інструкції для пацієнтки;
- післяпологова та післяабортна контрацепція;
- медичні критерії прийнятності ВООЗ: класифікація категорій, використання зведених таблиць;
- методи контрацепції у жінок з ВІЛ.
- **Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття.**

Питання:

1. Причини жіночої та чоловічої неплідності.

2. Класифікація непліддя в шлюбі.
3. Обстеження подружньої пари при неплідному шлюбі.
4. Сучасні принципи і методи лікування жіночої неплідності (гормональні, хірургічні, новітні репродуктивні технології).
5. Хірургічні методи реконструктивно-пластичних операцій на маткових трубах.
6. Операції клиновидної резекції, лазерної вапоризації яєчників у пацієнток з непліддям.
7. Консультування щодо вибору і використання методу контрацепції: етапи консультування.
8. Методи контрацепції відповідно до періодів життя.
9. Сучасні методи контрацепції: класифікація, механізми дії, переваги, недоліки, необхідне обстеження перед початком використання, режим використання, побічні ефекти, інструкції для пацієнтки.
10. Оцінка пацієнтки.
11. Медичні критерії прийнятності ВООЗ: класифікація категорій, використання зведених таблиць.
12. Методи контрацепції у жінок з ВІЛ.

Типові ситуаційні задачі:

1. До гінеколога звернулася хвора 29 років зі скаргами на безплідність. Статевим життям живе в шлюбі 4 роки, відвагітностей не оберігається. Вагітностей не було. При обстеженні жінки встановлено: розвиток статевих органів без відхилень від норми. Маткові труби прохідні. Базальна температура протягом трьох менструальних циклів однофазна. Найвірогідніша причина безплідності?

Відповідь: Ановуляторний менструальний цикл.

2. Жінка 25 років звернулася в жіночу консультацію зі скаргами на ненастання вагітності. В шлюбі 1 рік, живе регулярним статевим життям, контрацептивами не користується. З анамнезу відомо, що неодноразово лікувалася в гінекологічному відділенні з приводу загострень хронічного аднекситу. Діагноз?

Відповідь: Первинна безплідність.

3. До лікаря акушера-гінеколога звернулася жінка, 37 років, для вибору комбінованого орального контрацептиву. При детальному зборі анамнезу з'ясувалось, що жінка палить протягом 10 років. Яка тактика лікування?

Відповідь: Якщо жінка, вік якої перевищує 35 років, палить, для застосування КОК варто рекомендувати припинити паління або рекомендувати інший метод контрацепції.

4. До лікаря акушера-гінеколога звернулася жінка, 26 років, через 6 місяців після пологів, яка годує дитину груддю, у якої поновились менструації. Чи необхідно рекомендувати жінці використання методів контрацепції?

Відповідь: Поновлення менструації означає, що дітородна функція відновилася і необхідно негайно почати використовувати методи

контрацепції (бар'єрні методи, внутрішньоматкову спіраль, протизаплідні таблетки прогестагенового ряду).

Типові тестові завдання:

1. Безплідний шлюб - це відсутність вагітності у жінок дітородного віку при регулярному статевому житті без застосування контрацептивів:
 - A. Протягом 1 року.
 - B. Протягом 2-х років.
 - C. Протягом 3-х років.
 - D. Протягом 4-х років.
 - Є. Протягом 5-ти років.
2. Одним з методів штучного запліднення є:
 - A. Вишкрібання слизової оболонки матки.
 - B. Введення сперми в порожнину матки.
 - C. Ампутація матки.
 - D. Операція Порро.
 - Є. Операція Еметта.
3. Наявність в організмі жінки порушень, що виключають будь-яку можливість вагітності - це:
 - A. Абсолютне безпліддя.
 - B. Відносне безпліддя.
 - C. Атрезія піхви.
 - D. Ампутація матки.
 - Є. Відсутність піхви.
4. При яких ситуаціях використання МЛА недоцільно?
 - A. Минуло не більше 6 місяців після пологів.
 - B. Жінка годує виключно груддю.
 - C. Жінка годує дитину за вимогою.
 - D. Жінка годує груддю нерегулярно, відновила менструація.
5. Яких типів КОК за складом гормонів не існує?
 - A. Монофазні.
 - B. Двофазні.
 - C. Багатофазні
 - D. Чотирифазні.

Вірні відповіді: 1 – А; 2 – В; 3 – А; 4 – D; 5 – D.

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

I підгрупа – поставити попередній діагноз (проведення оцінки пацієнтки).

II підгрупа – скласти план ведення гінекологічної хворої (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. Жінка 26 років звернулася зі скаргами на безпліддя протягом 3 років. Менструації з 14 років, безболісні, помірні. Цикл 4-5/28, регулярний. У віці 16 років перенесла апендектомію. Посткоїтальна проба та аналіз сперми чоловіка в межах норми. За даними вимірювання базальної температури цикли овуляторні, лютеїнової фаза становить 12-14 днів.

Завдання:

1. Який фактор безпліддя?
2. Визначте найбільш доцільний метод діагностики.

Відповідь:

1. Трубний фактор (в анамнезі оперативне втручання, наявність овуляторних циклів).
2. Лапароскопія та хромосальпінгоскопія.

2. У гінекологічне відділення поступила хвора 28 років зі скаргами на безпліддя протягом 2 років. З анамнезу: 1 пологи, 3 штучних аборта, менструальний цикл без особливостей. Чоловік не обстежений.

Завдання:

1. Які дослідження слід призначити?

Відповідь:

1. Спермограма.
2. Метросальпінгографія.

3. До жіночої консультації звернулась жінка, 37 років, для встановлення внутрішньоматкової спіралі. При детальному обстеженні було встановлено діагноз: цервіцит.

Завдання:

1. Яка тактика лікаря?

Відповідь:

Введення внутрішньоматкової спіралі необхідно відстрочити до повного виліковування запального процесу.

4. До жіночої консультації звернулась жінка, 26 років, для встановлення внутрішньоматкової спіралі. Пацієнтка не народжувала, планує вагітність через декілька років.

Завдання:

1. Чи доцільно використання внутрішньоматкової спіралі з метою контрацепції у даному випадку?

Відповідь:

Жінкам, які не народжували і планують народжувати – не рекомендується використовувати ВМС. Необхідно підібрати інші методи контрацепції.

Нетипові 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*5*4см, безболісні. Про яку патологію слід думати?

- А. Хвороба полікістозних яєчників.
- В. Двобічний хронічний аднексит.
- С. Туберкульоз придатків матки.
- Д. Двобічні кисти яєчників.
- Е. Ендоменстріоз яєчників.

2. Жінка Б., 23 років, скаржиться на відсутність вагітності протягом 1,5 років регулярного статевого життя. Вагітності не запобігає. Запальні захворювання та інфекції, що передаються статевим шляхом заперечує. Вагітностей не було. При бімануальному дослідженні патології не виявлено. З якого метода слід починати обстеження цієї пари?

- А. Бактеріологічного дослідження.
- В. Гістеросальпінгографії.
- С. Лапароскопії.
- Д. Тестів функціональної діагностики.
- Е. Спермограми.

3. На прийом до лікаря звернулась жінка для підбору методу контрацепції. Післяпологовий період 7 місяців. Годує груддю. Менструації наявні вже 2 місяці. Який метод контрацепції НЕ МОЖНА використовувати в даному випадку?

- А. Внутрішньоматкова спіраль.
- В. Протизаплідні таблетки прогестеронового ряду.
- С. Прогестеронові ін'єкційні контрацептиви.
- Д. Презервативи.
- Е. Метод лактаційної аменореї.

4. На прийом до лікаря звернулась жінка для підбору методу контрацепції, 6 місяців тому прооперована з приводу рака молочної залози. Який метод контрацепції НЕ МОЖНА використовувати в даному випадку?

- А. Комбіновані оральні контрацептиви.
- В. Мідні ВМК.
- С. Хірургічна стерилізація.
- Д. Презервативи.

Вірні відповіді: 1 – А, 2 – Е, 3 – Е, 4 – А.

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

Класифікація жіночої безплідності:

I. Ендокринного генезу (безпліддя, пов'язане з порушенням овуляції) – 35-40%:

- гіпоталамо-гіпофізарна недостатність (ГГН);
- гіпоталамо-гіпофізарна дисфункція (ГГД) (яєчникова та надниркова форми);
- первинна недостатність яєчників;

- порушення функції статевих органів;
 - гіперпролактинемія.
- II. Трубно–перитонеального генезу – 20 – 30%.
- III. Маткового генезу – 2 – 3%:
- відсутність матки;
 - аномалії розвитку матки;
 - синехії у порожнині матки (синдром Ашермана).
- IV. Шийкового генезу – 5%.
- V. Імунологічного генезу – 20%:
- з наявністю антиспермових АТ тільки у цервікальному слизі;
 - з наявністю антиспермових АТ у крові жінки, яйцеклітині, фолікулярній рідині.
- VI. Інші форми жіночого безпліддя:
- жіноче безпліддя, обумовлене урогенітальною інфекцією;
 - ендометріоз та безпліддя;
 - міома матки та безпліддя.

Обстеження жінок:

- Збір соматичного анамнезу.
 - Збір гінекологічного анамнезу.
 - Збір репродуктивного анамнезу.
 - Загальний та гінекологічний огляд.
 - RW, ВІЛ.
 - Графік базальної температури за 2 – 3 місяці.
 - Кольпоскопія.
 - Аналіз виділень, обстеження на урогенітальну інфекцію, цитологічне обстеження.
 - УЗД органів малого тазу (5 – 7 день менстр. циклу):
 - Гістеросальпінгографія (7 – 11 день менстр. циклу).
 - Гормональне обстеження:
 - Імунологічні тести:
- ПКТ (посткоїтальний тест) – дозволяє оцінити біологічну сумісність сперматозоїдів та цервікального слизу жінки.
 - МАР-тест – визначення антиспермальних антитіл в еякуляті (в нормі < 30%).

- Гістероскопія, лапароскопія.

Додаткові дослідження за ознаками:

- ☐ Гормональне обстеження (кортизол, ДГЕА-с, інсулін, Т₃, Т₄, ТТГ, СТГ, антитіла до тіреоглобуліну та ін.); проби.
- ☐ Обстеження мамолога, мамографія (7 – 10 день менстр. циклу).
- ☐ R-графія турецького сідла (за показами).
- ☐ КТ, МРТ (за показами).
- ☐ УЗД щитовидної залози (за показами).

Обстеження чоловіків:

(проводиться спільно і одночасно з обстеженням жінки)

- Загальноклінічні методи обстеження.
- Обстеження на урогенітальну інфекцію.
- Обстеження еякуляту за класифікацією ВООЗ (3 – 4 дні статевого покою).
- Консультація терапевта, генетика, сексопатолога (за показами).
При наявності патології у спермограмі додатково проводиться:
- Бак. посев сперми на стерильність.
- Гормональне обстеження (ФСГ, ЛГ, пролактин, тестостерон).
- Пробна капациація.
- УЗД передміхурової залози та мошонки.

Планування сім'ї для різних категорій населення та відповідно до періодів життя (наказ №59 від 21.02.2014р.)

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Методи контрацепції для підлітків та молоді.	Вагітність у підлітковому віці завжди непланована. Перш за все, вагітність у підлітків має, тим більш високий ризик для здоров'я, чим вони молодші (він особливо значний для 13-16-річних).	<u>Обов'язкові:</u> 1. Провести консультування з питань здорового способу життя, статевого виховання, запобігання непланованої вагітності та ІПСШ. 2. Почати консультацію про методи контрацепції з бесіди про самий надійний метод уникнення вагітності – <i>відсутність сексуальних контактів</i>. 3. Запропонувати методи контрацепції: <i>Презерватив.</i> <i>КОК:</i> -для жінок молодого віку, які мають регулярне статеве життя і постійного статевого партнера; - не захищає від ІПСШ/ВІЛ. <i>Подвійний метод</i> (одночасне застосування КОК з презервативом). <i>ВМК:</i> - не пропонувати підліткам та молодим жінкам, які не народжували і не мають одного статевого партнера; -не захищає від ІПСШ/ВІЛ. <i>Методи розпізнавання фертильності:</i> - можна запропонувати дисциплінованим дівчатам з регулярним менструальним циклом, які сильно мотивовані мають одного партнера;

		-не захищає від ІПСШ/ВІЛ. Невідкладна контрацепція: - висока ефективність; - не можна використовувати як регулярну контрацепцію; - не захищає від ІПСШ/ВІЛ.
2. Методи контрацепції для жінок у післяпологовому періоді.	Ключовими питаннями післяпологової контрацепції є початок терміну попередження непланованої вагітності та вплив методу контрацепції на лактацію. За даними досліджень відновлення менструації до 6 місяців після пологів відбувається в 11,1- 39,4% випадків, а контрацептивна ефективність МЛА складає від 93,5 до 100%. Контрацептиви прогестагенового ряду не впливають на якість та кількість грудного молока і здоров'я дитини. Використання КОК у перші 6	<u>Обов'язкові:</u> 1. Провести консультування щодо особливостей перебігу післяпологового періоду та використання методів планування сім'ї. 2. Запропонувати методи контрацепції: Метод лактаційної аменореї (МЛА): - годування грудьми одразу після пологів і до 6 місяців виключно грудневигодовування (не менше 8-10 разів на добу) при відсутності менструації (аменорея) Контрацептивипрогестагенового ряду: - жінкам, які використовують МЛА, тільки через 6 місяців після пологів; - жінкам, які не годують грудьми, можна застосувати негайно, за умови відсутності вагітності; - жінкам які годують грудьми, але чергують з прикормом - через 6 тижнів після пологів. ВМК: - постплацентарно або протягом 48 годин після пологів або операції кесарів розтин, які відбувалися без ускладнень; - у післяпологовому періоді тільки через 4 тижні, якщо не введено постплацентарно. КОК: - не рекомендовано для жінок, які годують у перші 6 місяців після пологів; - якщо жінка грудьми не годує, КОК можна використовувати через 3 тижні після пологів. ДХС: - одразу після пологів, під час операції кесарів розтин або протягом 7 днів після пологів;

	місяців після пологів зменшує кількість грудного молока і може негативно вплинути на нормальний ріст дитини та у перші 3 тижні після пологів КОК збільшують ризик тромбозу. ВМК протипоказані для жінок з ускладненими пологами (кровотеча, анемія, інфекції); ВМК та ДХС не впливає на кількість та якість грудного молока (ВООЗ 2012).	- якщо стерилізацію не проведено після 7 днів, провести тільки через 6 тижнів після пологів. Бар'єрні методи: - з часу відновлення сексуальної активності (шийкові ковпачки – через 6 тижнів після пологів). Методи розпізнавання фертильності: - не рекомендовано починати використання до відновлення регулярних менструацій.
3. Методи контрацепції для жінок після абортів.	Послуги з планування сім'ї після абортів: - консультування про необхідність використання контрацепції та про всі наявні методи контрацепції, їх	<u>Обов'язкові:</u> 1. Провести консультування щодо особливостей перебігу періоду після аборту та використання методів планування сім'ї. Неускладнений аборт: - після аборту до 12 тижнів не треба відкладати використання методів контрацепції. - після аборту після 12 тижнів бар'єрні методи (шийкові ковпачки), хірургічна стерилізація та введення ВМК можна рекомендувати через 4-6 тижнів. Неускладнений аборт: Гормональні препарати:

	характеристик и, ефективність і побічні ефекти; - надання можливості усвідомленого вибору методів контрацепції; - надання інформації про необхідність захисту від ІПСШ. Надання послуг з планування сім'ї для жінки після аборту потрібно розпочати негайно, оскільки овуляція у неї може наступити вже на 11-й день після аборту і, як правило, відбувається до першої менструації. Здатність до зачаття відновлюється дуже швидко - протягом 2 тижнів після штучного або	- перша таблетка КОК або ТКП надається одразу в день операції; - гормональний пластир, вагінальне кільце можна починати використовувати одразу після проведення операції. Ін'єкційні препарати: - можуть бути введені одразу після аборту або протягом 7 днів після операції. ВМК (що містять мідь) або ВМС (з левоноргестрелом): - одразу після аборту або протягом 7 днів (для ВМС з левоноргестрелом) та 12 днів (для ВМК, що містять мідь) за умови відсутності симптомів інфекції. Бар'єрні методи (презервативи, сперміциди): - з часу відновлення сексуальної активності. Методи розпізнавання фертильності: - тільки після відновлення регулярного менструального циклу. Ускладнений аборт: - можна використовувати гормональні оральні контрацептиви, ін'єкційні методи, презервативи; - ВМК та стерилізацію відкласти до усунення ускладнення. Медикаментозний аборт: - можна розпочинати використання гормональної контрацепції уже після прийому першої таблетки по схемі медикаментозного аборт; - перед введенням внутрішньоматкового контрацептиву аборт стерилізації слід підтвердити повне завершення аборт.
--	--	--

	самовільного аборту, що мав місце у 1-му триместрі вагітності, і протягом 4 тижнів після штучного або самовільного аборту, що мав місце у другому триместрі вагітності. Після неускладненого аборту у I триместрі підходять всі методи контрацепції.	
--	--	--

Алгоритм виконання практичних навичок.

Бімануальне (піхове) 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.**
 - Зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні жіночому та чоловічому безпліддю.
 - Скласти план обстеження для діагностики жіночого та чоловічого безпліддя.
 - Оцінити результати основного та додаткового обстеження при неплідності.
 - Визначити тактику ведення пацієнток з різними формами неплідності.
 - Визначити показання до хірургічного лікування неплідності.
 - Скласти план щодо реабілітації та профілактики жіночого та чоловічого безпліддя.
 - Провести консультування жінок з питань контрацепції.
 - Оцінити пацієнтку.
 - Підібрати метод контрацепції у підлітків, у жінок репродуктивного віку, у післяпологовому періоді, у післяабортному періоді.
 - Усна доповідь про тематичну пацієнтку.
 - Аналіз та обговорення результатів обстеження пацієнтки.
 - Мультимедійна презентація за темою заняття (огляд літератури із застосуванням сучасних джерел; відеофільми тощо).
 - **Матеріали контролю для заключного етапу заняття: задачі, завдання, тести тощо.**

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Хвора 30 років з первинним безпліддям протягом 7 років. Менструації з 14 років, по 5-7 днів, через 35-45 днів, помірні, безболісні. Жінка надлишкового харчування. Зовнішні статеві органи розвинені правильно, оволосіння за жіночим типом, тіло матки зменшене в розмірах, яєчники з обох сторін 3х4х4см, щільні, рухомі, безболісні. За результатами тестів функціональної діагностики - базальна температура монофазна,

каріопікнотичний індекс 60-70%. Спермограма чоловіка без патологічних змін. Тактика лікування хворої?

Відповідь: Двостороння клиноподібна резекція яєчників (дрілінг яєчників) із подальшою гормональною терапією.

2. До жіночої консультації звернулась жінка, 25 років, яка протягом останніх 3-х місяців з метою контрацепції використовує КОК. Основною скаргою жінки є те, що вона часто забуває про щоденний прийом таблеток. Яка порада лікаря в даному випадку?

Відповідь: Пацієнтці слід призначити інші гормональні контрацептиви, зокрема вагінальне кільце чи гормональний пластир, або рекомендувати контрацепцію бар'єрними методами.

Тестові завдання КРОК-2:

1. (2020р.) Хвора 26-ти років перебуває в шлюбі 5 років. За відсутності контрацепції та наявності регулярного статевого життя вагітність відсутня, чоловік обстежений, фертильний. З анамнезу: в 19 років оперована з приводу явищ розлитого перитоніту. Як дослідження необхідно провести для з'ясування причин безпліддя?

- A. Гістеросальпінгографія або лапароскопія*
- B. Дослідження статевих стероїдів, гонадотропінів, фолікулометрія
- C. Тести функціональної діагностики
- D. Гістероскопія з оцінкою функціонального стану ендометрію
- E. Кімографічна пертубація маткових труб.

2. (2019р.) Жінка 32-х років звернулась до лікаря зі скаргами на відсутність вагітності впродовж 4-х років. У анамнезі: 5 років тому перша вагітність закінчилась штучним абортom. За даними вагінального дослідження та ультразвукового дослідження (УЗД) встановлено діагноз: ендометріюїдна кіста правого яєчника. Який оптимальний метод лікування?

- A. Протизапальна терапія
- B. Терапія андрогенами
- C. Консервативна терапія естроген-гестагенними препаратами
- D. Санаторно-курортне лікування
- E. Оперативна лапароскопія*

3. (2018р.) У хворої 25-ти років відсутні менструації впродовж 6-ти місяців. Менструації з 16 років по 3-5 днів із затримками на місяць, помірні, болючі. У жінки надмірна вага тіла, гірсутизм, неплідність. При бімануальному дослідженні тіло матки нормальних розмірів. З обох сторін від матки пальпуються збільшені в розмірах яєчники до 4 см в діаметрі, щільної консистенції, безболісні, рухомі при зсуві. Яким буде діагноз?

- A. Полікістоз яєчників*
- B. Хронічний двосторонній аднексит
- C. Синдром галактореї та аменореї
- D. Синдром Шихана

Е. Дермоїдні кісти яєчників

4. (2018р.) Хвора 25-ти років скаржиться на неплідність та вторинну аменорею. Об'єктивно: надмірного харчування, явища гірсутизму. Бімануально: матка нормальних розмірів, яєчники з обох боків дещо збільшені, неболючі. Рівень ЛГ та тестостерону підвищений, проба з АКТГ - негативна. Поставте діагноз:

- А. Синдром полікістозних яєчників*
- В. Адреногенітальний синдром
- С. Двобічний хронічний сальпінгоофорит
- Д. Вірилізуючі пухлини яєчників
- Е. Синдром резистентних яєчників

5. (2018р.) Жінка 26-ти років скаржиться на безпліддя протягом 3-х років. Чоловік здоровий. При обстеженні встановлено: тіло матки щільної консистенції, нормальних розмірів. Додатки не пальпуються. Проведена метросальпінгографія - контрастна рідина у черевній порожнині з обох боків. Порожнина матки деформована. Припущено, що причина жіночого безпліддя - аномалія розвитку матки. Яке обстеження необхідно провести, щоб підтвердити діагноз?

- А. Гістероскопія*
- В. Розширена кольпоскопія
- С. Зондування матки
- Д. Ультразвукове дослідження (УЗД)
- Е. Вишкрібання стінок порожнини матки

6. (2017р.) Пацієнтка 30-ти років скаржиться на відсутність вагітності протягом 3-х років після заміжжя. Об'єктивно: підвищеного харчування, по середній лінії живота, на внутрішній поверхні стегон і у навколососковій ділянці відзначається ріст волосся. Менструації з 16-ти років, рідкі і нерясні. УЗД: матка звичайних розмірів, яєчники 4х5х5 см, з великою кількістю кістозних включень. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Полікістоз яєчників*
- В. Кістома яєчників
- С. Хронічний оофорит
- Д. Порушення менструального циклу
- Е. Двобічні пухлини яєчників

7. (2016р.) Хвора 25-ти років скаржиться на безпліддя протягом трьох років, періодичні затримки менструації від 2 до 4 місяців. За останній рік вага збільшилась на 12 кг. Виражений гірсутний синдром; базальна температура монофазна. Під час бімануального дослідження: тіло матки менше норми, рухоме, безболісне, яєчники збільшені, щільні, розмірами 5х6 см, безболісні, склепіння піхви глибокі. Яка імовірна причина безплідності?

- А. Синдром склерокістозних яєчників*
- В. Дисгенезія гонад
- С. Двобічний сальпінгоофорит

Д. Фолікулярні кісти

Е. Гранульозоклітинна пухлина яєчників

8. (2015р.) Жінка 33-х років у минулому перенесла дві операції з приводу позаматкової вагітності, обидві маткові труби видалені. Звернулася з питанням про можливість мати дитину. Що слід рекомендувати для настання вагітності в цьому випадку?

А. Екстракорпоральне запліднення*

В. Інсемінація спермою чоловіка

С. Сурогатне материнство

Д. Штучне запліднення спермою донора

Е. Індукція овуляції

4. Підведення підсумків.

Поточний контроль: усне опитування, тестування, оцінювання виконання практичних навичок, розв'язання ситуаційних клінічних завдань, оцінювання активності на занятті тощо.

Структура поточного оцінювання на практичному занятті:

1. Оцінювання теоретичних знань з теми заняття:
 - методи: опитування, вирішення ситуаційної клінічної задачі;
 - максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.
2. Оцінка практичних навичок та маніпуляцій з теми заняття:
 - методи: оцінювання правильності виконання практичних навичок;
 - максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.
3. Оцінювання роботи із пацієнтом з теми заняття:
 - методи: оцінювання: а) комунікативних навичок спілкування з пацієнтом, б) правильність призначення та оцінки лабораторних та інструментальних досліджень, в) дотримання алгоритму проведення диференціального діагнозу г) обґрунтування клінічного діагнозу, д) складання плану лікування;
 - максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.

Критерії поточного оцінювання на практичному занятті:

«5»	Здобувач вільно володіє матеріалом, приймає активну участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, впевнено демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«4»	Здобувач добре володіє матеріалом, приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з деякими помилками, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«3»	Здобувач недостатньо володіє матеріалом, невпевнено приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє

	практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпретації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з суттєвими помилками.
«2»	Здобувач не володіє матеріалом, не приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, не демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпретації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень.

5. Список рекомендованої літератури.

Основна:

1. Акушерство і гінекологія: у 2 книгах. – Книга 2. Гінекологія: підручник (ВНЗ III-IV р.а.) / за ред. В.І. Гриценка, М.О. Щербини, Б.М. Венцківського- 3-є вид., випр., 2020. – 376 с.
2. Клінічне акушерство та гінекологія: 4-е видання/ Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон. – 2021. – 454 с.
3. 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.
4. Oats, Jeremy FundamentalsofObstetricsandGynaecology [Text]: Liewellyn-Jones FundamentalsofObstetricsandGynaecology / J.Oats, S.Abraham. – 10th ed. – Edinburgh [etc.]: Elsevier, 2017. – VII, 375 p.
5. Dutta, Durlav Chandra. D. C. Dutta's Textbook of Gynecology including Contraception / D.C. Dutta; ed/ Hiralal Konar. – 7th.ed. – New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers, 2016. – XX, 574 p.

Додаткова:

1. Ендоскопічна хірургія: навч. посіб. / В.М. Запорожан, В.В. Грубнік, Ю.В. Грубнік, А.В. Малиновський та ін.; за ред. В.М. Запорожана, В.В. Грубніка. – К.: ВСВ «Медицина», 2019. – 592 с.
2. Діагностика акушерської та гінекологічної ендокринної патології: [навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (фак.) післядиплом. освіти МОЗ України] / за ред. В.К. Ліхачова; В.К. Ліхачов, Л.М. Добровольська, О.О. Тарановська та ін.; УМСА (Полтава). – Вінниця: Видавець Максименко Є.В., 2019. – 174 с.
3. Запорожан В.М. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи: практ. poradnik / В.М. Запорожан, О.О. Тарабрін. – Суми: Університет. Книга, 2018. – 240 с.
4. Гінекологія: керівництво для лікарів./ В.К. Ліхачов. – Вінниця: Нова Книга, 2018.- 688 с.
5. Безплідність та доброякісні захворювання молочної залози / НАМН України, МОЗ України, Ін-т педіатрії, акушерства і гінекології, УМСА; за ред. А.Г. Корнацької, Т.Ф. Татарчук, О.Д. Дубенко. – К.; Полтава, 2017. – 271 с.

6. Планування сім'ї. Навчально-методичний посібник / Н.Г. Гойда, О.В. Грищенко, В.П. Квашенко, О.В. Кравченко та ін. / Київ, 2016. – 444 с.
7. Безплідність у шлюбі: навч. посібник для студ. вищ. мед. навч. закл. III-IV р. акр. – Х.: ХНМУ, 2014. – 126 с.
8. Репродуктивна функція у жінок, хворих на міому матки та ендометріоз / Н.М. Рожковська, Д.М. Железов, Т.В. Коссей // Здоров'я жінки – 2018. - №2. – С.5-7.
9. Оваріальний резерв при хірургічному лікуванні ендометріом яєчників / А.Г. Волянська, Л.М. Попова, Т.П. Тодорова, О.П. Рогачевський, О.І. Шевченко // Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Інноваційні технології в акушерстві та гінекології: від науки до практики» - м. Івано-Франківськ, 2019р. – С. 12-13.
10. Вплив хірургічних енергій на оваріальний резерв при ендоскопічному лікуванні ендометріозу яєчників / Т.П. Тодорова // Науково-практична конференція з міжнародною участю, присвячена 150-річчю з дня народження В.В. Воронова «Сучасні теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини» - м. Одеса, 2020р. – с.118.
11. Ситуаційні задачі з гінекології: навч. посіб./ І.З. Гладчук, А.Г. Волянська, Г.Б. Щербина та ін.; за ред. проф. І.З. Гладчука. – Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2018. – 164 с.
12. Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF. Steroidal contraceptives: effect on carbohydrate metabolism in women without diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Nov 12;2019(11).
13. Plu-Bureau G, Sabbagh E, Hugon-Rodin J. Hormonal contraception and vascular risk: CNGOF Contraception Guidelines. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2018 Dec;46(12):823-833.
14. Діючі «Клінічні протоколи», затверджені наказом МОЗ України з акушерства та гінекології.

Електронні інформаційні ресурси:

1. <https://www.cochrane.org/>
2. <https://www.ebcog.org/>
3. <https://www.acog.org/>
4. <https://www.uptodate.com>
5. <https://online.lexi.com/>
6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
8. <https://www.thelancet.com/>
9. <https://www.rcog.org.uk/>
10. <https://www.npwh.org/>

