

В.Б. САМОЙЛЕНКО, Г.Г. РОЙ, В.В. МИСІК

РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ТА ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї



МЕДИЦИНА
WWW.MEDPUBLISH.COM.UA

**Самойленко В.Б., Мох А.І.
Рой Г.Г., Мисік В.В.**

Планування сім'ї

Підручник

для студентів медичних училищ і коледжів

Під загальною редакцією

заслуженого лікаря України Литвиненка В.І.

**Кременчук
2004**

Автори:

- Самойленко В.Б.** – голова предметної комісії з акушерства та гінекології Кременчуцького медичного коледжу, спеціаліст вищої категорії;
- Мох А.І.** – викладач акушерства та гінекології Кременчуцького медичного коледжу, викладач-методист;
- Рой Г.Г.** – викладач акушерства та гінекології Кременчуцького медичного коледжу;
- Мисік В.В.** – викладач акушерства та гінекології Кременчуцького медичного коледжу.

Рецензенти:

- завідувач кафедри акушерства і гінекології Української медичної стоматологічної академії, Заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор **Громова А.М.**;
- доцент кафедри акушерства і гінекології Української медичної стоматологічної академії, кандидат медичних наук **Добровольська Л.М.**
- завідувач кафедри акушерства і гінекології Дніпропетровської державної медичної академії, професор **Потапов В.О.**
- доцент кафедри акушерства і гінекології Дніпропетровської державної медичної академії, кандидат медичних наук **Дзюба Ю.М.**
- викладач-методист „акушерства та гінекології”, спеціаліст вищої категорії, голова ЦМК Київського медичного коледжу №3, заслужений працівник Народної освіти України **Хохліч Т.І.**

Доцільність даного підручника зумовлена актуальністю, значимістю питань планування сім'ї в охороні репродуктивного здоров'я жінки. У підручнику розглянуто систему організації, структури і завдання служби планування сім'ї, викладено історію розвитку контрацепції, вмотивовано проаналізовані проблеми штучного абортів, що внаслідок низької медичної культури населення залишається основним методом планування сім'ї. Змістовному висвітленню цих питань сприяє випереджаюче вивчення анатомії та фізіології жіночих і чоловічих статевих органів, проблем безплідності та захворювань, що передаються статевим шляхом.

Саме ці висвітлені питання важливі для подальшого проведення санітарно-просвітньої роботи молодшими медичними спеціалістами.

ПЕРЕДМОВА

Проблема планування сім'ї – це не лише проблема кожної сім'ї, це проблема медико-соціальна та державна.

Про державну значущість цього питання свідчить той факт, що планування сім'ї, як предмет, почали викладати в медичних навчальних закладах освіти I – II рівнів акредитації.

У зв'язку із зниженням народжуваності в Україні з погіршенням репродуктивного здоров'я більшої частини населення, набуває значення санітарно-освітня робота з метою підвищення сексуальної культури населення.

У проведенні санітарно-освітньої роботи велика роль відводиться середній ланці медпрацівників.

В Україні мало літератури з питань планування сім'ї, тому виникла необхідність видання такого посібника.

Підручник розрахований на викладачів, і в першу чергу на студентів медичних навчальних закладів освіти I – II рівнів акредитації.

У I розділі підручника викладено організацію, структуру, завдання служби планування сім'ї.

У наступних розділах (II, III) – анатомію та фізіологію жіночих і чоловічих статевих органів, фізіологію вагітності, статеві відносини.

Розділ „Аборт і його наслідки” присвячений описові ранніх та пізніх ускладнень абортів.

У розділі „Природні методи планування сім'ї” описане спостереження за фізіологічними ознаками фертильності чи інфертильності, що дає змогу подружній парі вирішувати питання про планування або запобігання вагітності за допомогою визначення плідних днів менструального циклу.

У розділі „Сучасні методи контрацепції” наведена класифікація контрацептивів, механізм дії різних методів контрацепції, їх переваги і недоліки, показання та протипоказання до застосування.

Приділяється увага контрацепції в післяпологовий період і контрацепції підліткового віку.

Великої уваги заслуговує розділ „Захворювання, які передаються статевим шляхом”, де описана клініка, діагностика, лікування, профілактика цих захворювань.

Розділ „Безплідний шлюб” присвячений темі жіночого та чоловічого безпліддя, причинам їх виникнення, методам діагностики і лікування.

Завершує підручник розділ „Алгоритми, виконання практичних навичок”, в якому описані практичні навички, якими повинні оволодіти студенти.

Автори будуть вдячні викладачам і студентам за критичні зауваження та побажання.

ОРГАНІЗАЦІЯ, СТРУКТУРА І ЗАВДАННЯ СЛУЖБИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

Служба планування сім'ї в Україні

В умовах погіршення демографічної ситуації в країні, зниження життєвого рівня більшої частини населення, погіршення його репродуктивного здоров'я особливої уваги заслуговують питання планування сім'ї. Як відомо, вирішення цієї проблеми сприяє зниженню материнської і дитячої смертності, профілактиці захворювань, що передаються статевим шляхом, і збереженню здоров'я населення, позитивно впливає на рівень народжуваності.

Ще в 1968 році ООН проголосила право на планування сім'ї, вільне відповідальне батьківство як невід'ємне право кожного громадянина. У 1974 році було визнано право кожної країни займатися плануванням сім'ї на державному рівні. Визнавалося також, що це право необхідно реалізувати, виходячи з потреб конкретної ситуації та усвідомлюючи відповідальність перед суспільством.

За визначенням ВООЗ, термін “планування сім'ї” передбачає ті види діяльності, що мають на меті допомоги окремим особам і подружнім парам досягти певних результатів, а саме:

- уникнути небажаної вагітності;
- народити бажаних дітей;
- регулювати інтервали між вагітностями;
- вибирати час народження дитини залежно від віку батьків і стану їхнього здоров'я;
- визначати кількість дітей у родині.

В умовах різкого зниження народжуваності в Україні проблема планування родини набуває сьогодні великої медико-соціальної значущості. Аборт в Україні продовжує залишатися основним методом регулювання народжуваності. При цьому ускладнення після абортів спостерігаються в кожній третій жінки, а у тих, які вперше завагітніли, їхня частота наближається до 40%. Основними ускладненнями абортів є безплідність, невиношування вагітності, запальні захворювання геніталій, ендокринні порушення, ускладнення при наступних вагітностях і пологах та ін.

Використання контрацептивів у країні є недостатнім у зв'язку з недосконалою системою інформування населення з проблем планування сім'ї і недостатнім рівнем сексуальної культури.

З огляду на державну значущість цього питання, постановою Кабінету Міністрів України 13 вересня 1995 року була прийнята Національна програма “Планування сім'ї”. Вона спрямована на подолання кризових тенденцій, що перешкоджають відтворенню населення. Ця програма була покликана

сформувані в людей потребу мати повноцінну родину, бажаних і здорових дітей і радикально змінити ставлення кожної людини і держави в цілому до проблем планування сім'ї.

Слід зазначити, що планування сім'ї є істотним елементом первинної медико-санітарної допомоги. В Україні, як і в багатьох країнах світу, він містить такі основні види діяльності:

- інформація і консультивання населення з питань планування сім'ї;
- організація служб планування сім'ї;
- забезпечення населення засобами контрацепції;
- лікування безплідності та сексуальних розладів;
- формування суспільної думки, зміна сформованих уявлень про планування родини як про суто медичну чи внутрішньосімейну проблему;
- підвищення рівня знань і кваліфікації щодо даної проблеми не тільки акушерів-гінекологів і лікарів інших спеціальностей, але і медичних працівників середньої ланки, у першу чергу акушерок фельдшерсько-акушерських пунктів;
- поглиблення та розширення роботи зі статевих виховання дітей і підлітків, підготовка педагогів і батьків з питань сексуального розвитку дітей;
- залучення засобів масової інформації до висвітлення проблем планування сім'ї, сексуальної культури, сімейних взаємин;
- підвищення доступності та якості медичних послуг у службі планування сім'ї.

11 червня 1997 року Міністерство охорони здоров'я країни видало наказ № 180 "Про організацію роботи медичних центрів планування сім'ї і репродукції людини", де затверджено положення про центри та кабінети планування сім'ї і їх рекомендована структура.

- Основними завданнями розвитку служби планування сім'ї на перспективу намічено:
- вивчення основ сексуальної поведінки та методів контрацепції в навчальних закладах і центрах молоді;
- підвищення безпечності абортів і удосконалення рекомендацій щодо попередження небажаної вагітності після абортів і пологів;
- поширення сучасних методів контрацепції;
- попередження захворювань, що передаються статевим шляхом;
- широка інформаційна діяльність з проблем планування сім'ї; надання допомоги жінкам і дівчаткам-підліткам - жертвам сексуального насильства;
- міжнародне співробітництво.

За час реалізації національної програми планування сім'ї, галузевих заходів вдалося створити ефективно діючу службу планування сім'ї в Україні. До її складу входять кабінети планування сім'ї на рівні адміністративних районів (у складі ЦРЛ) й обласні та міські центри планування сім'ї. Науково-

методично-організаційним закладом є Український центр планування сім'ї АМН України та МОЗ України, створений на базі інституту педіатрії, акушерства та гінекології.

Ефективність діяльності зазначених закладів та підрозділів була б неможливою без широкого міжнародного співробітництва з іншими країнами (Німеччина, Росія, США, Канада, Нідерланди, Швейцарія, Румунія) та Міжнародними організаціями (ВООЗ, ЮНІСЕФ, ООН, Агентство з міжнародного розвитку США, Міжнародний альянс охорони здоров'я).

Правонаступницею зазначеної програми стала Національна Програма “Репродуктивне здоров'я 2001-2005”, де планування сім'ї розглядається як складова збереження репродуктивного здоров'я і здоров'я в більш широкому розумінні цього поняття.

У ході виконання програми передбачається розширити функції центрів і кабінетів планування сім'ї, залучити їх до розв'язання проблеми ВІЛ/СНІДУ та захворювань, що передаються статевим шляхом, дитячої та підліткової гінекології, онкологічних захворювань репродуктивних органів.

Інформація, навчання, комунікація (ІНК) у роботі служб планування сім'ї

Зниження кількості небажаних вагітностей, абортів та захворювань, що передаються статевим шляхом, тобто покращення репродуктивного і сексуального здоров'я неможливе без стійкого усвідомлення та зміни статевої поведінки в напрямі безпечного сексу. А ця зміна, в свою чергу, неможлива без формування навичок безпечної статевої поведінки, яку покликана забезпечити система “Інформація, навчання, комунікація (ІНК)”.

ІНК – це важлива складова частина в роботі служб планування сім'ї, яка повинна входити в робочі плани і на яку повинен виділятися певний час. Необхідно пам'ятати, що три її компоненти не є окремими частинами системи, а тісно переплетені та взаємо пов'язані.

Під інформацією мають на увазі обмін відомостями між людьми. Важливо, щоб її подання здійснювалося в короткій, але вражаючій формі, а кожне повідомлення було викладено чітко і лаконічно. Засвоєння матеріалу з інформаційних засобів становить приблизно 10-15%.

Навчання – це процес оволодіння знаннями, уміннями та навичками. Навчання думати, робити висновки ставити питання й приймати рішення включає в себе як елементи інформації, так і елементи комунікації. При навчанні засвоюється 25-40% інформації.

Комунікація це передача інформації від людини до людини. Вона має за мету не тільки дати інформацію та навчити, але й виробити та закріпити практичні навички, змінити ставлення та поведінку. Комунікативне навчання є найбільш ефективним. При такій формі навчання засвоюється 50-60% інформації. Комунікація в основному являє собою особисте спілкування (в тому числі й консультування), головна мета якого – допомогти людям прийняти рішення.

Працівники служб ПС повинні проводити роботу за програмою ІНК з урахуванням необхідності ознайомлення різних груп населення з питаннями фізіології, особливостей розвитку і збереження репродуктивного здоров'я.

Інформація, навчання і комунікація можуть бути представлені в найрізноманітніших формах (телебачення, радіо, газети, журнали, відеофільми, плакати, листівки, пам'ятки, буклети, брошури, книги, лекції, бесіди, семінари, тренінги тощо).

Компоненти послуг з планування сім'ї

Консультавання – це важлива умова для початку та продовження використання пацієнтом методу планування сім'ї. Медичні працівники повинні бути підготовлені для проведення консультавання з усіх існуючих методів контрацепції. При цьому вони не повинні застосовувати ніяких стимулів чи змушувати пацієнтів використовувати як планування сім'ї в цілому, так і будь-який окремий метод контрацепції.

Надання контрацептивів

Контрацептиви повинні бути надані пацієнтам у відповідності до існуючих інструкцій, затверджених для даного конкретного методу, і тими медичними працівниками, які пройшли навчання в наданні цього методу.

Подальші спостереження і система направлень

Всі пацієнти, які обрали метод планування сім'ї повинні бути проінформовані про відповідні вимоги до подальшого спостереження при використанні даного методу і заохоченні без сорому звертатись до лікаря, якщо вони будуть чимось стурбовані. Медичні працівники повинні дотримуватись встановленої системи, видаючи пацієнтам направлення до інших спеціалістів.

Ведення записів

Всі медичні працівники повинні вести адекватні записи про кожного пацієнта, які дозволяють встановити особу пацієнта і визначити одержаний нею/ним метод контрацепції, а також будь-які пов'язані з цим особливі обставини.

Спостереження і контроль

Спостереження і контроль є найважливішими компонентами оцінки роботи служби. Вони допомагають гарантувати забезпечення потреб пацієнтів і дотримання існуючих інструкцій щодо їхнього обслуговування. Завідуючий клінікою є членом тієї ж команди, що й весь персонал, і сприяє підвищенню зацікавленості всіх медичних працівників, допомагає у вирішенні різних проблемі слідкує за тим, щоб права (як обслуговуючого персоналу, так і пацієнтів) чітко дотримувалися.

Організація

Підтримка ефективної системи організації і постачання допоможе персоналу обслуговуючого закладу уникнути таких проблем, як дефіцит або надлишок продукції. Для надання населенню послуг високої якості

обслуговуючий персонал повинен виконувати всі правила збереження і поводження з контрацептивами та іншими засобами.

Якість обслуговування

Для надання населенню якісних послуг з планування сім'ї необхідне виконання медичними працівниками таких умов:

- Обслуговування має бути особистим, тобто концентруватися на потребах кожного конкретного пацієнта.
- До пацієнтів треба ставитися з повагою.
- Необхідно дотримуватись суворої конфіденційності.
- Пацієнти не повинні чекати прийому надто довго.
- Медичні працівники мають інформувати пацієнтів про всі існуючі методи контрацепції.
- У закладі повинна дотримуватись чистота і правильна організація потоку пацієнтів.
- Заклад має обслуговувати пацієнтів протягом нормального робочого дня, а там, де це можливо, намагатись розширити час прийому для охоплення всіх верств населення.
- Повинен підтримуватись адекватний запас контрацептивів та інших засобів, необхідний для обслуговування пацієнтів.
- Управління службою має бути динамічним: залучення персоналу до вирішення проблем, що виникають, необхідне для якісного обслуговування населення.

Для успішної роботи служби повинен бути персонал, який демонструє:

- турботу, увагу і ретельність, інформуючи пацієнта про обраний метод планування сім'ї;
- глибокі знання, навички та правильне ставлення до питань планування сім'ї;
- знання та вміння розпізнавати реальні та потенційні проблеми;
- здатність застосовувати відповідні клінічні дії для вирішення цих проблем, включаючи інформованість про те, коли (і куди) необхідно направити пацієнтів із серйозними ускладненнями.

Консультування

Консультування – це **надзвичайно важливий** компонент послуг з планування сім'ї. Воно покликане допомогти пацієнтам:

- зробити усвідомлений вибір, що стосується їхніх репродуктивних можливостей;
- вибрати метод контрацепції, що їх влаштовує;
- правильна та успішно використовувати вибраний метод.

Якісне консультування концентрується на потребах конкретного пацієнта в конкретній ситуації. Хороший консультант завжди готовий вислухати та відповісти на всі питання та сумніви пацієнта.

Щоб досягти успіху, консультування має базуватися на взаємному довір'ї між консультантом та пацієнтом.

Обслуговуючи пацієнтів, необхідно пам'ятати, що вони:

- мають право вирішувати, використовувати чи ні планування сім'ї;
- вільні у виборі методу контрацепції;
- мають право на конфіденційність;
- мають право відмовитись від проходження будь-якого виду огляду.

Незважаючи на те, що багато методів контрацепції дуже ефективні, невдача (вагітність) все ж можлива. У цьому випадку під час консультування треба проінформувати пацієнтку про наявні в неї можливості й дати їй відповідне направлення.

Процес консультування

Обговорюючи з пацієнтом його/її контрацептивні можливості, медичні працівники повинні коротко розповісти про всі існуючі методи планування сім'ї, навіть якщо пацієнт знає, який метод він/вона хоче використовувати.

Медичні працівники повинні завжди тримати в пам'яті факти про кожного пацієнта, які можуть виявитись дуже важливими в залежності від того, який метод контрацепції розглядається. До цих фактів належать:

- репродуктивні цілі жінки чи пари (перерва між пологами або планування пологів);
- персональна інформація, включаючи час і гроші, витрачені пацієнтом на дорогу в клініку, можливі біль чи незручність після процедури;
- доступність і наявність інших засобів, необхідних при використанні обраного методу контрацепції;
- необхідність захисту від ІСШ та інших ЗПСШ (включаючи ВГВ, ВІЛ/СНІД).

Етапи консультування з планування сім'ї

Процес консультування можна розділити на 3 етапи:

- **Першопочаткове (первинне) консультування** в приймальному відділенні (описуються всі методи контрацепції і пацієнту допомагають вибрати той, який більше всього йому/їй підходить).
- **Консультування з конкретного методу** до і зразу після надання послуг (пацієнт отримує інструкції про те, як використовувати даний метод і що робити в разі появи побічних ефектів та інших проблем).
- **Консультування на подальших прийомах** (під час повторного візиту обговорюються використання пацієнтом обраного методу, задоволення зробленим вибором будь-які проблеми, які могли виникнути).

Консультування є природним компонентом кожного працівника охорони здоров'я, який надає послуги по плануванню сім'ї.

Змістовне та уважне консультування допомагає пацієнтці вибрати найбільш прийнятний для неї метод контрацепції, який буде безпечним, ефективним і повністю задовольнить її потреби.

Існує шість основних елементів проведення консультування з питань планування сім'ї. Медпрацівник може запам'ятати ці елементи, використовуючи як акронім слово "Довіра".

Принцип “ДОВІРА”

Д – доброзичливість перш за все. Медпрацівник повинен привітати пацієнта і уважно його вислухати.

О – опитування пацієнта переслідує чітку мету. Про що його розпитувати? Медпрацівник повинен поговорити з пацієнтом про його/її потреби в питаннях планування сім’ї, зібрати висхідну інформацію і скласти короткий анамнез.

В – все про методи контрацепції. Розкажіть пацієнту про методи планування сім’ї. Медпрацівник повинен перерахувати наявні методи контрацепції і чітко охарактеризувати ті з них, які зацікавили пацієнта: як діє метод, його переваги й недоліки, можливі побічні ефекти.

І – інформація – основа вибору. Деякі жінки, можливо, вже вирішили, який метод будуть використовувати. Інші шукають поради в обранні методу планування сім’ї і потребують рекомендацій медпрацівника.

Р – ретельність у виконанні рекомендацій. Коли жінка приймає рішення медпрацівник зобов’язаний:

- пояснити пацієнтці, коли і як вона почне користуватись методом;
- розповісти пацієнтці про основні побічні ефекти;
- розповісти пацієнтці про існуючу невелику вірогідність виникнення серйозних ускладнень або небажаної вагітності;
- розповісти пацієнтці про симптоми, характерні для серйозних ускладнень.

А – активне спілкування з лікарем. Для цього вона повинна мати інформацію про повторний візит. Слід спланувати його з пацієнткою, яка має знати, що вона може завжди звернутись за консультацією в разі виникнення в неї будь-яких питань чи проблем, або якщо вона побажає припинити використання методу. Крім того, з виникненням будь-яких тривожних ознак пацієнтка повинна негайно прийти на консультацію. Медпрацівник повинен впевнитись у тому, що жінка знає, коли й куди їй слід звернутися за допомогою.

При повторному відвідуванні медпрацівник повинен скласти клінічний анамнез, звертаючи при цьому особливу увагу на проблеми, пов’язані з менструаціями, больові відчуття і можливе виникнення вагітності. Медпрацівник повинен розповісти пацієнтці про звичайні побічні ефекти, а також нагадати про те, які ознаки вказують на наявність ускладнень і обговорити проблеми та питання, що виникли у пацієнтки.

АНАТОМІЯ ТА ФІЗІОЛОГІЯ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Анатомія та фізіологія жіночих статевих органів

Жіночі статеві органи поділяються на зовнішні та внутрішні. Межею між ними є дівоча пліва (hymen).

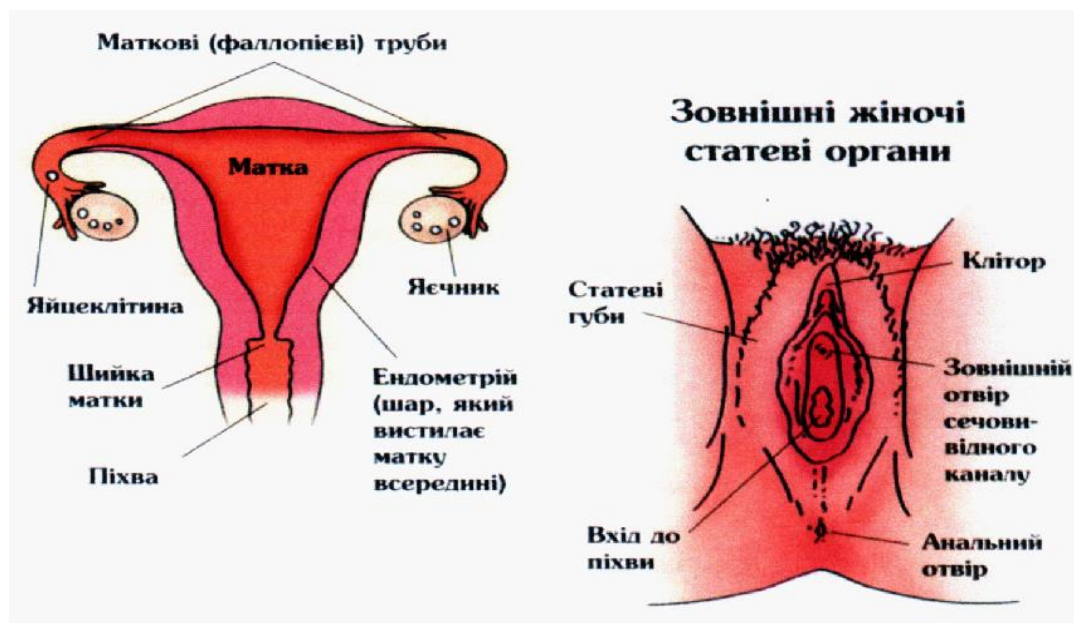


Рис.1. Репродуктивна система жінки.

Зовнішні статеві органи

До зовнішніх статевих органів (*genitalia externa, vulva*) належать: лобковий горб, великі та малі статеві губи, клітор (див. рис.1).

Лобковий горб (*mons pubis*) – багате на підшкірну жирову клітковину підвищення, що міститься спереду і вище лобкового зчленування. У жінок волосистість на лобковому горбі обмежена вгорі горизонтальною лінією. До досягнення дівчиною статевої зрілості волосся в ділянці лобкового горба немає; у клімактеричному періоді та менопаузі волосся починає рідшати. Ріст волосся за чоловічим типом, коли волосистість розповсюджується по середній лінії пупка, вкриває внутрішні поверхні стегон, свідчить про порушення діяльності яєчників та надниркових залоз.

Великі статеві губи (*labia majora pudenda*) – дві повздовжні складки шкіри, що оточують з боків статеву щілину. Спереду переходять у шкіру лобкового горба, ззаду з'єднуються, утворюючи задню спайку губ (*comissura labiorum posterior*). Простір між задньою спайкою та анусом називається

акушерською промежиною (perineum). Висота її у більшості жінок становить - 3-4 см. Якщо висота промежини більша 4-х см, її називають високою, а якщо менша 3-х см – низькою. Промежина часто травмується під час пологів, на місці розриву утворюються рубці, порушується структура тазового дна. У разі повторних травм під час наступних пологів тонус м'язів тазового дна, котрі є підтримуючим апаратом матки, знижується, тому може настати опущення, а згодом і випадіння матки.

У товщі задньої третини великих статевих губ містяться великі присінкові (вестибулярні), або **бартолінові залози** (glandulae vestibularis majores). Їхні розміри досягають 10-15 см завдовжки та до 6-8 мм завширшки. Це альвеолярно-трубчасті залози, при статевому збудженні вони виділяють секрет, що зволожує вхід у піхву. Вивідні протоки бартолінових залоз відкривається в борозенці між малими статевими губами та дівочою плівкою. При запальних захворюваннях бартолінових залоз, зокрема при гонорейі, навколо зовнішніх отворів вивідних проток з'являється гіперемія.

Малі статеві губи (labia minora pudendi) – пара шкірних складок, розміщена паралельно до великих статевих губ. Спереду вони з'єднуються в ділянці клітора, утворюючи його уздечку та крайню плоть, ззаду зливаються з великими.

Клітор (clitor) – невелике конусоподібне утворення, що складається з двох печеристих тіл. Завдяки великій кількості нервових закінчень, які містять клітор та статеві губи, вони є органом статевого чуття.

Присінок піхви (vestibulum vaginae) – обмежений з боків малими статевими губами, спереду клітором, ззаду – задньою спайкою, зсередини – дівочою плівкою. Сюди відкриваються вивідні протоки бартолінових залоз та зовнішній отвір сечівника.

Сечівник (uretra) – у жінки має довжину 3-4 см, межує з передньою стінкою піхви, має два сфінктери – зовнішній та внутрішній. Зовнішній отвір його знаходиться на 2-3 см позаду клітора.

Дівоча пліва (hymen) – це сполучнотканинна перетинка, що закриває вхід у піхву в незайманих дівчат. Отвір дівочої пліви може мати різну форму, іноді таких отворів є два. Якщо гімен не має отвору, це може стати на заваді відтоку менструальної крові і є явищем патологічним. Під час першого статевому акту дівоча пліва розривається, при цьому буває невелика кровотеча. На місці дівочої пліви залишаються гіменальні сосочки (caruncula hymenalis), а після перших пологів – миртоподібні сосочки (caruncula myrtiliformis).

Внутрішні статеві органи

До внутрішніх статевих органів належать: піхва, матка, маткові труби та яєчники (див. рис.1).

Піхва (vagina, colpos) – трубчастий м'язово-еластичний орган завдовжки 8-10 см, що починається від дівочої пліви та закінчується біля місця прикріплення шийки матки. Біля шийки матки піхва утворює заглиблення – склепіння піхви: переднє, заднє і бокові. Заднє склепіння межує з дугласовим

простором, пунктувавши його, можна отримати вміст черевної порожнини, що має важливе діагностичне значення.

Передня стінка піхви у верхньому відділі межує із сечовим міхуром, у нижньому – з уретрою. Задня стінка піхви прилягає до прямої кишки.

Шари піхви:

1. Адвентиція.
2. М'язевий шар, що складається з внутрішнього циркулярного та зовнішнього повздожнього.
3. Слизова оболонка, утворена багатошаровим плоским епітелієм.

Слизова оболонка піхви не містить залоз, вміст піхви утворюється внаслідок пропотівання рідини з лімфатичних та кровоносних судин, а також слизу залоз шийки матки. У здорової жінки в піхві є невелика кількість вмісту білуватого кольору. Цей вміст має кислу реакцію завдяки молочній кислоті, котра утворюється внаслідок життєдіяльності піхвових бацил (паличок Додерлейна), що створюють нормальний мікробіоценоз піхви. Молочна кислота, концентрація якої у вагіні здорової жінки досягає 0,4 %, знищує патогенні мікроби, що потрапляють у піхву ззовні. Цей процес називається “самоочищення піхви”.

“Самоочищення піхви” можливе лише за умови нормального функціонування яєчників, бо під впливом естрогенних гормонів, що виділяються яєчниками, відбувається дозрівання епітеліальних клітин слизової оболонки та накопичення в них глікогену, яким живляться палички Додерлейна.

Якщо функція яєчників порушується, кількість глікогену зменшується, піхвові бацили виділяють недостатню кількість молочної кислоти, то реакція піхви може стати лужною, що сприяє розвитку патогенних бактерій та грибів. У такому випадку виникає запалення піхви – кольпіт.

Для характеристики стану вагінальної мікрофлори існує поняття чистоти піхвового вмісту. Розрізняють чотири ступені чистоти вагінального вмісту.

1 ст. – у вмісті піхви виявляють лише палички Додерлейна та епітеліальні клітини, реакція вмісту кисла;

2 ст. – піхвових бацил менше, з'являються поодинокі лейкоцити, реакція кисла;

3 ст. – піхвових бацил мало, переважає кокова флора, багато лейкоцитів, реакція слабо лужна;

4 ст. – піхвових бацил немає, багато патогенних мікроорганізмів (коки, трихомонади, гриби), реакція лужна.

Функції піхви:

1. Починаючи з періоду статевого дозрівання, через піхву назовні виводиться менструальна кров.
2. Участь у здійсненні статевої функції жінки та в процесі запліднення.
3. Під час пологів піхва утворює родовий канал.
4. Бар'єрна функція: процес самоочищення піхви перешкоджає попаданню в матку патогенних мікроорганізмів.

Матка (uterus, hystera) – м'язовий порожнистий орган, що за формою нагадує грушу, дещо сплюснену в передньо-задньому напрямку. Довжина невагітної матки становить 7-8 см, з яких у дорослої жінки 2/3 припадає на тіло, а 1/3 – на шийку (у дівчаток - навпаки, що має значення для діагностики генітального інфантилізму), маса - 50-100 г, товщина стінок - 1-2 см.

Розрізняють **тіло** (corpus), **перешийок** (isthmus) і **шийку** (collum) матки.

Наймасивніша частина матки називається тілом. Частину матки над лінією прикріплення маткових труб називають **дном матки** (fundus uteri).

Матка складається з трьох шарів: **слизової оболонки, м'язового шару та серозної оболонки**.

Слизова оболонка матки (endometrium) складається з двох шарів: функціонального, у якому відбуваються циклічні зміни, пов'язані із менструальним циклом, і базального, який прилягає безпосередньо до міометрія. Ендометрій містить залози, що виділяють секрет.

М'язовий шар (myometrium) складається з трьох пластів м'язів, що ідуть у різних напрямках: зовнішній(поздовжній), середній(циркулярний), внутрішній(поздовжній). У тілі матки переважають циркулярні пучки, а в шийці – поздовжні.

Тіло матки має порожнину (cavum uteri). У поздовжньому розрізі по фронтальній площині порожнина матки має форму трикутника, основою якого є дно матки, а вершиною – внутрішнє вічко. Кутами трикутника біля основи є внутрішні отвори маткових труб, біля вершини – внутрішнє вічко матки. Передня та задня стінки матки дотикаються одна до одної, тому порожнина матки практично є вузькою щілиною.

Серозна оболонка (perimetrium) утворюється очеревиною, яка з передньої черевної стінки переходить на сечовий міхур, відтак на матку, утворюючи міхурово-маткову заглибину (excavatio vesico-uterina). Переходячи з матки на пряму кишку, очеревина утворює прямокишково-матковий, або дугласів простір (excavatio recto-uterina). Бокові поверхні матки не покриті очеревиною.

Перешийок – частина матки між тілом і шийкою завдовжки близько 1 см. Верхньою межею перешийка є місце щільного прикріплення очеревини до матки спереду (це відповідає анатомічному внутрішньому вічку матки), нижньою – гістологічне вічко матки (межа переходу слизової матки в слизову цервікальний канал). У процесі пологів перешийок разом із шийкою матки утворює нижній сегмент матки, саме у цій ділянці проводять розріз матки під час операції кесаревого розтину, саме тут найчастіше трапляються розриви матки.

Шийка матки має дві частини – піхвову та надпіхвову. Піхвова частина шийки матки виступає у просвіт піхви і є доступною для огляду вагінальними дзеркалами. Надпіхвова частина лежить вище від місця прикріплення стінок піхви до шийки. Посередині шийки матки проходить цервікальний канал, який має два сфінктери: внутрішнє та зовнішнє вічко. Зовнішнє вічко у жінок, які не народжували, має круглу форму, після пологів зовнішнє вічко набуває форми поперечної щілини. Шийка матки у жінок, які не народжували, має конічну форму, у тих, які народжували, - циліндричну.

Матка розміщується в центрі таза. Повздовжня вісь матки нахилена до переду (*anteversio*). Між тілом та шийкою матки існує тупий кут близько 120 мм, в нормі він відкритий до переду (*anteflexio*).

Функції матки:

- протягом періоду статевої зрілості матка виконує менструальну функцію;
- упродовж вагітності матка виконує плодовмісну функцію і створює оптимальні умови для розвитку фето-плацентарного комплексу;
- у пологах матка виконує функцію зганяння.

Маткові труби (*tubae uterinae*) відходять від матки в ділянці її кутів і йдуть у верхніх відділах широкої зв'язки матки бокових стінок таза. Довжина маткових труб 10-12 см. Виділяють 3 частини труби:

- **інтерстиціальну** (*pars interstitialis, pars intramuralis*), що проходить товщу м'яза матки, її діаметр досягає 0,5-1 мм;
- **перешийкову** (*pars isthmica*)- одразу після виходу труби з матки;
- **ампулярну** (*pars ampullaris*) – найширшу частину, що закінчується лійкою, діаметр труби в цьому відділі до 5-8 мм. Лійка має численні тонкі вирости, що називаються *фімбріями* (*fimbriae tubae*).

Стінка труби складається з трьох шарів: слизової оболонки, утвореної циліндричним війчастим епітелієм, м'язового шару та серозної оболонки, що являє собою очеревину.

У дитячому віці труби довгі та звивисті. У періоді статевого дозрівання вони стають дещо коротшими, ширшими та менш звивистими внаслідок посиленого розвитку м'язового шару.

Скорочення маткової труби залежать від фази менструального циклу. Найбільш інтенсивно труба скорочується в період овуляції, що має сприяти прискоренню транспортування сперматозоїдів в ампулярну частину труби. У лютеїнову фазу циклу під впливом прогестерону розпочинається функціонування секреторних клітин слизової, труба заповнюється секретом, її перистальтика сповільнюється. Ці чинники разом з рухами війок миготливого епітелію сприяють просуванню заплідненої яйцеклітини матковою трубою.

Функції маткових труб:

- в ампулярній частині маткової труби відбувається запліднення;
- по маткових трубах запліднена яйцеклітина потрапляє в матку.

Яєчники (*ovaria*) - парні жіночі статеві залози. Яєчник є органом подвійної функції: внутрішньої секреції (виробляє естрогенні гормони, прогестерон) та зовнішньої (продукує яйцеклітини).

Розміри яєчників - 4x2x1 см. Ці залози розміщені на задньому листку широкої зв'язки матки так, що його ворота (*hylus ovarii*), через які проходять судини і нерви, вкриті широкою зв'язкою, а більша частина поверхні не вкрита

очеревиною. Яєчник підтримується в черевній порожнині широкою матковою зв'язкою, власною зв'язкою яєчника та лійково-тазовою зв'язкою.

Між яєчником та трубою міститься *над'яєчниковий придаток* (epoophoron), нижче прикріплення брижі яєчника міститься *прияєчник* (paroophoron). Ці утворення мають вигляд тонких каналців, вони є рудиментарними утворами, фізіологічного значення не мають, проте з них інколи розвиваються параоварильні кісти.

Шари яєчника: корковий шар, в якому власне відбувається розвиток фолікулів та жовтого тіла, і мозковий шар, що складається із сполучної тканини, у якій проходять судини та нерви. Зовні він вкритий кубічним епітелієм, під яким знаходиться білкова оболонка, що складається з колагенових волокон .

Функції яєчника:

- **ендокринна:** виробляє жіночі статеві гормони;
- **генеративна:** в яєчниках відбувається процес дозрівання фолікулів та продукування яйцеклітини;
- впродовж перших місяців гестації в яєчнику функціонує жовте тіло вагітності, що забезпечує нормальний перебіг першого триместру.

У яєчниках здійснюється біосинтез трьох груп стероїдних гормонів – естрогенів, гестагенів і андрогенів. Естрогени виділяються клітинами внутрішньої оболонки фолікула. У невеликій кількості вони утворюються також у жовтому тілі та корковій речовині надниркових залоз. Основними естрогенами яєчників є естрадіол, естрон і естріол, причому синтезується переважно перші два гормони.

Естрогени специфічно впливають на жіночі статеві органи: стимулюють розвиток вторинних статевих ознак, викликають гіпертрофію і гіперплазію ендометрія та міометрія, покращують кровообіг матки, сприяють розвитку вивідної системи молочних залоз та росту секреторного епітелію в молочних ходах. Дія екзогенних естрогенів на яєчники залежить від дози: великі дози гальмують продукцію гормонів, впливаючи на тканину яєчника безпосередньо або через гіпофіз-гіпоталамус, надмірні дози естрогенів викликають атрофію яєчників.

Гестагени є секретом лютеїнових клітин жовтого тіла, а також лютеїнізуючих клітин зернистого шару та оболонок фолікулів. Крім того, вони синтезуються корковою речовиною надниркових залоз. Основний гестаген яєчників – прогестерон. На статеві органи гестагени впливають переважно після естрогенної стимуляції: пригнічують проліферацію ендометрія, викликану естрогенами, сприяють переходу слизової оболонки матки у фазу секреції. У разі запліднення яйцеклітини гестагени пригнічують овуляцію та протидіють скороченням матки.

Андрогени утворюються в інтерстиціальних клітинах внутрішньої оболонки фолікулів (у невеликій кількості) і в сітчастій зоні коркової речовини надниркових залоз (основне джерело андрогенів у жінок). Вони стимулюють ріст клітора, викликають атрофію малих статевих губ і гіпертрофію великих. У

жінок з функціонуючими яєчниками андрогени впливають на матку: за умови достатньої естрогенної насиченості невеликі дози їх викликають зміни ендометрія перед вагітністю; великі – його атрофію. Андрогени пригнічують утворення молока в годуючих матерів.

Фізіологія жіночих статевих органів

Вікові періоди життя жінки

Кожному віковому періоду в житті жінки притаманні певні фізіологічні особливості. Виділяють пренатальний період, період дитинства, період статевого дозрівання, період статевої зрілості, клімактеричний період та старечий період.

Пренатальний період починається з моменту запліднення та триває до народження дитини. Стать плода визначається під час запліднення хромосомним набором, який дитина отримує від батьків. Статеві органи починають формуватися в кінці першого місяця ембріогенезу: яєчники – з індіферентної (тобто однакової для обох статей) статевої залози; матка, маткові труби та верхня частина піхви – з мюллерових каналів; нижня частина піхви і зовнішні статеві органи – з клоаки і сечостатевого синуса.

Мюллерові канали – парне ембріональне утворення, закладене з обох боків хребта ембріона. З кожного з них розвивається половина матки, піхви та по одній матковій трубці. У процесі розвитку мюллерові протоки зближуються і з'єднуються. Спочатку утворюється тільки спільний зовнішній контур органа, а всередині матково-піхвовий канал по всій довжині розділений перетинкою, яка поступово розсмоктується, і на кінець третього місяця внутрішньоутробного розвитку формується непарний орган. Якщо цей процес порушується – виникають вади розвитку жіночих статевих органів.

Період дитинства починається з народження дівчинки і триває 10-11 років. У цьому періоді між жіночим та чоловічим організмом існує лише анатомічна відмінність, функціональної різниці немає. В останні три місяці вагітності під впливом гормонів плаценти матка в плода жіночої статі швидко збільшується. Після народження темп росту матки та піхви у дівчинки значно нижчий, ніж тіла дитини, тому величина матки новонародженої та 10-річної дівчинки відрізняються незначно.

Статевим органам дівчинки притаманні такі особливості:

1. Тіло матки менше порівняно з шийкою (співвідношення 1/3 до 2/3).
2. Маткові труби довгі та звивисті.
3. Піхва вузька, розміщена майже вертикально. Епітелій піхви не містить глікогену, реакція слаболужна, тому у дівчаток часто виникає вагініт.
4. Волосистість на лобку відсутня.
5. Молочні залози не розвинуті.

З 10 років починає збільшуватися кількість естрогенів, які виділяють яєчники та надниркові залози дівчинки. Вміст естрогенів стає більшим, ніж кількість андрогенів, завдяки чому розпочинається підготовка до періоду статевого дозрівання.

Серед гінекологічних захворювань у дівчаток найчастіше зустрічаються вульвіти, що виникають при поганому догляді за дитиною, недотриманні правил гігієни.

Період статевого дозрівання (*пубертатний період*) триває з 10-11 до 16 років. У цьому періоді розпочинається секреторна функція яєчників. Кількість статевих гормонів значно збільшується, їх виділення стає циклічним. Ще за 1-2 роки до першої менструації (*menarche*) в організмі дівчинки відбувається певні структурні зміни, спрямовані на підготовку до виконання менструальної функції: розвиток ендометрія та поділ його на базальний та функціональний шар; утворюється кут між тілом та шийкою матки, якого не було у попередні роки життя, піхва стає довшою і змінює своє положення, є майже вертикальною, що характерне для зрілої жінки: напрям піхви утворює гострий кут з горизонтальною площиною; у клітинах піхви з'являється глікоген, починається самоочищення піхви; маткові труби, завдяки розвитку м'язового шару, стають коротшими, товщими, їх просвіт збільшується.

У цьому періоді дівчатка інтенсивно ростуть, переганяючи в рості хлопчиків-ровесників. Будова тіла набуває притаманних жінці рис: починається ріст і розвиток молочних залоз, з'являється волосся на лобку в межах, типових для жінки, збільшуються розміри таза.

Перша менструація (*menarche*) настає переважно у 12-14 років. Нормальним вважається настання *menarche* у віці з 10 до 15 років. Початок менструації до 10 років трактують як раннє статеве дозрівання, що може бути наслідком надмірно швидких темпів розвитку, часто на ґрунті патологічних процесів (гормонопродукуючих пухлин яєчників, розладів ендокринної системи, спадкових захворювань). Якщо перша менструація настає у віці понад 16 років, слід думати про сповільнення загального та статевого розвитку. Пізній початок місячних часто є функціональним проявом генітального інфантилізму. Причинами також можуть бути хронічні екстрагенітальні захворювання, інтоксикації, незадовільне харчування.

У період статевого дозрівання відбувається становлення менструальної функції. Спочатку менструації можуть бути нерегулярними, через 1-2 роки цикл встановлюється, стає стабільним, двофазним. До 18 років, кінця статевого дозрівання, усі органи та системи жіночого організму набувають функціональної зрілості, організм жінки може виконувати дітородну функцію.

Основною ознакою нормального функціонування репродуктивної системи жінки є **нормальний менструальний цикл**. Цей біоритм детермінований генетично, у здорової жінки він стабільний протягом генеративного віку за своїми параметрами, а саме:

- тривалість нормального менструального циклу (від першого дня попередньої до першого дня наступної менструації) становить у середньому 28 днів. Межі допустимих відхилень – від 21 до 35 днів;
- менструація (період кров'янистих виділень) триває 3-4 дні (від 2-х до 7-ми днів);
- крововтрата допускається від 50 до 150 мл;

- менструації повинні бути регулярними;
- під час менструації жінка не повинна відчувати болю;
- цикл повинен бути двофазним.

Основні *гінекологічні захворювання* в дівчаток у віці статевого дозрівання – це розлади менструального циклу (альгодисменорея, ювенільні кровотечі). З початком менструальної функції маніфестують аномалії жіночих статевих органів, не діагностовані при народженні, - зарощення дівочої пліви, наявність рудиментарного рога матки; частіше виникають запальні захворювання.

Дуже важливо, щоб медичні сестри, які працюють з підлітками, зокрема у школах, проводили з дівчатками бесіди про особливості періоду статевого дозрівання, про менструацію, її суть і гігієну менструального періоду, наголошуючи при тому, що початок менструації свідчить про функціональну зрілість організму, про можливість стати матір'ю, але до повної фізичної та психологічної зрілості організму ще далеко, тому ранній початок статевого життя є дуже шкідливим і може в майбутньому негативно позначитися на їхньому репродуктивному здоров'ї, оскільки рання небажана вагітність, незалежно від того, чим вона закінчується, абортom чи пологами, не дає повністю розквітнути організму, а часто ламає долю юної матері й нищить її майбутнє. Медсестра повинна стати порадником дівчаток-підлітків з питань застосування засобів жіночої гігієни, режиму праці й відпочинку в дні місячних, саме до неї вони звертатимуться при появі проблем з боку статевих органів – патологічних виділень, кровотеч, болю тощо.

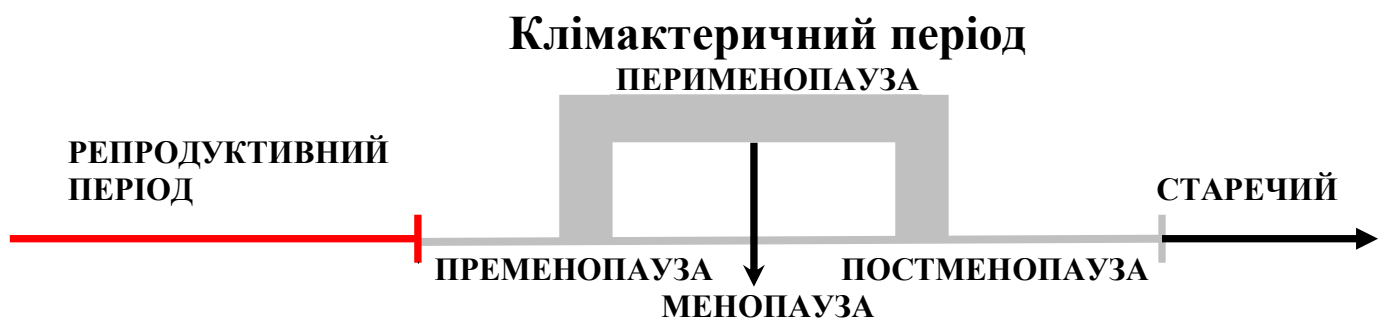
Період статевої зрілості (репродуктивний, дітородний) починається з 17 і триває до 45–47 років. Власне репродуктивним періодом за визначенням ВООЗ є період з 20 до 40 років, оскільки до 20 років жінка ще недостатньо готова фізично та психологічно до виконання функції народження та виховання дитини, а після 40 виникає високий ризик розвитку вад плода.

Протягом періоду статевої зрілості в жінки стабільний двофазний менструальний цикл, вона виконує статеву та репродуктивну функцію.

Клімактеричний період (клімактерій, клімакс, перименопауза) – це перехідний період в житті жінки від репродуктивної фази з регулярними овуляторними циклами до стану після припинення менструації.

В клімактерії виділяють слідуєчі фази:

- пременопауза (перехід до менопаузи);
- менопауза;
- постменопауза.



Пременопауза (menopausal transition) – період від закінчення пізнього репродуктивного періоду (45 років) до менопаузи.

Менопауза – остання самостійна менструація. Дату менопаузи встановлюють ретроспективно (після 12 місяців відсутності менструації). Вік жінки при настанні менопаузи становить в середньому 50 років.

Постменопауза – починається з менопаузи і закінчується в 65-69 років.

Фізіологічний клімакс проходить без особливих порушень загального стану жінки. Кількість менструальних виділень зменшується, місячні стають короткими, проміжки між ними збільшуються, інколи періоди нормальних менструацій змінюються періодами аменореї, і врешті-решт менструації припиняються зовсім.

Патологічний клімакс проявляється ациклічними матковими кровотечами та ангіоневрозом. Клімактеричний ангіоневроз дає клінічні прояви у вигляді “приливів” – відчуття жару та припливу крові до судин голови та верхньої частини тіла, коливань артеріального тиску, пітливості. Жінка відчуває неспокій, страх, пригнічення, погано спить. Ці явища зумовлені різким зниженням в організмі кількості естрогенних гормонів, зміною функції гіпофіза, гіпоталамуса, центральної нервової системи. Припинення менструацій означає припинення репродуктивної функції жінки, але статеві функції та статевий потяг зберігаються ще довго.

Обов'язок медичної сестри – роз'яснювати пацієнткам суть змін, що відбуваються в клімактеричному періоді. Важливо пояснювати значення режиму дня, харчування, занять фізичною культурою. Жінка не повинна акцентувати увагу на своїх негативних відчуттях. Медична сестра має підтримувати в жінки віру в те, що ці явища – функціональні зміни і при виконанні певних рекомендацій лікаря їх можна значно зменшити або повністю усунути.

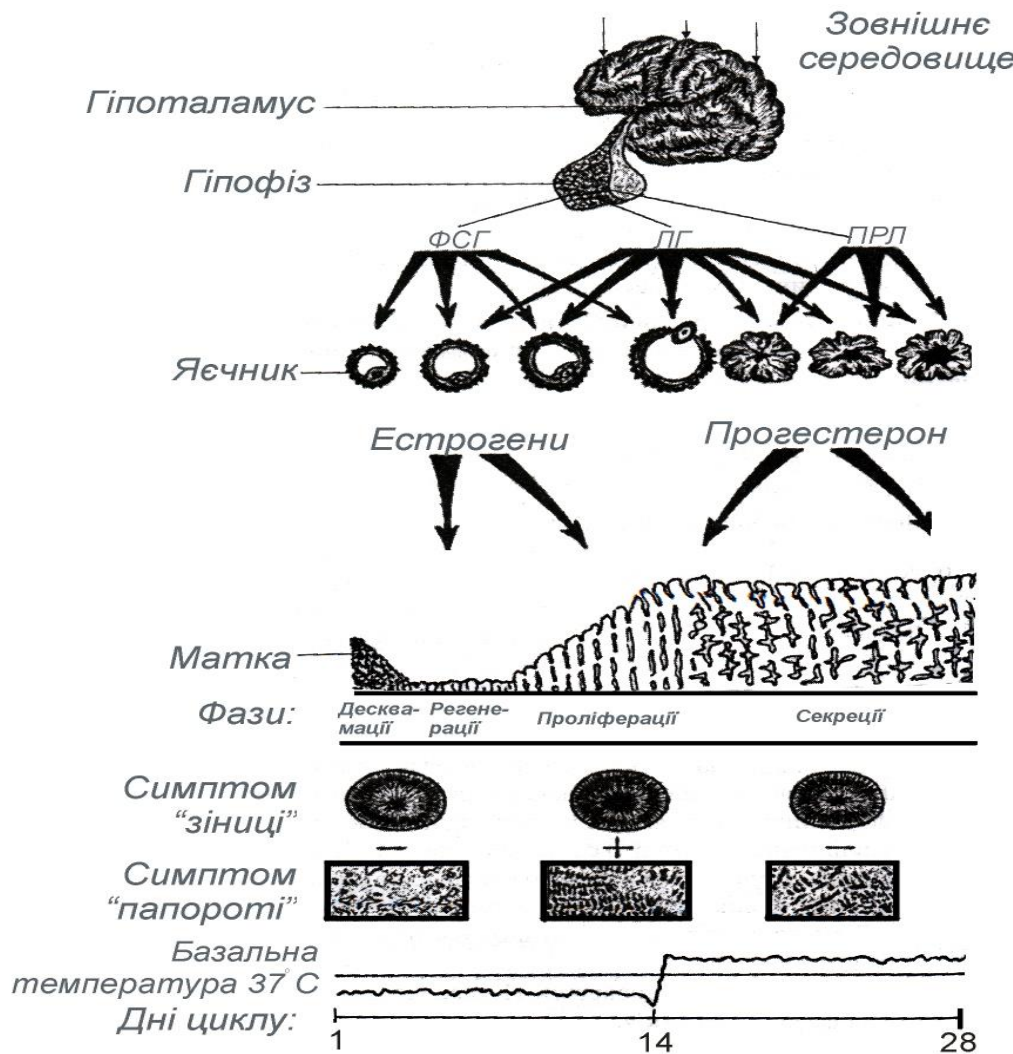
Гінекологічні захворювання клімактеричного віку – це клімактеричні кровотечі, доброякісні та злоякісні захворювання статевих органів.

Старечий (сенільний) процес починається після 70 років і триває до кінця життя жінки. В організмі жінки відбуваються старечі зміни. Знижується працездатність. Починається атрофія статевих органів: матка і придатки значно зменшуються, піхва звужується, епітелій стає атрофічним, припиняється самоочищення піхви, при порушенні правил особистої гігієни розвивається старечий кольпіт.

Нейро-гуморальна регуляція менструального циклу

Основними ланками репродуктивної системи жінки є яєчники, матка, маткові труби й піхва. Регуляція репродуктивної функції забезпечується завдяки гормональній функції гіпоталамо-гіпофізарної системи (див. схему).

Регуляція менструального циклу та тести функціональної діагностики (схема)



Гіпоталамус – відділ проміжного мозку, розташований нижче *bulbus opticus*. Це скупчення ядер нервових клітин з численними висхідними й низхідними волокнами нижче *bulbus opticus* головного мозку. Ядра гіпоталамуса виробляють специфічні нейросекрети, які переносяться разом з кров'ю в передню частину гіпофіза, де стимулюють чи гальмують виділення його гормонів.

Гормони гіпоталамуса, які стимулюють виділення тропних гормонів гіпофіза, називаються ліберинами, гальмуючі – статинами. У регуляції менструальної функції беруть безпосередню участь гонадотропін-релізінг-гормон, пролактоліберин і пролактостатин. За хімічною структурою основні гормони гіпоталамуса є пептидами.

Гіпофіз розташований у середній частині основи мозку, у заглибленні турецького сідла й поєднується з речовиною мозку за допомогою ніжки. У залежності від морфологічних і функціональних показників розрізняють два основних відділи гіпофіза: передню частину – аденогіпофіз і задню – нейрогіпофіз. У регуляції репродуктивної функції беруть участь три гормони

гіпофіза, об'єднаних назвою гонадотропних, тобто тих, що впливають на статеві залози. Ці гормони не специфічні в статевому відношенні.

Усі гонадотропні гормони впливають на функціонування яєчників (жіночих гонад) – парного органа, розташованого в малому тазу.

Упродовж менструального циклу зміни відбуваються в усьому організмі жінки, проте найбільш виражені вони в яєчниках і матці.

Яєчниковий цикл складається з двох фаз:

- 1 фаза – *фолікулярна*;
- 2 фаза – *лютеїнова*.

Протягом першої фази відбувається ріст і розвиток фолікула, його дозрівання. Цей процес триває зазвичай 14 діб (при 28-денному циклі). Якщо менструальний цикл у жінки триває 21 день, то фолікулярна фаза становить 10-11 днів, при 35-денному циклі – 17-18 днів. На початку фази фолікул складається з яйцеклітини, оточеної зернистою та сполучнотканинною оболонкою. У процесі дозрівання фолікул росте, у скупченні зернистих клітин з'являється порожнина, заповнена рідиною. На кінець першої фази клітини зернистої оболонки утворюють навколо яйцеклітини променистий вінець (*corona radiata*). Яйцеклітина, яка після двох поділів стає зрілою і придатною до запліднення, знаходиться на яйценосному горбку, а в момент дозрівання відділяється від нього і потрапляє у фолікулярну рідину, яка містить фолікулярні або естрогенні гормони.

Діаметр дозрілого фолікула становить 10-12 мм. Його полюс, звернений до поверхні яєчника, випинається, оболонка в цьому місці стоншується, фолікул розривається. Настає завершальний етап фолікулярної фази – **овуляція** (див. рис.2).

Овуляцією називається розрив дозрілого фолікула та вихід з його порожнини яйцеклітини. Яйцеклітина потрапляє в черевну порожнину, відтак захоплюється фімбріями ампулярної частини маткової труби. У трубі відбувається процес запліднення.

На місці фолікула, що розірвався, утворюється жовте тіло (*corpus luteum*). Розпочинається друга фаза менструального циклу – лютеїнова. Жовте тіло функціонує 14 днів, з 15-го до 28-го дня циклу, у ньому послідовно відбуваються процеси:

- *васкуляризація*;
- *розквіту*;
- *зворотного розвитку* – за умови, що запліднення не відбувалось і не настала вагітність (тоді ця залоза називається жовтим тілом менструації). Якщо вагітність настала, то утворюється жовте тіло вагітності, яке функціонує 10-12 тижнів і забезпечує нормальний перебіг перших місяців гестації.

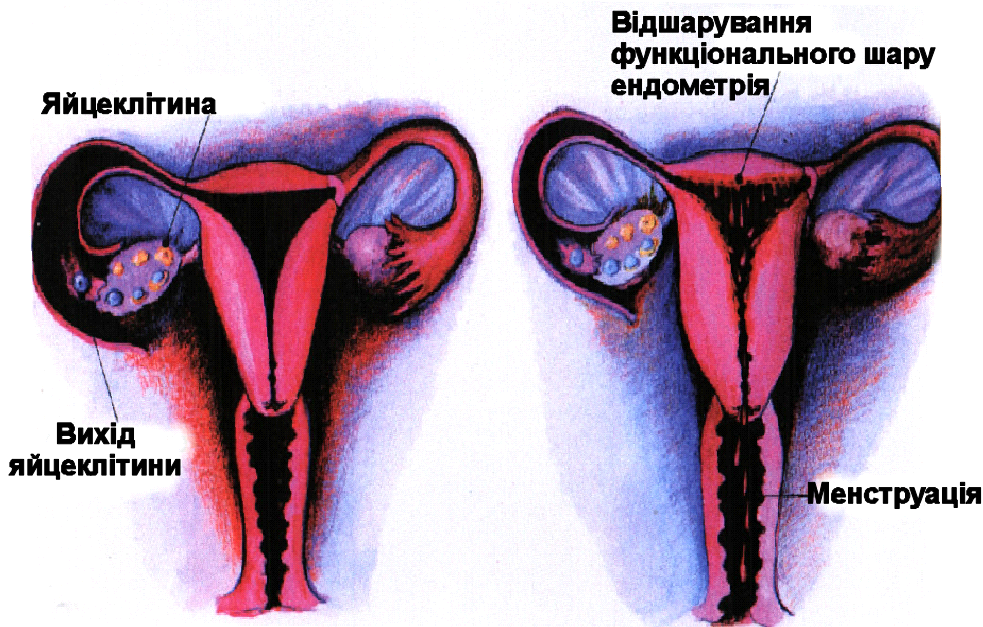


Рис. 2.

Матковий цикл Паралельно до яєчникового циклу відбувається циклічні зміни в матці. Найбільш виражені вони у функціональному шарі ендометрія, де послідовно проходять *десквамації, регенерації, проліферації та секреції*.

Фаза десквамації (власне менструація) триває з першого по 2-5 день циклу. Відбувається відшарування функціонального шару ендометрія, слизова оболонка разом із вмістом маткових залоз і кров'ю виходить назовні (див. рис.2).

В яєчнику в цей час завершується зворотний розвиток жовтого тіла.

Фаза регенерації проходить водночас із десквамацією і завершується до 6-7 дня циклу. Товщина ендометрія на цей момент досягає 2-5 мм. В яєчнику в цей час триває дозрівання фолікула.

Фаза проліферації триває з 7 до 14 дня циклу. Під впливом естрогенних гормонів розпочинається проліферація стромы та ріст залоз слизової оболонки, слизова досягає товщини 20 мм, проте залози ще не функціонують. В яєчнику завершується дозрівання фолікула, вміст естрогенів досягає максимуму до 14 дня, тобто до закінчення фази проліферації в матці.

Фаза секреції. Розпочинається синтез секрету маткових залоз – створюються умови для імплантації та розвитку зародка. Фаза триває з 14 по 28 день циклу. В яєчнику в цей час розвивається та досягає свого розквіту жовте тіло, виділяється прогестерон, під впливом якого і відбуваються секреторні зміни в ендометрії. Якщо вагітність не настає, жовте тіло менструації гине, функціональний шар ендометрія зазнає десквамації – розпочинається менструація і новий цикл фізіологічних змін в яєчниках, матці, нейроендокринній системі та в усьому організмі жінки.

Менструальний цикл протікає таким чином:

- Гонадотропін-рилізінг-гормон стимулює тонічну (постійну) секрецію гонадотропінів, що обумовлює ріст і розвиток фолікулів, секретом яких є естрогени;
- Циклічна (пульсуюча) секреція гонадотропін-рилізінг-гормону стимулює утворення максимальної кількості гонадотропінів та естрогенів, що викликає овуляцію;
- Велика кількість естрогенів, які циркулюють у цей час у крові, пригнічує подальшу секрецію фолікулостимулюючого гормону, що призводить до активізації лютеїнізуючого гормону;
- Лютеїнізуючий гормон стимулює утворення жовтого тіла (для цього також необхідний гормон пролактин), секретом якого є прогестерон;
- Збільшена кількість прогестерону, у свою чергу, гальмує секрецію лютеїнізуючого гормону.

Під впливом естрогенів, які накопичуються в організмі, залози шийки матки виділяють рідкий, тягучий, слизистий секрет (фертильний слиз), який жінка звичайно відчуває на статевих органах за кілька днів до овуляції. Коли рівень естрогенів досягає максимуму, один, а іноді й кілька фолікулів розриваються, вивільняючи яйцеклітину. Період життя яйцеклітини надзвичайно короткий – приблизно 12 годин, іноді – більше доби. Яйцеклітина потрапляє в одну з маткових труб, а по ній – у матку.

Якщо під час проходження яйцеклітини по матковій трубі в останній знаходяться сперматозоїди (здорові), один з них може запліднити яйцеклітину.

Внаслідок впливу підвищеного рівня естрогенів у період овуляції шийка матки пом'якшується, піднімається дещо вище в піхву, зволожується і розкривається. Жінки в цей час можуть відчувати біль внизу живота, іноді з'являються виділення або навіть кровотеча (так звані овуляторні чи міжменструальні). Якщо яйцеклітина запліднилася, вона переміщується в матку і прикріплюється до її стінки.

Після овуляції фолікул, з якого звільнилась яйцеклітина, перетворюється в жовте тіло, що виділяє естрогени та прогестерон. Під впливом прогестерону цервікальний слиз з вологої змазки перетворюється в густе й липке середовище. Зростаючий рівень прогестерону викликає підвищення базальної температури тіла (в стані спокою) на не менш, ніж $0,2^{\circ}\text{C}$. Якщо яйцеклітина не запліднена, вона розпадається, а рівні естрогену та прогестерону залишаються високими протягом 10-15 днів, після чого починають знижуватися. Зниження вмісту гормонів у крові викликає відторгнення функціонального шару ендометрія і виникнення менструації.

Механізм менструального циклу досить складний: вищеописана гормональна взаємозалежність забезпечується шляхом рецепторних зворотних зв'язків, які надають йому характер системи саморегуляції. На менструальний цикл впливає діяльність центральної нервової системи, причому багато які структури мозку контролюють репродуктивну функцію. Система гіпоталамус-гіпофіз зазнає дії імпульсів, що надходять від вегетативної нервової системи, а

також від матки, біогенних амінів: катехоламінів, серотоніну, простагландинів, біологічно активних речовин шишкоподібної залози, гормонів периферійних ендокринних залоз (щитоподібної, надниркових, підшлункової).

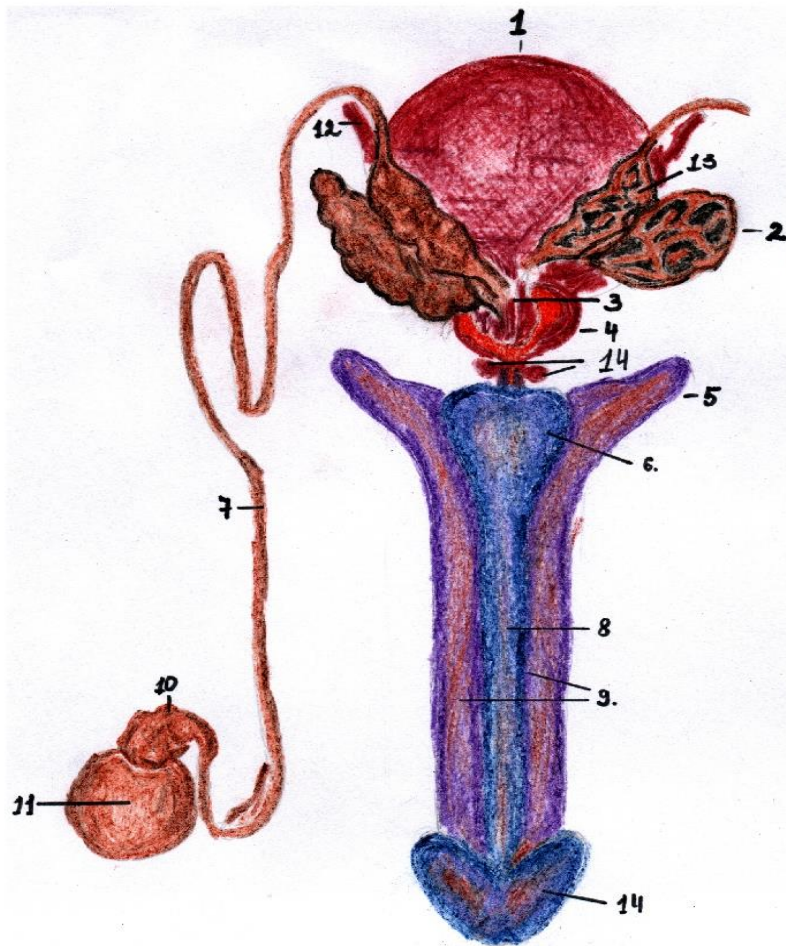
Анатомія та фізіологія чоловічих статевих органів

Чоловічі статеві органи

До внутрішніх чоловічих статевих органів належать яєчка з їхніми оболонками, сім'явиносні протоки, сім'яні пухирці, передміхурова залоза (простата), бульбоуретральні (куперові) залози; до зовнішніх – статевий член і калитка (див. рис.3).

Яєчко (testis)- парний орган, знаходиться в калитці. у середньому його довжина становить 4 см, ширина – 3 см і вага – 25 г. У ньому розрізняють медіальну та латеральну поверхні, передній і задній краї, верхній та нижній кінці. Ліве яєчко опущене дещо нижче від правого. На задньому краї яєчка розташований придаток яєчка, в якому розрізняють головку, тіло і хвіст. Яєчко зовні покрите щільною фіброзною оболонкою – білковою, яка прилягає до його паренхіми. На задньому краї ця оболонка утворює потовщення – середостіння яєчка. Від середостіння відходять фіброзні перетинки, які розділяють яєчко на часточки. Паренхіма яєчка складається із звивистих і прямих сім'яних трубочок. У звивистих трубочках продукуються чоловічі статеві клітини – сперматозоїди. Прямі сім'яні трубочки відкриваються в сітку яєчка, яка розміщена в його середостінні. Звідси сім'я виходить за межі яєчка по виносних протоках, які формують придаток яєчка (його часточки). Виносні протоки відкриваються в протоку придатка, який тягнеться від головки до хвоста і переходить у сім'явиносну протоку. Крім сперматозоїдів, яєчко виробляє чоловічі статеві гормони, які впливають на розвиток вторинних статевих ознак.

Сім'явиносна протока (ductus deferens) довжиною близько 40 см, має форму трубки, яка входить до складу сім'яного канатика, проходить через пахвинний канал і в ділянці внутрішнього його кільця відокремлюється від судин яєчка, йде косо униз і назад до бічної стінки сечового міхура й підходить до передміхурової залози. Тут вона утворює розширення - ампулу сім'явиносної протоки. Стінка протоки складається із слизової, що утворює поздовжні складки, м'язової і фіброзної оболонок.



1 - сечовий міхур (*vesica urinaria*); 2 - сім'яний міхурець (*vesiculae seminales*); 3 - сім'явипорскувальна протока (*funiculus spermaticus*); 4 - передміхурова залоза (*prostata*); 5 - ніжка статевого члена (*radix penis*); 6 - цибулина статевого члена (*bulbus penis*); 7 - сім'явиносна протока (*funiculus spermaticus*); 8 - губчасте тіло статевого члена (*corpus sponsiosum penis*); 9 - печеристе тіло статевого члена (*corpora cavernosa penis*); 10 - придаток яєчка (*epiclidymis*); 11 - яєчко (*testis*); 12 - сечовід (*ureter dexten*); 13 - ампула сім'явиносної протоки (*diverticula ampullae*); 14 - цибулино-сечівникові залози (*glandule bulbourethrales*).

Рис.3. Статеві органи чоловіка.

Сім'яні пухирці (*vesiculae seminales*) – парні органи, що розташовані латерально від сім'явиносних проток, між сечовим міхуром і прямою кишкою. Довжина кожного міхурця – близько 5 см. Нижній загострений його кінець переходить у вузьку вивідну протоку, яка з'єднує з сім'явиносною протокою й утворює сім'явипорскувальну протоку, що проходить через товщу передміхурової залози й відкривається в передміхурову частину сечівника.

Передміхурова залоза (*prostata*) – залозисто-м'язовий орган, який охоплює початковий відділ сечівника. Вона розташована в порожнині таза, під сечовим міхуром. У залозі розрізняють праву та ліву частки, між якими знаходиться перешийок. Через перешийок проходить сечівник. З практичної точки зору перешийок (середня частка) має значення в клініці, тому що його

збільшення (гіпертрофія) призводить до порушення сечовипускання. Залога побудована із залозистої тканини і гладких м'язових клітин. Її протоки (20-30) відкриваються на задній стінці сечівника, виводячи сюди секрет, що є складовою частиною сперми.

Бульбоуретральні (цибулинно-сечівникові) залози (glandule bulbourethrales) (парні органи) мають кулясту форму, лежать у ділянці промежиною. Вивідні протоки (3-4) відкриваються в перетинчасту частину сечівника. Вони виробляють тягучу рідину, яка змащує сечівник, захищаючи його слизову від подразнення сечею.

Сім'яний канатик. До складу сім'яного канатика (funiculus spermaticus) входять: сім'яносна протока, яєчкові венозні сплетення та артерія, лімфатичні судини, нерви. Сім'яний канатик тягнеться від внутрішнього пахвинного кільця, де від судин відокремлюється сім'яносна протока. Він утворюється після опускання яєчка в калитку з поперекового відділу черевної порожнини, де яєчко розвивається. До початку народження дитини яєчка повинні опуститися в калитку. Відсутність яєчок в калитці має назву крипторхізму.

Калитка (scrotum)- це шкірний утвір, поділений перетинкою на дві половини, в кожній з яких лежить яєчко з оболонками, додатком і нижнім відділом сім'яного канатика. По середній лінії калитки проходить її шов, який тягнеться від нижньої поверхні статевого члена до анального отвору.

При опусканні яєчко тягне за собою різні шари черевної стінки, які оточують у калитці яєчко і сім'яний канатик. Отже, яєчко і сім'яний канатик оточені такими оболонками: 1) шкіра; 2) м'ясиста оболонка – видозмінена підшкірна сполучна тканина з гладкими м'язовими клітинами; 3) зовнішня сім'яна фасція – похідне поверхневої фасції живота; 4) фасція м'яза - підіймача яєчка; 5) м'яз - підіймач яєчка – похідне поперекового та внутрішнього косоного м'язів живота; 6) внутрішня сім'яна фасція – похідне поперекової фасції живота; 7) піхвова оболонка – відросток очеревини (серозна оболонка), який складається з парієтального й вісцерального листків. Вісцеральний листок зростається з білковою оболонкою яєчка. Між цими двома листками є порожнина, в якій знаходиться 1-2 мл серозної рідини. Після опускання яєчка відросток очеревини у верхній частині заростає, тому яєчко лежить у власній серозній порожнині. Якщо відросток не заростає, то залишається канал, через який можуть виходити вроджені грижі.

Статевий член (penis) складається з двох кавернозних (печеристих) і одного губчастого тіла. Губчасте тіло лежить знизу від печеристих тіл і пронизане сечівником. Задня частина статевого члена має назву кореня, передня потовщена – головки. Середня частина – це тіло статевого члена. На головці знаходиться зовнішній отвір сечівника. Шкіра біля головки утворює складку – передню шкірочку. На її внутрішній поверхні розташовані сальні залози, секрет яких має назву смегми. Зовнішньою оболонкою печеристих тіл є фіброзна оболонка, від якої всередину відходять численні перекладини. Проміжки між перекладинами заповнені кров'ю. Величина статевого члена змінюється залежно від кількості крові в печеристих тілах.

Чоловічий сечівник (urethra masculina) – непарний орган, має форму трубки довжиною близько 16-22 см з діаметром 0,5-0,7 см. Він слугує для виведення сечі й сімені. Сечівник тягнеться від сечового міхура до його зовнішнього отвору на голівці статевого члена. У ньому розрізняють три частини: передміхурову (проходить через перешийок передміхурової залози), перетинчасту (проходить через сечостатеву діафрагму) і губчасту. Оточена губчастим тілом статевого члена передміхурова частина є найширшою, а перетинчаста - найвужчою. Сечівник вигнутий S-подібно. При введенні катетера в сечівник його передня кривизна випрямляється і залишається лише задня, більш фіксована. Слизова оболонка сечівника вистелена в різних ділянках різними видами епітелію: перехідним, багатошаровим циліндричним, одношаровим циліндричним і багатошаровим плоским. М'язовий шар побудований із циркулярних і поздовжніх м'язових волокон.

Фізіологія чоловічих статевих органів

Сперматозоїди. Сперма. Чоловічі статеві клітини – **сперматозоїди, або спермії**, утворюються у звивистих сім'яних трубочках яєчка чоловіка. Процес розвитку чоловічих статевих клітин називається **сперматогенезом**. Розмір сперматозоїдів сягає 70 мкм і вони мають здатність до активних рухів. Швидкість їх руху становить 50 мкм/с.

У зрілому сперматозоїді людини розрізняють головку, шийку, хвіст. Головка сперматозоїда містить гаплоїдний набір хромосом, у якому 22 аутосоми та одна статеві хромосома. Остання буває X або Y. У зв'язку з цим, сперматозоїди поділяють на два різновиди: андроспермії (22a+Y), які дають початок організмові чоловічої статі, та гінекоспермії (22a+X), які при заплідненні започатковують жіночі організми. Мітохондрії хвостатого відділу сперматозоїда забезпечують енергією рухову активність чоловічих статевих клітин.

Життєдіяльність і здатність до запліднення сперматозоїдів після еякуляції в певних оптимальних умовах неоднакові. У кислому середовищі вони швидко втрачають здатність рухатися, запліднювати яйцеклітину й склеюються. Здатність сперматозоїдів до запліднення залежить також від їх концентрації в сім'яній рідині, часу перебування в еякуляті та ін.

Сперма – це сім'яна рідина, яка має тягучу, в'язку консистенцію з характерним запахом. Вона складається із секрету сім'яних пухирців, цибулинно-сечівникових та передміхурової залоз, в якому знаходяться сперматозоїди у кількості 3×10^8 .

Сперматогенез

Статеве дозрівання чоловічого організму відбувається у віці від 12 до 18 років (на території України – від 14 до 16 років). За нормою спочатку починається ріст волосся на зовнішніх статевих органах. Приблизно через півроку після появи волосся на лобку спостерігається оволосіння пахвових ямок (фізіологічні межі – 12,5-16,5 років). У цьому ж віці з'являються полощі.

Репродуктивна активність чоловіча оцінюється за результатами дослідження складу еякулята – сім'яної рідини (спермограми). За нормою в 1мл сперми міститься від 60 до 120 млн. сперматозоїдів, з них рухомих – 70-90%, поодинокі лейкоцити, епітеліальні клітини, клітини Сертолі. Наявність в 1мл від 30 до 50млн. сперматозоїдів називається олігоспермією; від 1 до 30млн. – гіпоспермією, а відсутність сперми та клітин сперматогенного епітелію – аспермією. Ці стани, як і порушення статевого дозрівання (затримка чи передчасне статеве дозрівання), звичайно є наслідком органічних чи функціональних порушень у чоловічій репродуктивній сфері й вимагають відповідного обстеження та лікування.

Виходячи з того, що відомо про чоловічу фертильність (організм продукує сперму безперервно, а сперматозоїди після еякуляції живуть від 24 до 120 годин) і про жіночу фертильність (овуляція відбувається один раз за цикл, а яйцеклітина живе від 12 до 24 годин), можна визначити період можливого запліднення. У першу чергу, слід враховувати період життєздатності як сперматозоїда, так і яйцеклітини. На виживання сперматозоїда і його здатність проникати через статеві шляхи жінки в місце запліднення – фаллопієву трубу – впливає також якість цервікального слизу. Рідка, в'язка цервікальна змазка допомагає сперматозоїдам потрапити в матку й може слугувати резервуаром сперми.

Сперматозоїди, що потрапили в рідкий, тягучий фертильний слиз за кілька днів до овуляції і протягом 24 годин після неї, спроможні запліднити яйцеклітину. Таким чином, період можливого запліднення, обумовлений як чоловічими, так і жіночими факторами, може тривати 2-6 днів або навіть більше, в залежності від того, скільки часу по відношенню до періоду овуляції виділяється фертильний слиз. У міру підвищення рівня естрогенів у організмі жінки та наближення овуляції вірогідність запліднення зростає. Після овуляції вірогідність різко зменшується.

Зазначені процеси, що проходять в організмі як жінки, так і чоловіка, сприяють формуванню єдиної парної функції у людини – статевої, яка відіграє найважливішу роль у забезпеченні відтворення. Її здійснення тісно пов'язане не лише з функціонуванням нервової та ендокринної системи партнерів, але й із взаємною психологічною адаптацією та емоційним настроєм.

Плідність

Плідність, з медичної точки зору, це здатність до зачаття.

У результаті зачаття виникає вагітність, й у випадку її нормального перебігу народжується дитина. Зачаття є спільною справою подружжя. Тільки двоє – чоловік і жінка є однаково відповідальними за найбільш інтимну сферу їх співжиття.

Пізнання власного біологічного ритму, в якому плідність обмежена лише кількома днями в кожному циклі, дозволяє планувати або відкладати зачаття дитини, ведучи відповідно подружнє співжиття у фазі плідності або в неплідних фазах, коли завагітніти неможливо.

Погане розуміння власного організму призводить до того, що багато подружніх пар живуть у тривалому страху перед незапланованою вагітністю. Інші – нещасливі, бо, незважаючи на добре здоров'я і велике бажання, не можуть дочекатися дитини. Але, можливо, вони просто вибирають невідповідний час для зачаття дитини?

Чоловік здатний до зачаття впродовж усього свого життя, починаючи з підліткового віку. Тобто, чоловіча плідність є постійною. Відомі навіть випадки батьківства у віці 90 років.

Жінка плідна тільки впродовж 4% тривалості свого життя:

- дівчина неплідна до настання підліткового віку (приблизно до 12-15 років);
- жінка стає неплідною після настання менопаузи (переважно після 50 років);
- впродовж дітородного періоду жінка здатна до запліднення лише кілька днів щомісяця, виключно тоді, коли яйцеклітина, яка утворюється раз на місяць, виходить з яєчників.

Існує можливість досить точно передбачити щомісяця той час, коли жінка плідна.

Менструальний цикл або період, що починається кровотечею, а закінчується останнім днем перед наступним виділенням крові, стосовно плідності ділиться на три фази:

Фаза I – відносної неплідності, коли яйцеклітина росте. Її тривалість нестала, а в деяких жінок вона взагалі відсутня.

Фаза II – плідність, коли яйцеклітина дозріла й виходить з яєчника. Тільки в цей період можливе зачаття дитини.

Фаза III – абсолютної неплідності, від моменту загибелі яйцеклітини до наступної менструальної кровотечі.

Плідний період у менструальному циклі можна безпомилково розпізнати, а відтак навчитися регулювати зачаття.

Зачаття залежить від одночасної наявності трьох чинників:

1. Чоловічої статевої клітини - сперматозоїда.
2. Жіночої статевої клітини – яйцеклітини.
3. Плідного слизу в шийці матки.

Чоловічі статеві клітини (сперматозоїди) утворюються в яєчках. Коли сперматозоїди залишають яєчка, то затримуються для дозрівання у двох

звивистих каналах на стінках яєчок, які переходять у сім'япровід, сполучений з сечовивідним каналом.

Під сечовим міхуром знаходиться залоза *простата*, що виділяє спеціальну рідину. Інша рідина виділяється сім'яними пухирцями. Коли дозрілі сперматозоїди змішуються з цими двома рідинами, утворюється сім'я або *сперма*, яка виділяється з сечовивідного каналу в момент виверження.

Сперматозоїд, так само як і яйцеклітина, має 23 хромосоми. Після зачаття, тобто після з'єднання двох статевих клітин - чоловічої та жіночої, 46 хромосом передають генетичну інформацію новій людині. Таким чином, майбутній організм успадковує ознаки обох батьків. Жіноча яйцеклітина завжди містить лише X хромосоми, а сперматозоїд – X або Y.

Отже, стать дитини залежить від батька. Часом від чоловіків чути нарікання: “Так сильно хотів сина, але дружина народила доньку”. Розчаровані татусі не знають, що це саме вони визначили стать своєї дитини.

При кожному сім'явиверженні виділяється від 300 до 600 мільйонів сперматозоїдів, з яких тільки 100 тисяч досягають яйцеклітини, і тільки один з них проникає через її товсту зовнішню оболонку всередину. Це явище називається зачаттям, бо утворюється нова клітина, а з неї - новий організм.

Жіночі статеві клітини (яйцеклітини) утворюються в яєчниках. Тільки раз впродовж менструального циклу в одному з яєчників дозріває яйцеклітина, завбільшки з головку від шпильки. Більшість жінок знають, де знаходяться яєчники, бо в момент овуляції відчують у тих місцях біль. Звичайно, він з'являється в чергових циклах поперемінно – то справа, то зліва. Явище звільнення яйцеклітини з яєчника називається *овуляцією*, а біль - овуляційним.

Коли жінка носить у своєму лоні дівчинку, то вже на четвертому місяці ця дівчинка має маленькі яєчники, а в них таку кількість прояйцеклітин, яку буде мати в майбутньому на все життя.

Яєчник виглядає як волоський горіх - гладенький у юної дівчинки й грудкуватий у дорослої жінки. Ці грудки - це рубці від розірваних пухирців, що називаються *фолікулами*. Яєчникові фолікули нагадують своїм виглядом маленькі кісточки родзинок, які лежать, приспані природою, аж до настання статевої зрілості, коли вони починають дозрівати з частотою один фолікул на місячний цикл. Усередині кожного фолікула знаходиться яйцеклітина - жіноча статеві клітина.

Розрив фолікула й вихід зрілої яйцеклітини в черевну порожнину називається *овуляцією*.

У яєчнику виробляються гормони – естрогени та прогестерон. Гормони виділяються безпосередньо в кров. Естроген виділяється в першій половині менструального циклу до моменту овуляції, прогестерон – в другій половині циклу, після овуляції. Кількість утворених естрогенів наростає разом з дозріванням фолікула. З моменту виходу яйцеклітини з фолікула (овуляція) утворення естрогенів зменшується.

Дія естрогенів:

– слизова оболонка матки, відокремлена та видалена при попередньому періоді менструальної кровотечі, заново відбудовується;

– слиз каналу шийки матки розріджується і його кількість зростає.

Чим більше естрогену продукує фолікул, тим рідшим стає цервікальний слиз. Розірваний фолікул перетворюється в жовте тіло, яке розпочинає виділення прогестерону.

Дія прогестерону:

- відбудована слизова оболонка матки готується до можливої імплантації;
- слиз знову стає в'язким, його менше;
- під впливом прогестерону зростає базальна температура тіла жінки й залишається підвищеною до кінця циклу.

Після виходу з фолікула яйцеклітина потрапляє до маткової труби, яка ще називається *яйцеводом*. Яйцевід, пульсуючи, скорочується, і таким чином яйцеклітина проштовхується вздовж довжини маткової труби. Її шлях до кінця яйцеводу триває від чотирьох - семи днів.

Яйцеклітина живе до 24 годин. Щоб відбулося запліднення, сперматозоїд повинен зустріти живу яйцеклітину власне в яйцеводі, у нижній його третині.

Яйцеводи переходять у *матку*, яка є органом, що пристосований до прийняття заплідненої яйцеклітини та її розвитку. Стінки матки утворені з сильних м'язових волокон. Всередині матки знаходиться складчаста порожнина. Під час вагітності матка розтягується до таких розмірів, що вміщає всередині дитину й може скорочуватися так сильно, що під час родів виштовхує її назовні. Матка має вигляд грушки, ширшої вгорі й вужчої внизу.

Звужена частина матки, яка входить до піхви, називається шийкою. У шийці матки є залози, які в міру наближення овуляції виділяють спеціальний слиз. На виділення цього слизу впливає естроген, який виробляється в яєчнику дозріваючим фолікулом. Зсередини матка вистелена слизовою оболонкою, яка змінюється, в першу чергу, під впливом естрогену, а потім прогестерону.

Кожного циклу слизова оболонка матки товстішає, щоб запліднена яйцеклітина могла зручно на ній влаштуватися. Якщо яйцеклітина не запліднена, то ця потовщена слизова оболонка злуцується і виділяється назовні у вигляді кровотечі (менструації).

Ознаки плідності

Слиз із шийки матки.

На початку місячного циклу шийка матки закрита корком густого слизу. У міру дозрівання яйцеклітини збільшується рівень естрогенів у крові. Залози шийки матки дуже чутливі до цих гормонів і під впливом починають утворювати слиз (див. рис.11).

Спочатку слиз мутний і липкий, але поступово рідшає, стає прозорим і слизьким. Збільшується також його кількість. Жінка відчуває вологість і ніби “змащеність” входу піхви. Нарешті слиз набуває вигляду сирого білка курячого яйця. Це - *плідний слиз*.

Поява плідного слизу свідчить, що настає овуляція. Після овуляції кількість слизу поступово зменшується, він стає густим, мутним і утворює слизовий корок, який знову закриває шийку матки. Плідний слиз є необхідним для збереження життєздатності сперматозоїдів. У цьому виді слизу вони можуть жити від трьох до семи – восьми днів. Без нього вони гинуть вже після трьох годин.

Розглядаючи під мікроскопом різні типи шийкового слизу, побачимо, що липкий і мутний слиз має вигляд густо сплетеної сітки, яка робить неможливим проникнення через неї сперматозоїдів. У плідному, прозорому, рідкому слизі волокна розпрямляються й утворюють прямі каналці. У цьому слизі сперматозоїди швидко пересуваються в гору до порожнини матки, не зустрічаючи опору.

З порожнини матки вони пересуваються до яйцеводів, щоб там зустріти яйцеклітину. Добре відпочивши і підживившись, сперматозоїди можуть чекати навіть сім днів на яйцеклітину, яка має вийти з яєчника. Ми вже розповідали, що жінка є плідною тільки тоді, коли з'являється яйцеклітина, тривалість життя якої близько 24 годин. Однак, сперматозоїди живуть у плідному слизі переважно 3-7 днів. Тому мова повинна йти про спільну плідність подружжя. Ця спільна плідність - загальна тривалість життя сперматозоїдів і яйцеклітини. Якими ж смішними тепер можуть здаватися претензії наших дідів, що плодючість і надмірність потомства - вина лише їхніх дружин. Тепер ми знаємо, що плідність є заслугою обох, тому й чоловік, і жінка - однаково відповідальні за зачаття дитини.

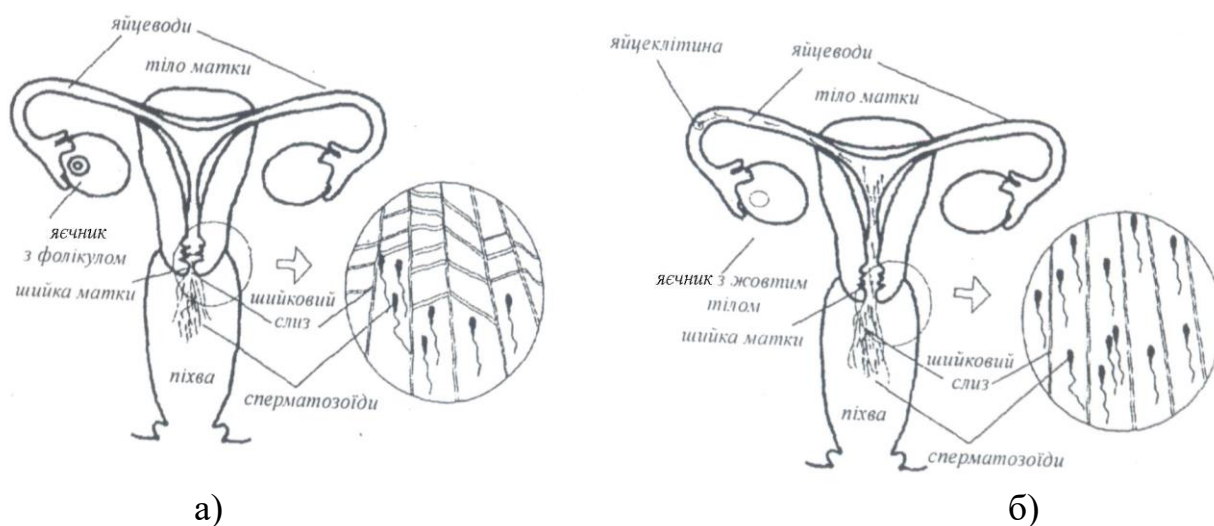


Рис. 4. Шийковий слиз у різних фазах циклу.
а) неплідна фаза; б) фаза плідності

Незнання описаних закономірностей призводить до того, що багато подружніх пар не можуть визначити найкращий час для зачаття дитини. Багато з них намагаються зачати дитину у невідповідний час, наприклад тоді, коли жінка ще не має плідного слизу або коли вона вже є неплідною.

Розглядаючи слиз, взятий безпосередньо із шийки матки, можемо розрізнити:

- мутність, клейкість (неплідний слиз);
- розрідженість, прозорість, тягучість, часом трохи з кров'ю (плідний слиз).

Ті чи інші характерні ознаки слизу є індивідуальними для кожної жінки, тому для їх правильної оцінки слід досить детально відмічати свої спостереження в “Карті самопостережень”

Сухість з'являється два рази. Перший раз після менструації і триває короткочасно, другий раз – довше, 3-4 дні після овуляції, й утримується аж до кінця циклу, тобто до початку нової менструації.

Положення шийки матки.

Іншим проявом ритму плідності є зміни в положенні шийки матки. Його може визначити лише досвідчений лікар-гінеколог. Ця ознака майже неінформативна для жінки, в той же час як підвищує можливість інфікування статевих шляхів і тому зараз не використовується.

Базальна температура

Гормон прогестерон, який виробляється одразу ж після овуляції, викликає підвищення так званої базальної температури тіла, що теж дозволяє встановити фазу післяовуляційної неплідності. Раптове зростання температури, назване стрибком, означає, що розпочалося вироблення прогестерону, а отже, вже відбулася овуляція.



Рис. 5.

Температуру слід вимірювати щоденно, о тій самій годині, одразу після пробудження, натще, не встаючи перед тим з ліжка. Жінки, які працюють вночі, вимірюють температуру принаймні через три години після відпочинку в ліжку, завжди о тій самій годині. Вимір температури слід проводити у прямій кишці, у піхві або в роті під язиком. Дуже

зручно використовувати електронні термометри. Можна успішно користуватися звичайним медичним термометром, однак слід завжди мати один і той самий термометр (див. рис.5).

Температура підвищується одразу після овуляції мінімум на 0,2 градуси, і знову спадає до закінчення циклу на початку нової менструації. Явища двофазовості температури, як правило, має місце в кожному місячному циклі. Якщо жінка не виявить стрибків температури, це означає, що вона не мала в даному циклі овуляції, тобто ще не дійшло до звільнення дозрілої яйцеклітини.

Часто температурні показники використовують у спеціалізованих клініках як першу ознаку плідності. Лікарі, які вивчають проблему неплідності, проводять також інші дослідження, щоб визначити ступінь зниження плідності. Усі ці дослідження особливо важливі для жінок, які прагнуть завагітніти.

Фізіологічні ознаки овуляції:

- набряк грудних залоз, біль і вразливість їх сосків;
- біль у черевній порожнині з одного або з другого боку, який називається овуляційним болем;
- овуляційні плями (на білизні) зумовлені присутністю невеликої кількості крові в слизі.

Важливою для подружжя є можливість розпізнавання тих кількох днів кожного місяця, коли ймовірно зачаття дитини, а також решта днів, коли вагітність недосяжна й неможлива.

Перед овуляцією - ***фаза відносної неплідності:*** сухість шийки, шийка закрита, низькорозташована й тверда;

Овуляційний період - ***фаза плідності:*** шийка мокра шийка матки піднімається вгору, стає м'яка та розкрита;

Після овуляції - ***фаза післяовуляційної неплідності:*** можливе відчуття сухості й твердості - шийка закрита, опущена й тверда, а температура зранку підвищена.

СЕСУАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я. ОСНОВИ СЕСОЛОГІЇ.

Стать та статеві відносини

Усе життя людей побудовано на взаємовідносинах. Стосунки між жінками та чоловіками є найскладнішими в людській природі. За своїм змістом вони можуть бути різними (наприклад, ділові, дружні, статеві) і знаходять прояв у таких формах, як дружба, закоханість, кохання. Ці поняття – дуже близькі, але кожне з них має свої особливості. Тож спробуємо розібратися.

З розвитком особистості стрімко збагачується внутрішній світ людини, та виникає бажання поділитися з кимось своїми відкриттями, питаннями, сумнівами. Глибокі стосунки між людьми дозволяють розкрити та вдосконалити себе.

Багатомісячні спроби дати вичерпне визначення кохання продовжуються до цього часу. Часто кожен сам для себе визначає, що таке кохання. У загальну картину кохання, глибокого інтимного почуття, спрямованого на конкретну людину, вплітаються еротичні й сексуальні мотиви. Кохання передбачає наявність лише одного обранця та гармонічне злиття трьох потягів – душі, розуму і тіла. Але буває так, що одна людина викликає в тебе лише сексуальний потяг, а інша – прагнення духовної близькості. Крім кохання існує таке явище, як закоханість. Дехто вважає закоханість неглибоким, короткочасним почуттям, що не завжди справедливо. Адже закоханість – це перший крок до кохання. Інша справа – чи будуть за першим інші кроки. Так і дружба починається з симпатії і лише потім, з розвитком стосунків, вона перевіряється на міцність і стверджується як дружба. Крім того, закоханість не передбачає легкої сексуальної доступності. Остання називається по-іншому і не має з закоханістю нічого спільного. Спочатку відрізнити закоханість від кохання неможливо. Найоб'єктивніший суддя тут час: закоханість або проходить, або переростає в кохання.

Сексуальність

Важливою складовою людських стосунків є сексуальність. Доволі часто ми чуємо: “сексуальність”, “сексуальна жінка” тощо. Але що це таке – мало хто розуміє.

Сексуальність – це сукупність внутрішніх і зовнішніх ознак, які роблять одну людину привабливою для іншої. Це найскладніший природний феномен, що властивий тільки людям і проходить через усе життя. Людина може нічого не знати про сексуальність, або вважати, що її в неї немає. Але насправді сексуальність є в кожного.

Навряд чи існують взаємовідносини між людьми, в яких немає елементу сексуальності – природної та здорової частини існування людини. Сексуальність є вродженою функцією організму. Людина народжується з певними фізіологічними сексуальними задатками, які протягом усього життя розвиваються та формуються.

Сексуальність та її різноманітні поведінкові прояви (ласка, поцілунки, обійми тощо) є наслідком поділу людей на дві статі – чоловічу та жіночу. Належність до певної статі визначається відповідними ознаками.

Розрізняють первинні та вторинні статеві ознаки. Вони формуються в процесі розвитку людини. Так під час запліднення зумовлюється генетична стать майбутньої дитини, що зумовлює формування первинних статевих ознак (зовнішні статеві органи).

У процесі розвитку організму під впливом статевих гормонів та зовнішніх факторів проявляються вторинні ознаки (ріст волосся в області статевих органів, тембр голосу, розвиток грудних залоз тощо), пік розвитку яких припадає на підлітковий вік.

Дія гормонів визначає появу статевого потягу, однієї зі складових частин сексуальності. Спрямованістю статевого потягу визначається сексуальна орієнтація. При гетеросексуальній орієнтації потяг спрямовано до людей протилежної статі; при гомосексуальній – до людей своєї статі; при бісексуальній – до представників обох статей.

На формування сексуальної поведінки впливають усі складові особистості людини. Форми сексуальної поведінки є наслідком усієї діяльності людини.

Крім того, сексуальна функція людини тісно пов'язана з такими характеристиками, як темперамент та характер.

Через складність розуміння поняття сексуальності ставлення суспільства до нього було та залишається суперечливим. Історія сприйняття суспільством проявів сексуальності тісно пов'язана з інтересом людства до розподілу людей на чоловіків та жінок. Ще в міфах, легендах та культурі древніх людей існували спроби осмислення потаємного світу сексуальності.

У давньокитайській міфології існування світу та збереження його рівноваги описується завдяки чоловічому космічному началу – “Ян” та жіночому космічному началу – “Інь”.

У деяких країнах Сходу сексуальність була піднята до рівня релігійного культу. В Індії до цього часу збереглися храми, побудовані на честь кохання та сексуальності. З'явилися трактати філософського змісту, що намагалися пояснити природу сексуальності, статевих відмінностей, анатомії та фізіології та інше. Найбільш відомим є давньоіндійське віршоване оповідання “Камасутра”, яке присвячене питанням кохання та статевих відносин.

У древній Греції з незапам'ятних часів існував культ Ерота - бога кохання. Однак ставлення до сексуальності та статевого життя в різні часи було різним. Якщо в античні часи люди не відчували заборон та тиску, то в середні віки з ростом впливу католицької церкви та ідей ввійшла в силу мораль заборон та обмежень. Сексуальність вважалася шкідливою, а чуттєва насолода –

гріховною і нечистою. Усе тілесне сприймалося як мерзотне не недостойне. Особливо суворою була мораль щодо жінок(будь-яка сексуальна активність суворо каралася).

Епоха Відродження, що змінила епоху середніх віків, дозволила знову відчувати в певній мірі радість життя, чуттєвості та творчості. Мистецтво, література тієї епохи по-новому відображає світ кохання, почуттів, насолоди. Еротика знову займає місце в офіційній культурі.

Зі змінами в суспільстві, політиці, ідеології паралельно змінюється й статева мораль, що обумовлює ставлення людей до такої інтимної сторони життя, як сексуальність. У зовсім недалекому минулому (10-15 років тому) тема сексуальності вважалася “закритою”. У суспільстві діяли табу, заборони на освітлення теми про “це”.

Але незнання чого-небудь не означає, що цього не існує взагалі. У людини не можна відібрати сексуальність шляхом заборони, умовляння та погрози. У сучасному суспільстві ми самі робимо свій вибір: дехто обирає утримування, інші активно збагачують свій сексуальний досвід. Але для того, щоб обрати необхідне для себе, потрібно не залежати від моди чи товаришів, а самому володіти інформацією про свою сексуальність, про своє тіло і про себе взагалі.

У сучасній сексології розрізняють кілька етапів формування та виявлення сексуальності:

- пренатальний період, в якому відбувається диференціація гонад, геніталій, структур мозку;
- парапубертатний період (7-11 років), коли дитина усвідомлює статеву приналежність, починає розрізняти стать оточуючих і незмінність статевої приналежності (формування статевого самоусвідомлення);
- передпубертатний період (12-18 років) – формування платонічного та еротичного лібідо;
- перехідний період сексуальності (16-26 років) – формування сексуального лібідо та початок сексуального життя;
- період зрілої сексуальності (26-55 років) – регулярне статеве життя, входження в смугу умовно-фізіологічного ритму;
- інволюційний період (55-70 років) – зниження статевої активності, регрес лібідо до рівня платонічного та еротичного.

Крім фізіологічних процесів, що проходять у психічній, ендокринній, статевій та інших системах, сексуальна сфера впливає на формування соціально-поведінкових, особистих реакцій. Від сукупності цих факторів залежить “сексуальне здоров'я особистості”, яке, за визначенням ВООЗ (Женева, 1974), є комплексом соматичних, емоційних та соціальних аспектів сексуального існування людини, які позитивним чином збагачують особистість, підвищують комунікабельність людини та її здатність кохати. В основі сексуального здоров'я особистості лежить право на інформованість у питаннях сексуальності й статевої освіти; воно також передбачає свободу від страху,

почуття сорому та провини, хибних уявлень та інших психологічних факторів, що пригнічують сексуальну реакцію і порушують сексуальне взаєморозуміння.

Статеві мотивації та їх реалізація

Статева поведінка базується на підставі статевої мотивації. *Мотивація* – це емоційно забарвлене збудження, яке виникає на різних рівнях мозку у відповідь на потребу організму. Статева мотивація формується на рівні гіпоталамуса лімбічної системи, а також передніх відділів великих півкуль.

Статеві реакції у чоловіків

До статевих реакцій у чоловіків належать ерекція статевого члена, емісія сперми й секретів додаткових статевих залоз у задні відділи сечівника та еякуляція їх із передніх його відділів.

Ерекція – це збільшення статевого члена, підвищення його пружності, які зумовлені наповненням кров'ю печеристих тіл під час статевого збудження. Ерекція забезпечує змогу виконання статевого акту.

Ерекція – це рефлекторний акт. Нервові центри розміщені в крижових сегментах S₂-S₄. Адекватне подразнення механорецепторів головки статевого члена виникає при *фрикціях* (ковзних рухах) статевого члена у піхві під час статевого акту.

Завдяки рефлекторному збудженню симпатичних волокон скорочується придаток яєчка, сім'явиносна протока, сім'яні пухирці та передміхурова залоза. Внаслідок цього сім'яна рідина (сперма і секреті додаткових статевих залоз) викидаються у задні відділи сечівника, тобто відбувається *емісія* сім'яної рідини.

Далі, завдяки ритмічним скороченням м'язів, які межують із печеристими та губчастими тілами, а також м'язів тазового дна, сім'яна рідина викидається в передні відділи сечівника й потрапляє в піхву та шийку матки. Цей процес називається еякуляцією.

На рівні таламуса міститься вищий чутливий центр *оргазму* – пристрасних відчуттів, якими супроводжується еякуляція. На перебіг статевих реакцій великий вплив мають і психоемоційні фактори, які опосередковуються через кору та лімбічну систему.

Статеві реакції у жінок

Сексуальна функція включає: статевий потяг (*libido*), статеve збудження й оргазм.

Статевий потяг (*libido*) зумовлений статевим інстинктом і проявляється двома компонентами – бажанням взаємної близькості з особами протилежної статі й бажанням статевої близькості. Один із

найбільш ранніх проявів першого компонента статевого потягу - інтерес до протилежної статі, що має чисто платонічний характер.

Бажання інтимної близькості виникає у процесі статевого життя і нерідко лише після розвитку оргастичної функції

У жінок *libido* має спрямованість на певну особу, виникає у переважній більшості випадків після попередньої підготовки (ласки). Цей потяг має фізіологічні коливання, пов'язані із змінами в організмі жінки під час оваріально-менструального циклу. Так, вважають, що максимуму статевий потяг сягає безпосередньо перед овуляцією, найменший - перед менструацією. Зустрічаються жінки, у яких найбільший сексуальний потяг виникає під час менструації. Негативно впливає на статевий потяг розумова та емоційна перевтома. Щодо віку, то *libido* досягає максимуму до 30 років, тримається до 55, а потім поступово спадає.

Статеве збудження. Виникає під впливом сексуальних подразників і супроводжується загальними змінами в організмі – прискореним серцебиттям, підвищенням АТ, набуханням молочних залоз і сосків. У геніталіях під час статевого збудження також відбуваються зміни - набухання та збільшення клітора, малих і великих статевих губ. Зволожується слизова оболонка піхви.

Виникає виражений місцевий застій крові, завдяки чому звужується вагіна. Всі ці зміни сприяють охопленню статевого члена вагіною, що посилює еротичну стимуляцію як жінки, так і чоловіка.

Оргазм, як складова частина сексуальної функції, є основним її критерієм. Фізіологічний прояв жіночого оргазму - це ритмічне скорочення мускулатури вагіни та матки, при яких жінка одержує насолоду. У більшості жінок спостерігається від 5 до 12 таких скорочень з інтервалами в 1 секунду. Органами оргастичних відчуттів є переважно вагіна та клітор, у частини жінок тип оргазму змішаний. Деякі автори вказують на наявність уретрального, промежинного, цервікального оргазму.

Серед розладів статевої функції розрізняють наступні.

Аноргазмія - відсутність оргазму. Ця форма сексуальних розладів зустрічається найчастіше. Причиною її нерідко є дисгармонія у подружніх стосунках.

Розрізняють *абсолютну й відносну* аноргазмію.

Абсолютна - коли оргазм не настає за жодних обставин. Відносна - коли оргазм при певних обставинах все ж таки виникає.

Існує ще *симптоматична* аноргазмія як прояв різноманітних захворювань - запальних процесів жіночої статевої сфери, що супроводжується болем при статевих зносинах, звуження вагіни, недорозвитку статевих губ, різноманітних ендокринних порушень. Якщо пацієнтка звертається до акушерки чи лікаря з приводу аноргазмії, необхідно в першу чергу виключити наявність цих захворювань.

Лікування аноргазмії значною мірою зумовлюється її формою. Необхідно виявити у пацієнтки найбільш виражені ерогенні зони й дати відповідні рекомендації. Слід роз'яснити необхідність створення емоційного

фону та додаткової стимуляції ерогенних зон. Мають значення пози, які використовують партнери при здійсненні статевого акту. У разі переваги вагінального оргазму парі підходить традиційна європейська поза, при кліторному - поза на боці чи поза „вершника”. Необхідно переконати пару, що зайва сором'язливість у виборі поз, нехтування еротичними ласками може бути причиною виникнення аноргазмії. При симптоматичній аноргазмії слід своєчасно лікувати патологічні стани, що до неї призвели.

Фригідність - повна відсутність або різке зниження статевого потягу. Вона може бути *первинною та вторинною*. Первинна фригідність частіше буває у молодих “непробуджених” дівчат і продовжується до перших оргастичних відчуттів. При неправильному (негативно спрямованому) статевому вихованню у дитинстві первинна фригідність може залишитись на все життя. Це може статися також після грубого, насильницького першого статевого акту.

Вторинна фригідність виникає з різноманітних причин, проте найчастіше буває результатом аноргазмії, як наслідку невмілої поведінки чоловіка при статевому акті, причому психічні переживання, що супроводжують це явище, поглиблюють аноргазмію і знижують *libido*.

Основним симптомом фригідності є відсутність статевого потягу навіть після попередніх ласк партнера.

При звертанні пацієнтки з приводу фригідності необхідно насамперед виявити можливу причину й дати поради щодо її усунення. Хороші результати дає психоerotичне тренування пари. Спочатку слід виявити ерогенні зони жінки, роз'яснити бажаність їх стимуляції чоловіком, а потім у делікатній формі провести бесіду з чоловіком, краще за відсутності жінки.

Гіперсексуальність (німфоманія) - підвищений статевий потяг. Зустрічається досить рідко; є дві форми - у молодих жінок і клімактерична. Молоді жінки рідко звертаються за допомогою - лише коли потреба у статевих контактах вимушує жінку до аморальної поведінки. Клімактерична німфоманія перебігає важко й приносить жінкам надзвичайні страждання. У переважній більшості випадків німфоманія є симптомом захворювання ЦНС, зокрема гіпоталамічної ділянки, а також деяких психічних захворювань (шизофренії, олігофренії, маніакальних станів). Лікування гіперсексуальності полягає у радикальному лікуванні основних захворювань, що призводять до цієї патології.

Онанизм - отримання статевої насолоди шляхом подразнення статевих органів. У жінки ця форма називається мастурбацією. Патологічною мастурбація вважається лише тоді, коли вона проводиться часто, особливо на тлі нормального статевого життя. У більшості випадків жінки вдаються до мастурбації на тлі тривалої відсутності оргазму при наявності статевого збудження. Не вважається патологією, коли зрідка здорова жінка при тимчасовій відсутності статевого життя мастурбує.

Тривала надмірна мастурбація призводить до астенізації жінки. Надмірну мастурбацію лікують шляхом гіпнотерапії, рекомендують заняття спортом, збільшення фізичних навантажень.

Для профілактики сексуальних порушень у жінок необхідне правильне психостатеве виховання дівчаток. Завдання полягає в тому, щоб дати правильну інформацію про гігієну статевого життя, про дітонародження. Одночасно слід пам'ятати про делікатність такої інформації. Непотрібно завчасно пробуджувати у дівчаток статевий потяг, але не можна й залякувати їх.

Роз'яснення повинні мати індивідуальний, а не масовий характер. Акушерка чи медсестра повинні проводити бесіди про статеве виховання з батьками підростаючих дівчаток, щоб вони могли правильно орієнтувати дітей у цьому питанні.

Дуже важливими є дошлюбні консультації з питань гігієни статевого життя.

Фізіологія статевого акту

Статевий акт є парним фізіологічним процесом, який починається із введення статевого члена у піхву і закінчується еякуляцією та оргазмом.

Для нормального перебігу статевого акту для чоловіка необхідна участь нейрогуморальної, психічної, ерекційної та еякуляційної функціональних складових.

Для жінок характерна наявність трьох складових статевого акту: нейрогуморальної, психічної і генітосегментарної.

Статевий акт чоловіків складається з наступних складових: введення чоловічого статевого члена у піхву, періодів **фрикції** (рухи статевого члена під час статевого акту), еякуляції та оргазму. Статевому акту передують підготовчий період (період взаємних пестоців). Статевий акт має такі послідовні фази: **збудження, найбільшого статевого напруження (плато), оргазм, спад**.

Фаза збудження зумовлена фізіологічними подразненнями з ерогенних зон і психоемоційними стимулами. Виникає статеве напруження, яке поступово збільшується.

Фаза оргазму триває кілька секунд і являє собою результат взаємодії ряду структурних утворів на різних рівнях центральної нервової системи (спіральному, діенцефальному, кірковому). **Оргазм** – це вищий ступінь пристрасних відчуттів насолоди.

Фаза спаду характеризується зменшенням статевого збудження, але в жінок під час цієї фази при подразненнях може настати повторний оргазм, що неможливо у чоловіків (рефрактерність, тобто незбудливість).

Тривалість статевого акту становить від 1,5 до 4 хвилин. Статевий акт супроводжується бурхливими вегетативними реакціями – збільшенням артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, частоти дихання, розширенням зіниць тощо.

Важливою у запобіганні сексуальних порушень є можливість реалізації статевого акту. Партнери повинні знати, що вони мусять поважати індивідуальні особливості та потреби одне одного. Статевий акт повинен здійснюватись у цивілізованих умовах, при повному усамітненні. Після першого статевого акту слід рекомендувати на деякий час утриматися від коїтусу, щоб біль не призвів до негативної реакції на статевий акт. Не рекомендуються статеві зносини під час запальних процесів, менструацій.

У профілактиці фригідності та аноргазмії ці чинники мають велике значення. Крім того, слід пам'ятати, що, крім тіла, ерогенними зонами можуть бути будь-які органи відчуттів - зір, слух, нюх.

Щодо частоти статевих зносин, то нормою може вважатися 2-3 статевих акти на тиждень. Проте, якщо здорові люди відчувають потребу у щоденних статевих актах і після них не відчувають втоми - це теж норма. Шкідливими слід вважати статеві акти, які повторюються через короткі проміжки часу, тому що вони призводять як до загального виснаження, так і до травматизації статевих органів. Несприятливо відображається на статевому житті й здоров'ї пари перерваний статевий акт. Він не лише призводить до застою крові в органах малого таза, а й несприятливо впливає на психоемоційну сферу, що може спричинити сексуальні порушення. Одним із важливих моментів попередження аноргазмії є надійна контрацепція. Виникненню стійкої аноргазмії сприяють моральна травма та больові відчуття, перенесені жінкою під час штучного переривання вагітності. Тому при проведенні абортів слід попередньо психологічно підготувати пацієнтку, а також застосувати ретельне знеболювання.

ФІЗІОЛОГІЯ ВАГІТНОСТІ. АБОРТ І ЙОГО НАСЛІДКИ

Запліднення. Імплантація. Вагітність

Запліднення – це складний комплекс біологічних процесів, що забезпечують процес злиття зрілих чоловічої та жіночої статевих клітин, внаслідок чого утворюється одна клітина (зигота), з якої розвивається новий організм (див. рис.6).

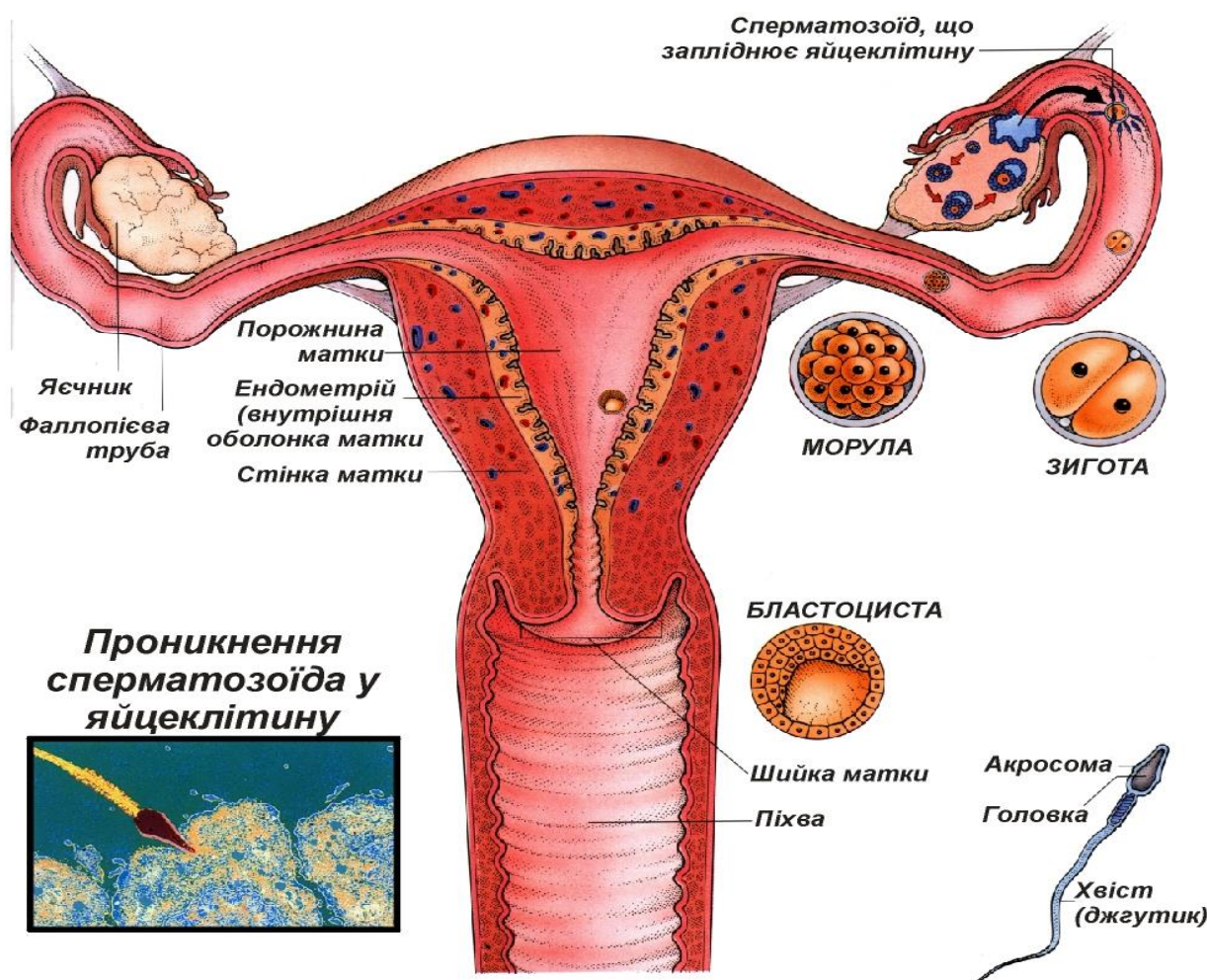


Рис.6. Запліднення.

Після статевого акту у піхву потрапляє 3-5 мл сперми. Кожен мілілітр містить 70-100 млн. сперматозоонів, загалом 200-500 млн.

Процес запліднення відбувається в ампулярній частині маткової труби. У момент овуляції виникає тимчасовий контакт труби та яєчника. Яйцеклітина захоплюється фімбріями ампулярної частини й просувається завдяки рухам війок циліального епітелія, фімбрій і дистального відділу труби. Під впливом ферментів, котрі виділяє епітелій, починається процес звільнення яйцеклітини від променистого вінця. Цей процес завершується під дією гіалуронідази та муцинази, що виділяють сперматозоони. Для повного розчинення оболонок необхідно близько 100 млн. спермій, проте лише кілька з них проникає всередину яйцеклітини, і лише один з'єднує своє ядро з ядром материнської гамети, несучи генетичний код батька. Утворюється нова клітина - зигота.

У момент запліднення визначається стать майбутньої дитини. Кожен ооцит має 22 аутосоми та одну статеву X-хромосому (22+X). Кожен сперматоцит несе 22 аутосоми й одну X (22+X) або Y(22+Y) хромосому. Якщо ооцит запліднюється сперматоцитом, який містить X- хромосому (22+X), народжується дівчинка (44+XX), якщо спермій несе генетичний код Y (22+Y), народжується хлопчик (44+XY).

Імплантація - через добу після запліднення зигота починає ділитися, просуваючись при цьому по матковій трубці. Цей процес триває 3 доби (див. рис.7). У порожнину матки зародок потрапляє на стадії морули і складається з двох видів клітин – одні з них, більші і темніші, скупчуються в центрі клітини, утворюючи ембріобласт (з якого надалі розвивається плід), інші – менші і світліші - утворюють зовнішній шар – трофобласт, який забезпечує імплантацію і живлення зародка.

У порожнині матки морула перебуває до імплантації ще 3 доби, перетворюючись за цей час на бластоцисту. На 7 добу завдяки гістолітичним ферментам, які починає виділяти трофобласт, бластоциста розчиняє тканини слизової оболонки матки. Плодове яйце занурюється у функціональний шар ендометрія. Цей процес називається імплантацією(див. рис.7).

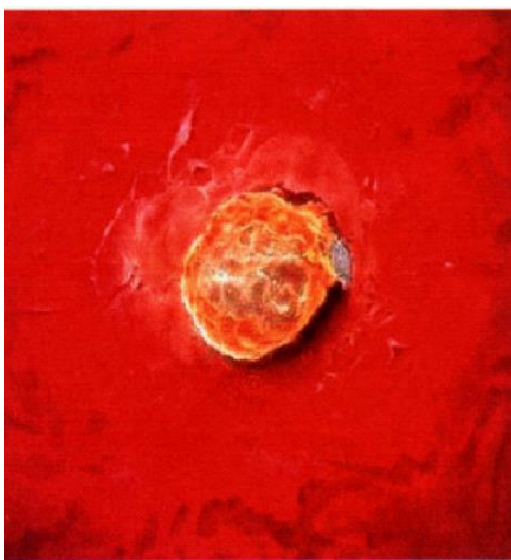
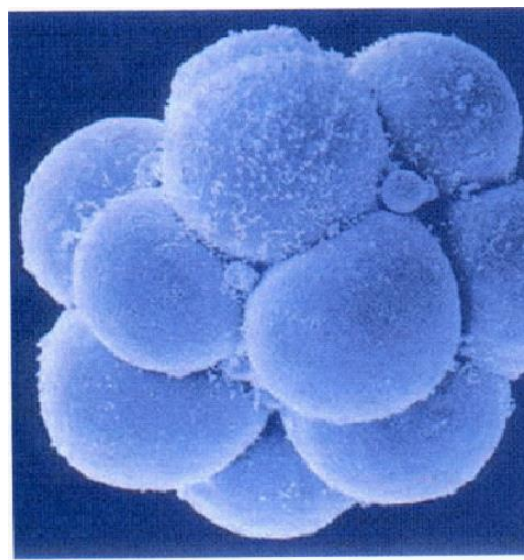


Рис. 7. Ембріон людини на 3 день після запліднення.



Імплантація довершена – 8 день.

Розпочинається якісно новий стан організму жінки – вагітність. На кінець 8-ї доби імплантація (нідація) завершується, отвір над зародком заростає. Живлення бластоцисти в цей час здійснюється завдяки секрету залоз ендометрія.

Вагітність – після імплантації трофобласт починає секретувати хоріонічний гонадотропін, з появою навіть мінімальних кількостей якого в організмі жінки починаються зміни: припиняється менструальний цикл, жовте тіло менструації перетворюється на жовте тіло вагітності, ендометрій трансформується в децидуральну оболонку.

Після повної імплантації на поверхні трофобласта утворюються вирости – ворсини, з яких надалі розвивається **ворсисто оболонка (chorion)**. У цей час ворсинки вкривають всю поверхню хоріона. Згодом плодове яйце, збільшуючись, виступає в порожнину матки, ця поверхня втрачає контакт із слизовою оболонкою, а отже, і трофічну функцію, тому ворсинки тут, ставши недоцільними, зникають, хоріон стає гладеньким. На тій частині хоріона, що прилягає до матки, ворсинки розростаються, розгалужуються, тут починається формування плаценти.

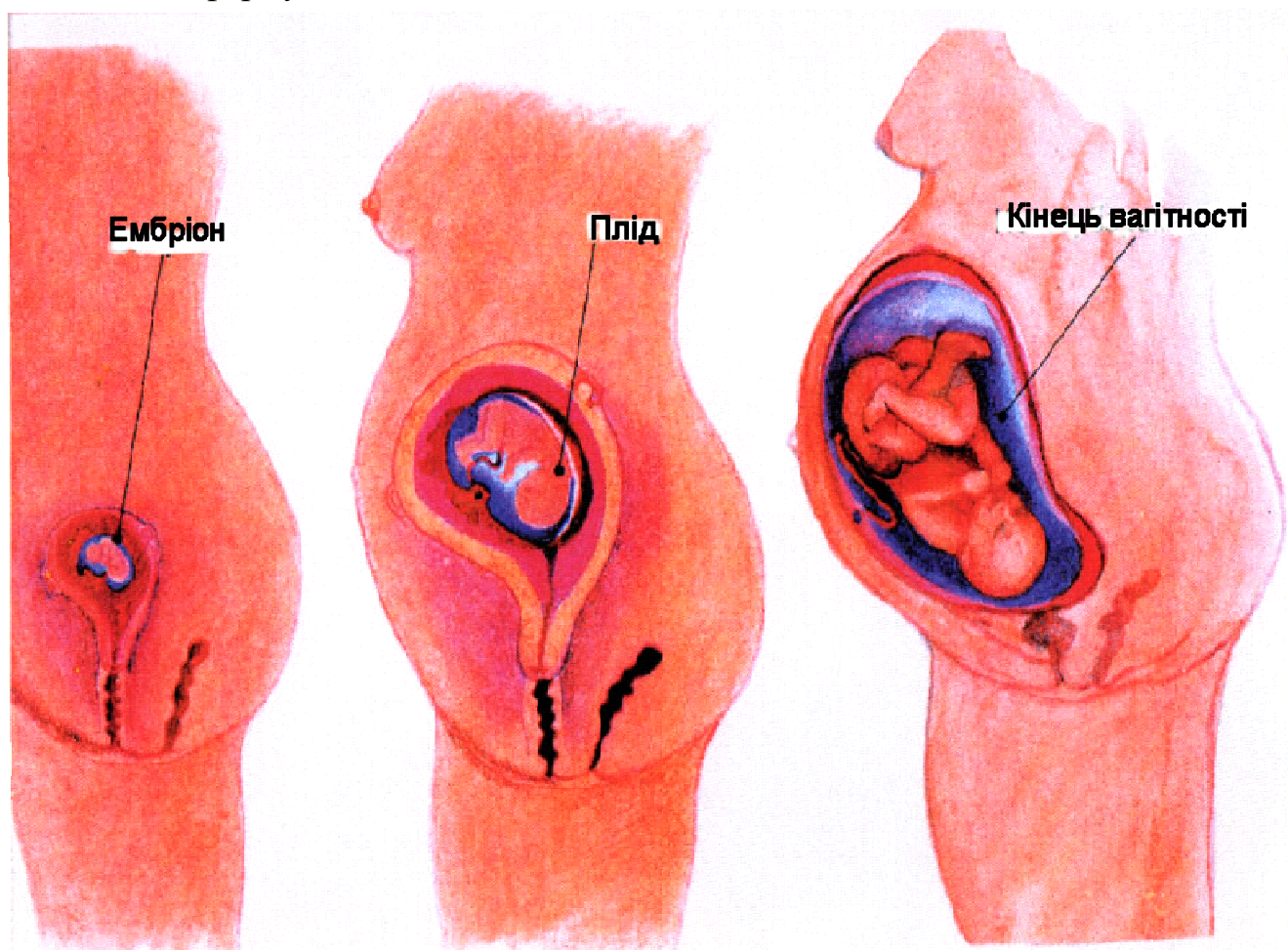


Рис. 8. Розвиток плода

Отже, впродовж перших двох тижнів після запліднення запліднену яйцеклітину ми називаємо плодовим яйцем. З третього тижня настає ембріональний період. Проходить диференціювання оболонок, ріст ембріона.

З 10 тижня після останньої менструації, або через 8 тижнів після запліднення, ембріональний період закінчується. З цього моменту зародок називається плодом (див. рис.8).

На цей час плід оточений навколоплодовими водами й трьома оболонками, дві з яких – *водна (amnion)* та *ворсиста (chorion)* належать плоду, а одна – *децидуальна (decidua)* - матері.

Вагітність триває 280 діб (10 акушерських місяців, або 40 тижнів).

Плацента - розміщується переважно на передній чи задній стінці матки в ділянці її тіла.

Плацента має дві поверхні - *материнську*, що прилягає до стінки матки, і *плодову*, вкриту амніотичною оболонкою, під якою від периферії плаценти до місця прикріплення пуповини йдуть судини. Материнська поверхня плаценти має сірувато-червоний колір. Вона поділена на часточки (котиледони).

Функції плаценти: трофічна та газообміну; видільна; ендокринна; бар'єрна. Плацента гальмує перехід до плода деяких речовин та мікроорганізмів, але алкоголь, нікотин, наркотичні речовини проходять через плаценту й можуть чинити шкідливий вплив на плід.

Впродовж вагітності мати, плацента та плід являють собою єдину функціональну систему. Плацента і плід утворюють фето-плацентарний комплекс. Деякі функції плацента та плід виконують спільно, зокрема, естрогени синтезуються не лише плацентою, а й наднирковими залозами плода, тому зниження виділення цих гормонів із сечею свідчить про порушення стану плода.

Пуповина - з'єднує тіло плода та плаценту. У ній проходять 2 артерії, що несуть венозну кров від плода до плаценти, і вена, якою артеріальна кров іде від плаценти до плода.

Послід - є *сукупністю* плаценти, пуповини, оболонок (амніотичної, ворсистой, децидуальної).

Передродовий розвиток дитини

Досвід у будь-яких сферах життя може бути не тільки корисним, але й негативним, часто гірким. У спорті, наприклад, це переломи, травми, невдачі. Секс теж може нести не тільки радість і насолоду, а й біль та розчарування, причому біль у прямому розумінні цього слова. Вагітність - одна з найважливіших подій життя жінки. Ця подія дає щастя, коли партнери чи подружжя очікує цього. А якщо це сталося випадково? Якщо вони його не хотіли? Тоді вагітність з радісної події перетворюється в проблему, а для кого і в трагедію. Сьогодні ми знаємо: людина від зачаткування у плоді має чисто

людську сутність. На питання про початок людського життя відповідає сучасна природна наука.

Людина є людиною від початку. У момент злиття яйця і сім'яної клітини починається життєва історія людини, єдиної неповторної особи (див. рис.7). Найперша людська подоба - це запліднена яйцеклітина.

Перший день.

Таємниця життя ніколи не буде розкрита людиною. Вона розпочинається вже в момент зачаття, коли дитина є лише маленькою краплиною, меншою від крапки в кінці цього речення. Саме в мить запліднення яйцеклітини, генетична інформація, носіями якої є батьки, змішується і передається дитини – формується код особистості, єдиної і неповторної. Ніколи більше спадкові ознаки батьків не об'єднуються саме так, ніколи більше не буде саме такої людини. Цієї миті визначаються її стать, колір очей, волосся і шкіри, риси обличчя, будова тіла, схильність до високого чи низького росту...

Рис. 9 . Момент запліднення.

10-21 день

Дитина виросла до 2,5 мм., починається битися її серце. Кров циркулює в окремому від матері руслі. Формується головний і спинний мозок.

4 тижні

Вона вже збільшилася до 0,5 см! Вже має голівку, тулуб, формуються очі, вушка, вуста.

7 тижнів

Уже більше 2 см! Стала гармонійно збудованою мініатюрною дитиною. Помітні людські риси обличчя, у веснах – зав'язь молочних зубів. Тіло заокруглюється й покривається тонесенькою шкірочкою. Ручки – менше

друкованого знаку “!”, мають долоньку і пальчики. Шлуночок виділяє власні соки для травлення. Організм уже сформований (див. рис.10).

Рис. 10. Прошло 7 тижнів після зачаття.

2,5-3 місяці (саме в такий час роблять аборт!)

У рисах обличчя вже можна впізнати батьків. Дитина вже багато дечого вміє: підкулює ніжку, згинає і випрямляє пальчики. Реагує на дотик. Помітна різниця між хлопчиками та дівчатками.

4 місяці

Дитина вже швидко росте. Має 20-25см довжини, а важить – 170 грамів. Для такого швидкого розвитку потрібно багато речовин (див. рис.11).

5-6 місяців

Вдосконалюються всі органи, ніби невидимий майстер вирізьблює найтонші деталі. На повіках з’являються вії, утворюються міцні нігтики. Твердіє скелет. (див. рис.12).

Рис.11. Прошло 16-17 тижнів.

7-8-9 місяців

Зараз дитина росте найшвидше. Під кінець 7 місяця вона важить близько 1 кг, і за медичною термінологією вже є “здатною до життя” – усі органи сформовані. Дитина здатна жити самостійно від матері.

Від моменту зачаття до моменту появи на світ дитина збільшилась у 6 мільярдів разів! Чи не правда, грандіозний шлях?

Цей шлях проходив кожен із нас, хто зараз бачить сонце, відчуває радість життя.

Рис. 12. Прошло 20 тижнів.

Аборт і його наслідки

Більшість людей не знають, що відбувається під час аборту. Багато жінок, котрі зробили аборт, не були цілком обізнані, що вони вбили дитину: ”До 3 місяців це не зовсім людина, це лише тільки...”.

Це не правда! Під час аборту вбивають дитину! Майже всі діти, котрі через аборт насильно видалені з материнського лона, є старші 8 тижнів. Усі органи в цьому віці вже є наявними. Діти потребують уже лише їжі та часу, щоб рости. Їх вбивають за допомогою респіраторно-вакуумного методу /найпоширеніша форма аборту/, вишкрібання /куретування/ або – старших дітей – за допомогою гормонального методу та кесаревого розтину.

Дитина має страх перед смертю й відчуває біль, коли їй відбирають життя. Уже на 28-й день сформований і діє лицевий нерв з усіма трьома розгалуженнями на обличчі. На шостому тижні у руках вже наявні чутливі нервові закінчення, які є власне болепровідними волокнами.

Ультразвукові записи показують, що пульс дитини під час насильницького відкриття маткового зіву збільшується до 200 ударів на хвилину.

У відчайдушній і марній боротьбі намагається дитина від смертоносних інструментів відхилитися. На ультразвукових відбитках видно, як дитина, коли під час аборту розривають її тіло, у смертельному жаху відкриває свій ротик для німого крику.

Аборт – це переривання вагітності протягом перших 28 тижнів (7 акушерських місяців). Аборт до 12 тижнів вагітності називається раннім, після цього терміну – пізнім. Плід, який народився до 28-го тижня, має масу тіла меншу, ніж 1000 г, зріст – до 35 см.

Аборти поділяються на *мимовільні й штучні*.

Мимовільний аборт. Виникає без стороннього втручання, частота його становить 2-8% від загальної кількості вагітностей. Основні причини – це різноманітні нейроендокринні розлади, недорозвиток статевих органів, штучне переривання попередніх вагітностей, ізоантигенна несумісність крові матері та плода за резус-фактором та групою, наявність хронічних вогнищ інфекції, зокрема у статевих органах, інтоксикації, вплив радіації та інші. Безпосередніми чинниками невиношування можуть бути фізичні та психічні травми.

Штучний аборт.

Штучним абортом називається переривання вагітності в акушерському стаціонарі. Переривання вагітності в ранні терміни здійснюється за бажанням жінки до 12 тижнів при відсутності протипоказань. Протипоказаннями є гострі та підгострі запальні захворювання жіночої статевої сфери, гострі інфекційні захворювання чи запальні процеси будь-якої локації. Операція може бути виконана тільки після ліквідації паталогічних явищ, оскільки наявність вогнищ

інфекції в організмі створює високий ризик ускладнень після оперативного втручання .

З 13 до 28 тижнів вагітність переривають тільки за медичними показаннями при наявності у вагітної важких захворювань, коли прогресування вагітності та пологи можуть становити загрозу життю жінки, а також за соціальними показаннями – вік до 16 років, наявність 3 і більше дітей, дитини-інваліда, смерть чоловіка під час вагітності, розлучення, ув'язнення, позбавлення материнських прав.

По способу проведення штучні аборти поділяються:

- *міні – аборт;*
- *аборт у ранні терміни вагітності (до 12 тижнів);*
- *аборт у пізні терміни вагітності (від 13 до 28 тижнів).*

Міні-аборт - здійснюється до 21-ї доби затримки менструації шляхом відсмоктування вмісту порожнини матки електровакуумним насосом.

При міні-аборті не використовують металічні розширювачі, таким чином не ушкоджується м'язовий апарат шийки матки і рідше виникають ускладнення, які є причиною невиношування вагітності. Міні-аборт проводять під місцевим знеболюванням. Операція продовжується не більше 1,5-2 хвилини.

Три – чотири дні після абортів необхідно уникати переохолоджень, виключити фізичне навантаження. Протягом 3-х тижнів забороняється статеве життя. Спостерігати за своєчасним спорожненням кишечника та сечового міхура. Через 2 тижні необхідна консультація гінеколога.

Аборт у ранні терміни вагітності. Операція проводиться лише лікарем акушером-гінекологом. За проведення втручань, спрямованих на переривання вагітності, іншими особами, зокрема середніми медичними працівниками, чинним законодавством передбачена кримінальна відповідальність.

Обстеження: гінекологічний огляд, аналіз крові на RW та СНІД, група крові та Rh-фактор, Hbs-антиген, мазок на ступінь чистоти вагінального вмісту та на гонорею, онкоцитологічне дослідження.

Інструментарій: дзеркало Сімпса і підіймач, кульові щипці Мюзо, розширювачі Гегара, матковий зонд, довгі пінцети, абортцанг, кюретки №2,4,6, вакуум-апарат, наконечники для вакуум-апарата(див. рис.13)



Рис. 13 Інструментарій для проведення штучного аборту.

Знеболювання: внутрішньовенний наркоз або місцева анестезія.

Техніка операцій. Зовнішні статеві органи обробляють йодонатом. Вводять дзеркало Сімпса. Піхву та шийку матки обробляють 5% розчином йоду. Оголюють шийку матки в дзеркалах та захоплюють її кульовими щипцями за передню губу. Видаляють підймач. Лікар утримує шийку матки кульовими щипцями, нижнє дзеркало передають медичній сестрі, що асистує під час операції. Проводять зондування порожнини матки з метою встановлення прохідності та напряму цервікального каналу, довжини та форми порожнини матки. Далі проводять розширення цервікального каналу розширювачами Гегара від №4-6 до 12-13 (номер розширювача дорівнює його діаметру в міліметрах). Після розширення здійснюють руйнування і видалення плідного яйця кюреткою №6, абортцангом або шляхом вакуум-аспірації. Видаливши плідне яйце, проводять контрольне вишкрібання стінок порожнини матки і трубних кутів кюретками №4 і 2. переконавшись у тому, що плідне яйце і децидуральна оболонка видалені повністю, матки скоротилася добре, кровотечі немає, кульові щипці з шийки матки знімають, шийку обробляють 5% йодом, дзеркало виводять з піхви.

Догляд за хворою після операції. Жінку перевозять на каталці в палату. На низ живота кладуть міхур з льодом. Вводять скорочувальні засоби – 1 мл окситоцину або метилергометрину внутрішньом'язово. Протягом першої доби періодично контролюють стан хворої: самопочуття, скарги, пульс, артеріальний тиск, температуру тіла, кількість та характер виділень із статевих шляхів. При відсутності ускладнень жінку виписують додому на другу добу після аборту.

Аборт у пізні терміни вагітності. У пізні терміни переривати вагітність вишкрібанням матки забороняється через великий ризик перфорації матки та виникнення інших ускладнень небезпечних для життя жінки. Вагітність терміном понад 12 тижнів переривають хірургічним або консервативними (медикаментозними) методами.

Медикаментозний аборт - дозволяє уникнути внутрішнього втручання, ризику, пов'язаного з анестезією, травмування внутрішніх статевих органів.

Для медикаментозного переривання вагітності в пізні терміни застосовують кілька методик, найчастіше – трансцервікальне введення у порожнину амніона граміцидину. Довгою голкою проколюють плодовий міхур, виводять частину навколоплодових вод, потім вводять таку саму кількість граміцидину та роблять тугу тампонаду піхви. Для стимуляції пологової діяльності внутрішньовенно вводять окситоцин або простагландини.

Догляд за хворою полягає у ретельному спостереженні за станом скорочення матки. Медсестра слідкує за виділеннями із статевих шляхів, вимірює температуру тіла жінки з метою вчасного виявлення ускладнень запального характеру.

Аборт – це не кінець, а, навпаки, початок нових важких проблем. З абортom лише дійсно починаються проблеми. Не тільки дитя вбивається під час абортu, а також жінки зазнають фізичних ушкоджень або психічних травм.

Фізичні наслідки штучного абортu

Під час абортu:

- перфорація стінки матки;
- кровотеча.

Після абортu:

- ендометрит – запалення внутрішнього шару матки;
- параметрит – запалення навколоматкової клітковини;
- пельвіоперитоніт – запалення очеревини малого таза;
- патологічні пологи (передчасний або ранній розрив плодових оболонок, слабкість пологової діяльності, аномалії передлежання та передчасне відшарування плаценти, невиношування вагітності, позаматкова вагітність);
- жіноче безпліддя;
- важкі психічні ушкодження.

Штучні абортu негативно впливають на перебіг і закінчення наступних пологів. Під час пологів може виникнути передчасне або ранній розрив плодових оболонок, слабкість пологової діяльності, аномалії передлежання і відшарування плаценти.

Невиношування вагітності може бути внаслідок внутрішньоматкових зрощень, які виникають внаслідок штучного абортu.

Часто зустрічається передчасне або раннє відходження навколоплідних вод, яке нерідко поєднується зі слабкістю пологової діяльності. При цьому перейми рідкі, короткі, малоефективні, що затягує та ускладнює пологи.

Передлежання плаценти – це патологічне розташування плаценти в матці. Це ускладнення призводить до маткової кровотечі в кінці вагітності та під час пологів. Кровотеча може загрожувати матері та плоду. Також значну кровотечу може викликати прирощення плаценти. Після народження дитини плацента не може самостійно відшаруватися від стінок матки, а часткове її відшарування може призвести до значної кровотечі. Ця патологія частіше є наслідком штучного абортів.

Позаматкова вагітність виникає внаслідок змін, які виникають в маткових трубах, при інфантилізмі. Велику роль у позаматковій вагітності відіграють запальні процеси маткових труб, що призводить до повного закриття просвіту труб, викликають їх непрохідність і призводять до безпліддя. Початковий період перебігу позаматкової вагітності супроводжується ознаками звичайної вагітності. Переривається частіше в кінці другого на початку третього місяця вагітності. В одних випадках відбувається розрив труби, при цьому плідне яйце попадає в черевну порожнину. Але значно частіше відбувається трубний викидень, коли яйце відшаровується й попадає в черевну порожнину через зовнішній розширений кінець маткової труби. Внаслідок цього виникає внутрішньочеревна кровотеча.

Психічні наслідки абортів

Призначення, суть жінки - давати й оберігати життя. Вбивство дитини суперечить природі жінки, її вродженому материнському інстинкту. Саме тому немає жінки, для якої аборт минув би безслідно. Немало жінок впродовж року не можуть прийти до себе після цієї події. В інших доходить до нервових захворювань, котрі через свою довготривалість вимагають лікування у неврологічних клініках. Вбита дитина живе в її спогадах і уяві далі, супроводить її впродовж всього життя, аж до смертельного ложа. Аборту без таких душевних наслідків немає.

Психіатри, психотерапевти та інші лікарі спостерігають у жінок, що вдавалися до абортів, цілу низку психічних захворювань :

- відчуття страху й жахливі сни (провалювання у безодню, переслідування, народження мертвої дитини, спотворені чи покалічені діти), страх перед раптовим нещасним випадком, як відплата за вчинений гріх;
- безсоння;
- депресії із спробами самогубства;
- проблеми подружнього життя;
- “відшукування” знищеної дитини з-поміж її однолітків;
- витіснення (непомірно розвинені спогади витісняються у сферу півсвідомого,

- спричиняючи вегетативно-невротичні розлади: болі в нижній частині
- живота, болі голови й спини, головокружіння);
- психози (душевні хвороби).

Часто ці психічні розлади ідуть поруч з тілесними недугами, як порушення серцевого ритму, приступи мігрені, розлади шлунка і кишечника, статеві розлади. У багатьох випадках психічні хвороби лікуються дуже важко, або стають зовсім невиліковними. Психологи та психотерапевти сповіщають про “безліч жінок, які після абортів стали душевнохворими в тяжких і навіть найтяжчих формах”.

ПРИРОДНІ МЕТОДИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

Історія розвитку природних методів

Природні методи планування сім'ї ґрунтуються на спостереженні за фізіологічними ознаками фертильності (плідності) та інфертильності (неплідності) протягом фаз менструального циклу (поняття і ознаки плідності описані в розділі „Анатомія і фізіологія статевих органів” на ст. 26-32).

При використанні цих методів з метою контрацепції пара добровільно утримується від статевого акту під час фертильної фази менструального циклу жінки (періоду, під час якого жінка може завагітніти). Для того, щоб жінка могла завагітніти, пара повинна мати статеві зносини під час фертильної фази.

За визначенням ВООЗ, метод контролю фертильності є засобом планування або запобігання вагітності за допомогою визначення фертильних (плідних) днів менструального циклу, в період яких жінка покладається на періодичну абстиненцію (утримання), або інші способи запобігання вагітності. Отже, він не є безпосереднім контрацептивним методом; скоріше жінка покладається на абстиненцію або інші контрацептиви протягом фертильних днів.

Дані про історію розвитку природних методів планування сім'ї досить обмежені, хоча є дані про використання методу спостереження за ознаками фертильності протягом менструального циклу. З середини ХІХ ст. зустрічаються дані про використання методу цервікального слизу. У 1876 році Марія Путнам встановила, що базальна температура тіла змінюється протягом менструального циклу. У 30-і роки нашого століття було висловлено думку про те, що фертильність досягає своєї вершини в середині менструального циклу, що пов'язане з визріванням та виходом яйцеклітини. Це відкриття призвело до створення календарного або ритмічного методу Огіно-Кнауса.

У 60-х роках ХХ століття було виявлено, що життєдіяльність сперматозоїдів у організмі становить кілька днів. Приблизно в цей же період Джон і Евелін Біллігси створили метод цервікального слизу для визначення фертильності жінки. Прості, які легко виконуються, тести функціональної діагностики для визначення функціонального стану репродуктивної системи не втратили свого значення і в наш час.

Щоб встановити фертильний і нефертильний періоди кожного менструального циклу, недостатньо знати тільки час овуляції. Також необхідно знати час, протягом якого яйцеклітина може бути запліднена після овуляції, і тривалість життя сперматозоїдів до овуляції в статевих шляхах жінки. Тривалість життя яйцеклітини - від 12 до 24 годин. Отже, щоб жінка завагітніла, запліднення повинно відбутися протягом кількох годин після овуляції. Як показують дослідження, іноді буває і друга овуляція, результатом

якої є багатоплідна вагітність (близнюки), в такому випадку друга овуляція, звичайно, відбувається протягом 24 годин після першої овуляції.

Тривалість життя сперматозоїдів різна й залежить від середовища. У статевих шляхах жінки виживання сперматозоїдів залежить від наявності та якості слизових виділень шийки матки, що виробляються секреторними клітинами її поверхні. Щойно виділені сперматозоїди не здатні запліднити яйцеклітину. Спочатку вони повинні зазнати ряду змін, які включають в себе виділення ферментів з голівки сперматозоїда. Для цих змін потрібен час і наявність ряду факторів, які забезпечуються слизовими виділеннями шийки матки.

Ефективність методів

У даний час природними методами контрацепції користуються близько 5-8% пар. Показник «контрацептивної невдачі» (частота настання вагітності при регулярному використанні методу) далеко не найкращий. Насправді вагітність настає у 20% випадків типового застосування методу.

Серед ідеальних користувачів цей показник може складати 2% тільки при постовуляторному застосуванні методів, при використанні симптомотермального методу показник «невдач» досягає 6%, овуляторного методу – 8%, а застосування календарного методу призводить до вагітності в 10% випадків.

Дійсно показники «контрацептивної невдачі» серед типових користувачів значно перевищують ці цифри. За даними ВООЗ статеві зносини без застосування методів контрацепції протягом фертильного періоду овуляторного менструального циклу призводить до частіших випадків вагітності, ніж недостатнє розуміння методів складання графіків менструального циклу.

Ефективність методів природного планування сім'ї як засобу контрацепції визначають такі фактори:

- бажання пари застосувати даний метод контрацепції;
- правильне використання методу періодичної абстиненції або інших засобів контрацепції в дні фертильного періоду;
- відповідне навчання й знання даного методу контрацепції;
- регулярність менструального циклу.

Переваги

Контрацептивні:

- можна використовувати як для запобігання небажаної вагітності, так і для завагітнення;
- відсутність пов'язаного з методом ризику для здоров'я;
- відсутність системних побічних явищ;
- не потребує грошових витрат.

Неконтрацептивні:

- дає жінці можливість глибшого розуміння фізіології свого організму,
- репродуктивної системи й менструального циклу;
- сприяє залученню чоловіка до планування сім'ї;
- сприяє встановленню ближчих подружніх стосунків;
- використовується для діагностики й лікування неплідності та
- передменструального синдрому.

Недоліки:

- середня ефективність (9-20 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання);
- необхідне детальне навчання для правильного використання найбільш ефективних методів ППС;
- необхідне втручання спеціально підготовленого працівника;
- необхідне утримання під час фертильної фази для уникнення запліднення;
- вимагається щоденне ведення записів;
- вагінальна інфекція може ускладнити інтерпретацію цервікального слизу;
- необхідний спеціальний базальний термометр для деяких методів;
- не захищає від ІСШ та інших ЗПСШ (наприклад, ВГВ, ВІЛ/СНІД).

Природний метод планування сім'ї має обмежені показання. Метод є оптимальний для пар, які не бажають застосовувати інші методи планування сім'ї з релігійних чи інших міркувань. У той же час слід зазначити, що подружжя має бути проінформованим про вірогідність завагітнення, пов'язану навіть з правильним і послідовним застосуванням ППС.

Показання:

- жінки в усі періоди репродуктивного віку;
- жінки з будь-якою кількістю пологів в анамнезі, в т.ч. ті, які не народжували;
- пари, релігійні чи філософські переконання яких не дозволяють використовувати інші методи;
- жінки, які не можуть користуватися іншими методами;
- пари, які здатні уникати статевих зносин протягом більше одного тижня в кожному циклі;
- пари, які здатні й бажають щоденно спостерігати, записувати, інтерпретувати ознаки фертильної фази;
- пари, які планують вагітність.

Протипоказання:

- жінки, в яких вік, кількість пологів в анамнезі або стан здоров'я роблять вагітність надзвичайно небезпечною;
- жінки з невстановленим менструальним циклом (матері, які годують, зразу після абортів);
- жінки з нерегулярним менструальним циклом (тільки для календарного методу);

- жінки, партнери яких не бажають утримуватися від статевих зносин у певні дні циклу;
- жінки, які не бажають використовувати цей метод з особистих мотивів.

Методи природного планування

Існує кілька методів визначення періоду плідності і періодів неплідності. Деякі з них залежать від використання тільки одної ознаки фертильності. Інші методи природного планування, сім'ї базуються на двох або більше ознаках фертильності.

У даний період застосовуються такі методи контролю фертильності:

- **календарний (або ритмічний);**
- **метод базальної температури тіла;**
- **метод цервікального слизу;**
- **симптомо – температурний.**

Календарний метод контрацепції є найбільш давнім засобом запобігання вагітності (див. рис.14). Він базується на розрахунку фертильних днів. У 30-х роках ХХ століття двоє лікарів, незалежно один від одного Огіно в Японії і Кнаус в Німеччині довели, що жінка є плідною тільки кілька днів у циклі, і що цей період можливо визначити. При цьому береться до уваги, що овуляція починається за 14 днів до початку менструації (при 28 денному менструальному циклі), життєздатність сперматозоїдів у організмі жінок становить приблизно 7-8 днів, а яйцеклітини після овуляції – 24 години. Іноді буває друга овуляція, результатом якої є багатоплідна вагітність (близнюки), в такому випадку друга овуляція відбувається протягом 24 годин після першої овуляції.

Оскільки тривалість першої фази менструального циклу різна серед жінок, а також різні менструальні цикли однієї і тієї ж жінки, фертильні дні можна визначити, вирахувавши 19 днів із найкоротшого й 11 днів із найдовшого менструальних циклів. При цьому жінка повинна вести менструальний календар, слідкуючи за тривалістю як мінімум 6-9 менструальних циклів, протягом зносин, або користуватись іншим контрацептивним методом.

Підрахунки:

наприклад, у **9** циклах (**29,29,30,28,30,29,28,30,29** днів);

найкоротший цикл складає – **28** днів;

найдовший – **30** днів.

Від тривалості найкоротшого з них віднімаємо **19**, а від найдовшого менструального циклу **11**.

$$28 \text{ мінус } 19 = 9$$

$$30 \text{ мінус } 11 = 19$$

Таким чином **9-й** день циклу є першим днем плідності, а **19-й** день кінцем періоду плідності.

З 1-го по 9-й день циклу вважається періодом відносної неплідності, а з 19 дня і до кінця циклу періодом абсолютної неплідності.

Чим довший вирахований період плідних (фертильних) днів, під час якого дотримуються абстиненції, тим надійнішим буде календарний метод. У зв'язку з поширеними неточностями під час визначення фертильних днів, календарний або ритмічний метод контрацепції пов'язаний з частим настанням вагітності (вагітність розвивається приблизно в 14-50 випадках на 100 жінок на рік)



Рис. 14.

Температурний метод базується на зміні температури тіла одразу після овуляції. Підвищення базальної температури тіла вказує на розвиток овуляції, але не провіщає її настання. Базальна температура іноді знижується за 12-24 години до овуляції, після якої підвищується в середньому на 0,2- 0,5С. Таким чином, фертильним вважається період від початку менструального циклу до тих пір, доки базальна температура буде підвищеною протягом 3-х днів підряд. Справжнє постовуляторне підвищення температури продовжуються близько 10 днів.

Для уникнення будь яких неточностей і для виявлення навіть незначних підвищень температури, жінка повинна користуватись точним термометром. Оскільки на зміну базальної температури впливають різноманітні фактори (захворювання, стреси, порушення сну та інші), інтерпритація результатів вимірів вимагає особливої уваги.

Метод цервікального слизу. Характер шийкового слизу змінюється протягом менструального циклу, а особливо в період овуляції. Це й допомагає у визначенні фертильних днів жінки. Спосіб контролю цервікального слизу протягом менструального циклу відомий як метод Біллінга. Даний метод

включає характерні зміни цервікального слизу протягом нормального менструального циклу (див. рис.15).

Під час менструального циклу шийка матки виробляє різні типи слизу. На кількість і консистенцію цервікального слизу впливають естрогени та прогестерон. Різні типи слизу також перешкоджають або сприяють просуванню сперматозоїдів, що визначає рівень фертильності. На початку циклу, зразу після менструації, коли рівень естрогенів низький, цервікального слизу мало, він густий і липкий.

Цей густий і липкий слиз формує волокнисту сітку, яка закупорює шийку матки і створює ефективний бар'єр для проникнення сперматозоїдів. До того ж, кисле середовище піхви швидко руйнує сперматозоїди.

Підвищений рівень естрогенів поступово змінює цервікальний слиз, який стає більш прозорим і рідким. У складі слизу з'являється поживні речовини для підтримки життєдіяльності сперматозоїдів, а реакція його стає лужною. Цей слиз потрапляє у піхву нейтралізуючи кислотність і створюючи середовище, сприятливе для сперматозоїдів. Ці рідкі секрети називаються фертильними секретами. Кількість слизу такого типу, викликана збільшенням вмісту води, зростає за 24 год. до овуляції.

Сперматозоїди можуть легше рухатись у такому фертильному слизі, деякі з них рухаються в напрямку до матки і фалопієвих труб. Деякі сперматозоїди залишаються в криптах до того, як досягають матки.

Після овуляції під дією прогестерону цервікальний слиз формує щільну і липку пробку, яка перешкоджає руху сперматозоїдів. Середовище піхви знову стає кислим, де сперматозоїди втрачають свою рухливість і руйнуються.

Спочатку, після місячних в піхві з'являється відчуття сухості, або повна відсутність будь-якого відчуття - буде відсутній будь-який слиз "сухо". В "Карті самопостережень" ці дні позначаємо літерою С (або "сухо"). Потім починає з'являтися слиз густий, липкий, мутний, нетягучий – позначаємо літерою В "волого". З наближенням овуляції з'являється прозорий тягучий слиз, що дає відчуття слизкості і мокроту – позначаємо літерою М (мокро-слизько). Останній день наявності такого слизу окреслюємо як пік слизу (ПС) і визначати його можна лише на наступний день, коли слиз стає густим, мутним. Пік слизу (ПС) - це найбільша його кількість, а також найвища слизькість, прозорість, тягучість, відчуття мокроту. Наступні 1-й, 2-й, 3-й дні слиз стає густим, мутним, нетягучим кількість його зменшується. На 4-й день після "ПС" жінка знову відчуває сухість у піхві, виділення зменшуються, або зовсім припиняються – відмічаємо літерою С "сухо".

Менструальні дні циклу відмічаємо літерою К "кровотеча".

К	К	К	К	С	С	С	В	В	В	М	М	М	В	В	В	С	С	С	С	С	С	С	С	С	С	К		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
відносна неплідність							період плідності									абсолютна неплідність												

Відносний (нефертильний) неплідний період починається з першого дня менструації і закінчується в день появи будь-якого шийкового слизу,

який змінюючись, набуває принаймні одної з ознак плідного слизу, наприклад, вологості.

Фертильний (плідний) період починається з моменту відчуття “вологості” в піхві і продовжується протягом ще 3-х днів після дня “ПС”.



Рис.15.

Таким чином до настання овуляції шийковий слиз відсутній або спостерігається в незначній кількості з білим або жовтуватим відтінком. З наближенням овуляторного періоду, слиз стає більш світлим, рясним і еластичним, при цьому натягування слизу (при його розтягуванні між вказівним та великим пальцями іноді досягає 8 – 10 см). при висушуванні і наступному дослідженні під мікроскопом краплі шийкового слизу виходить малюнок, який нагадує листки папороті (феномен папороті). Відносний (нефертильний) неплодний період починається з першого дня менструації і закінчується в день появи будь-якого шийкового слизу, який змінюючись, набуває принаймні одної з ознак плідного слизу, наприклад, вологості. Фертильний (плідний) період починається з моменту відчуття “вологості” в піхві і продовжується протягом ще 3-х днів після дня “ПС”. Неплідна (нефертильна) фаза циклу починається на 4-й день після масимальних виділень (ПС) і продовжується до першого дня чергової менструації..

Симптомо-температурний метод. Різні симптоми стану плідності, разом взяті, можуть досить точно допомогти визначити передовуляційний і

в) **Фаза післяовуляційної неплідності** починається в момент закінчення плідної фази й триває до останнього дня циклу або до першого дня наступної менструальної кровотеч.

Заповнення та аналіз карти самопостережень

Загальні правила

1. Потрібно завжди проставити номер карти (тобто зафіксувати, який за порядком цикл спостерігаємо).
2. Відмітити дні порушення звичного для вас режиму.
3. Записати, чи були зміни температури в попередньому циклі двофазовими (тобто, чи була овуляція)

Аналіз температури

Чи наступив стрибок підвищення температури:

- до стрибка температури повинно бути щонайменше 6 низьких температур;
- усі порушення температури, пов'язані з хворобою, прийомом ліків, стресом, подорожжю, не враховувати;
- стрибок температури складає не менше 0,2 С.

Провести розділяючу (покривну) лінію низьких/високих температур з умовами:

- різниця має бути між найвищими значеннями базальної температури попередніх нижчих і 3-х значеннях високої температури. Якщо різниця є меншою, ніж 0,2 С, то беремо наступне 4 значення.

Аналіз ознак слизу

У цьому важливо зрозуміти власне відчуття “сухо” відсутність відчуття “волого”, “мокро-слизько”.

“сухо”- немає слизу

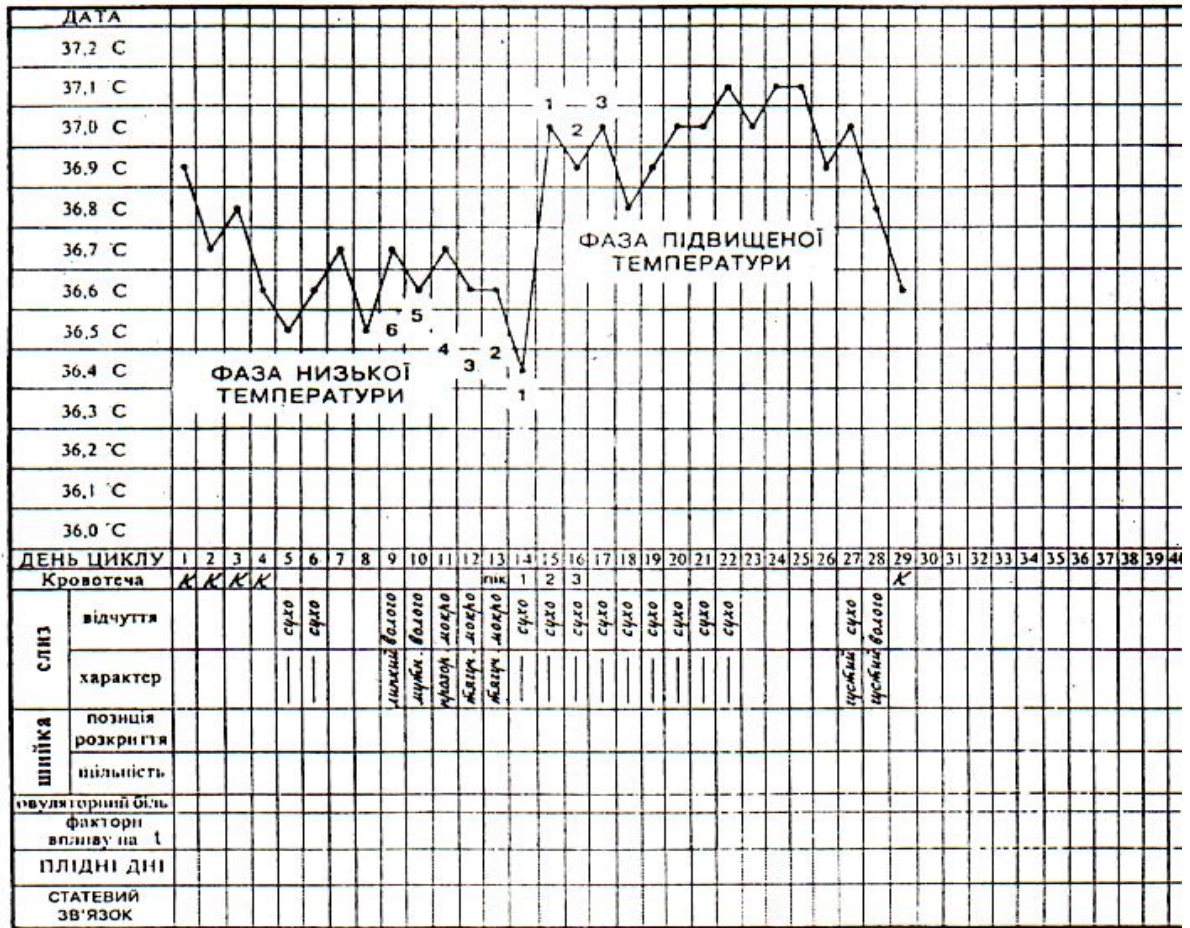
“відсутність відчуття”- нічого не відчувати.

“волого”- слиз густий, мутний, грудочками.

“мокро- слизько”- слиз рідкий, стає прозорим і тягнеться як сирий яєчний білок.

Отже, після місячних в піхві може з'явитися відчуття сухості, або повна відсутність будь-якого відчуття, буде відсутній будь-який слиз. Потім починає з'являтися слиз густий, липкий, мутний, нетягучий - це слиз зниженої плідності. З наближенням овуляції з'являється прозорий тягучий слиз, що дає відчуття слизькості і мокроті. Останній день наявності такого слизу окреслюється як пік слизу, і визначити його можна лише на наступний день, коли вже не “мокро і не слизько”.

Позначаємо **ПС** (пік слизу) і наступні 1-й, 2-й та 3-й дні за днем максимального виділення плідного слизу. **Пік слизу** – це найбільша його кількість, а також найвища слизькість, прозорість, тягучість, відчуття мокроті.



Карта самоспостережень (схема)

Аналіз змін шийки матки

Після місячних шийка, звичайно, тверда (як кінчик носа), закрита, опущена низько в піхві. З наближенням овуляції, шийка підіймається вгору, відкривається і стає м'якою (як губа). Пізніше, після овуляції, знову опускається і твердіє.

Визначаємо день, коли шийка матки стоїть високо, відкрита і найбільш м'яка і після цього на карті позначаємо 1-й, 2-й і 3-й день, коли шийка матки тверда, закрита і стоїть низько в піхві.

Визначення періоду відносної передовуляційної неплідності

На початку спостережень, впродовж першого циклу період передовуляційної неплідності не визначається. В цьому циклі початком періоду плідності вважається перший день циклу.

Лише після отримання результатів самоспостережень з 6 карток ми можемо визначити період відносної передовуляційної неплідності в наступних циклах.

Якщо попередній цикл був двофазовим то період відносної передовуляційної неплідності триває від початку циклу до:

- останнього дня з відчуттям "сухо" і відсутності слизу або відсутності будь-якого відчуття ;
- дня, визначеного на підставі підрахунків.

Вирішує той симптом, який з'явився раніше!

Підрахунки:

- знаючи тривалість останніх 6 циклів;
- від тривалості **найкоротшого** з них віднімаємо **19**.

День, отриманий в результаті підрахунків є **1 днем плідності**.

Наприклад, у **8** циклах (**29, 29, 30, 28, 30, 29, 30, 28** днів) найкоротший цикл складає **28** днів – отже:

$$28 \text{ мінус } 19 = 9$$

таким чином **9** день циклу є першим днем плідності якщо раніше не з'явиться слиз.

Визначення періоду плідності

Він **починається:**

- в перший день появи будь-якого відмінного в порівнянні до періоду відносної передовуляційної неплідності слизу чи зміни відчуття;
- в день отриманий з підрахунків.

Період плідності **закінчується:**

- ввечері **третього** дня постійної температури з фази найбільш високих температур;
- ввечері **третього** дня після піку слизу;
- ввечері **третього** дня низької, твердої, і закритої шийки матки.

Визначення періоду неплідності

Період післяовуляційної неплідності починається після встановленого, як описано вище, закінчення періоду плідності і триває до кінця циклу.

СУЧАСНІ МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ

Планування сім'ї – важливий етап у житті жінки, який передбачає народження лише бажаних дітей. У нашій країні висока частота штучних абортів, що протягом багатьох років традиційно є головним методом планування сім'ї. Виходячи з ускладнень, які виникають після штучного абортів (запальні процеси органів малого таза, безплідність, невиношування, кровотечі, аномалії пологової діяльності, третина причин материнської смертності), зниження кількості абортів може суттєво вплинути на акушерську та гінекологічну захворюваність і знизити рівень материнської смертності.

Один із шляхів зниження кількості абортів – широке впровадження засобів контрацепції. Питанням контрацепції повинні займатися не лише центри планування сім'ї, які останнім часом широко відкриваються в Україні, а й середній медичний персонал, тому вони повинні знати про цю проблему. Застосування контрацептивних засобів має важливе значення для охорони здоров'я жінки репродуктивного віку ще й тому, що використання деяких із них (презервативи, піхвові контрацептиви) дає можливість запобігти виникненню захворювань, що передаються статевим шляхом – гонореї, хламідіозу, мікоплазмозу, гарднерельозу, трихомоніазу, герпетичної і цитомегаловірусної інфекції. Пропагуючи контрацептиви, медпрацівники повинні пояснювати, що негативного впливу на народжуваність вони не мають, а лише попереджають небажану вагітність.

Вибір методів контрацепції проводиться з урахуванням багатьох факторів – неконтрацептивних властивостей, які можна використати для покращення здоров'я жінки і профілактики низки захворювань, ефективності методу, його безпечності, а також індивідуального ставлення жінки до протизаплідного засобу. Жінку слід детально поінформувати про переваги того чи іншого контрацептиву, про показання та протипоказання до застосування тих чи інших контрацептивів. Знання жінки і можливість власного вибору підвищують ефективність методу. Ефективність будь-якого контрацептиву виражається індексом Перля, який визначається кількістю вагітностей у 100 жінок, що використовували даний метод протягом року.

Серед контрацептивів розрізняють **гормональні, внутрішньоматкові, бар'єрні (механічні та хімічні), хірургічні, посткоїтальні, метод лактаційної аменореї** (див.рис.17)

Бар'єрні методи контрацепції

До бар'єрних методів контрацепції належать механічні протизаплідні засоби (презервативи, вагінальні діафрагми і цервікальні ковпачки) та сперміциди.

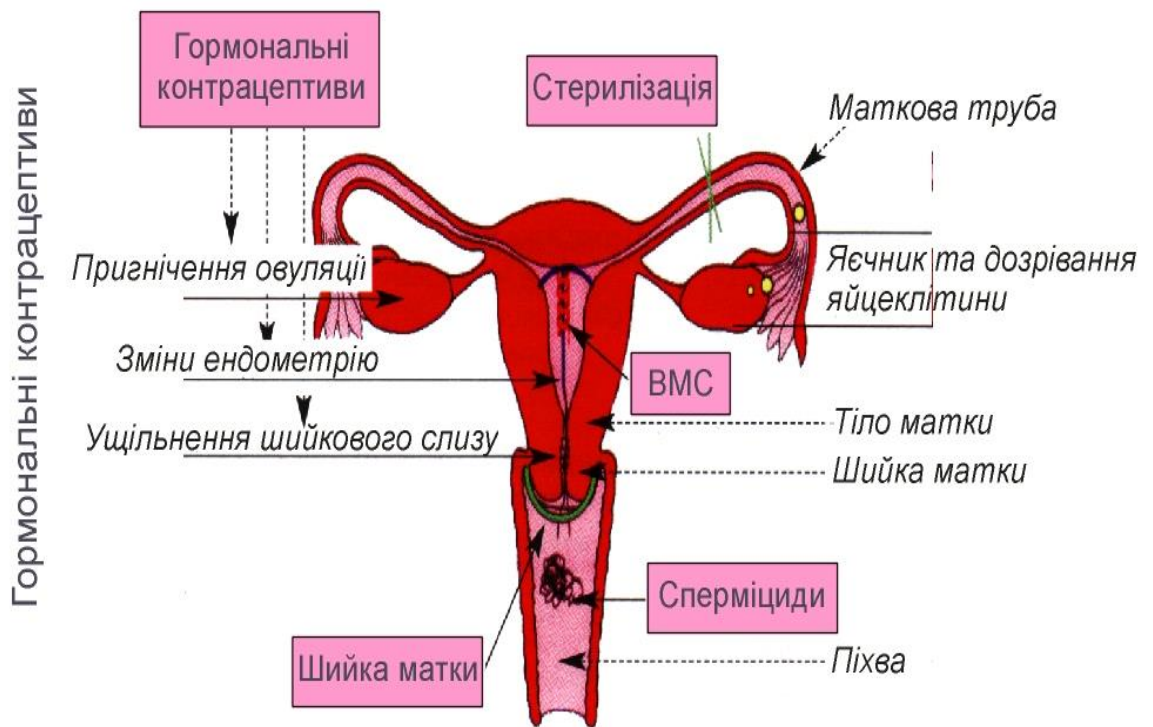


Рис.17. Методи контрацепції.

Кожен метод регулювання фертильності має переваги і недоліки. Жоден із запропонованих у даний час засобів регулювання народжуваності не може вважатися прийнятним для всіх культур, віросповідань і соціальних умов. Із усього розмаїття запропонованих методів контрацепції тільки три види протизаплідних засобів – презервативи, піністі таблетки та суппозиторії – можуть бути включені у будь-яку систему розповсюдження. Вони можуть виявитися оптимальним засобом контрацепції для певної пари, у певних обставинах, у той чи інший період життя.

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

Механічні протизаплідні засоби

До цієї групи контрацептивів належать пристрої, які перешкоджають проникненню сперматозоїдів у матку. Це презерватив (чоловічий та жіночий), вагінальна діафрагма та цервікальні ковпачки.

Презервативи

Сучасний презерватив являє собою тонкий чохол, виготовлений з гуми (латексу), вінілу або натуральних (тваринних) продуктів, який може бути

оброблений сперміцидом для додаткового захисту. Презерватив одягається на статевий член у стані ерекції. Презервативи розрізняються за формою, кольором, товщиною, змазкою (див. рис.18).

Рис. 18. Презервативи

Механізм дії:

- запобігають потраплянню сперми в жіночий репродуктивний тракт;
- запобігають передачі патогенних мікроорганізмів від одного партнера до другого.

Переваги

Контрацептивні:

- негайна ефективність;
- не впливають на грудне годування;
- можуть використовуватися як страхувальний метод разом з іншими контрацептивами;
- сприяє попередженню позаматкової вагітності;
- відсутній ризик для здоров'я, пов'язаний із використанням методу;
- відсутні системні побічні явища;
- широкодоступність;
- продаються без рецепту;
- не обов'язково проводити медичний огляд перед початком використання;
- недорогий метод.

Неконтрацептивні:

- єдиний метод планування сім'ї, який забезпечує захист від захворювань, які передаються статевим шляхом (ЗПСШ);
- сприяють попередженню захворювань, викликаних ЗПСШ: запальні захворювання органів малого таза, рак шийки матки, безпліддя чоловіків і жінок;
- можуть використовуватися для захисту від ЗПСШ під час вагітності;
- можуть використовуватися невдовзі після пологів;
- сприяє залученню чоловіків до планування сім'ї;

- можуть продовжити період до еякуляції;
- можуть використовуватися при лікуванні імунологічної форми безпліддя для запобігання потрапляння антигенів сперми у піхву (кондомотерапія).

Недоліки:

- середня ефективність (2 – 12 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання);
- контрацептивна ефективність залежить від бажання дотримуватися інструкцій;
- можуть виникнути алергія на латекс та змазку;
- можуть знижати гостроту відчуттів під час статевого акту;
- можуть зісковзувати або рватися під час статевого акту;
- для використання необхідна домовленість між статевими партнерами;
- погана репутація, пов'язана з асоціацією презервативів у багатьох людей з аморальним сексом, сексом з повіями;
- необхідна постійна наявність у продажу та достатній запас презервативів до початку статевого акту, наявність відповідних умов зберігання вдома.

Протипоказання – виражена алергія на латекс або змазку.

Поради пацієнту

1. Кожен презерватив використовуйте лише один раз.
2. Використовуйте презерватив під час кожного статевого акту.
3. Використовуйте презервативи зі сперміцидом для максимальної ефективно.
4. Завжди майте в наявності запас презервативів. По можливості, зберігайте презервативи у прохолодному, темному місці. Висока температура, світло і вологість пошкоджують презервативи, що може призвести до протікання презерватива під час використання.
5. При користуванні презервативами нігті та кільця можуть їх порвати.
6. Не розгортайте презервативи до початку використання. Від цього вони можуть стати менш міцними; до того ж розгорнутий презерватив важко надягати на статевий член.
7. Не користуйтеся мінеральним маслом, харчовим жиром, дитячим кремом або вазеліном для змазки презерватива. Це швидко руйнує його матеріал. Якщо потрібна змазка, використовуйте сперміциди, гліцерин, слину, звичайну воду. Природні вагінальні виділення також діють як змазка.
8. Завжди використовуйте інший презерватив, якщо:
 - упаковка презерватива ушкоджена;
 - дата виготовлення на упаковці вказує на те, що він був виготовлений більше 5 років тому;
 - презерватив має нерівності або колір його змінився;
 - презерватив ламкий, пересохлий або дуже ламкий.

9. Презерватив одягають на пеніс в стані ерекції до його введення в піхву жінки, враховуючи, що преякуляторна сперма містить активні сперматозоїди.

Як надягати презерватив

- візьміть пакетик з презервативом за край і відкрийте його, розірвавши уздовж ребристої кромки;
- тримайте презерватив таким чином, щоб його згорнутий ободок був направлений доверху і назовні від статевого члену;
- якщо вам не робили обрізання, відтягніть передню шкірочку статевого члена назад;
- надягніть презерватив на голівку статевого члена;
- розгорніть презерватив по всій довжині статевого члена до його основи. Презерватив повинен легко розправлятися. Якщо цього не відбувається, ви, мабуть, надягаєте його з іншої сторони. Якщо у вас є ще презерватив, викиньте презерватив, який ви намагалися розгорнути не в ту сторону, й використайте інший. Якщо у вас тільки один презерватив, переверніть його і спробуйте ще раз.

Як знімати презерватив

Після еякуляції, тримаючи за основу (кільце) презерватива, витягніть пеніс із піхви, поки він знаходиться в стані ерекції. Це попереджає зісковзування презерватива і пролиття сперми на статеві органи партнерші.

Як позбавитися презерватива

Викиньте презерватив у помийне відро, або спаліть чи закопайте. Не залишайте презервативи у місцях, де їх можуть знайти діти. Не користуйтеся презервативом більше одного разу.

Що робити у разі виникнення проблем та побічних ефектів

Проблема	Що робити
Підозра на пошкодження презервативу до статевого акту.	Перевірте презерватив на наявність пошкоджень. Викиньте і візьміть новий презерватив.
Презерватив розірвався або зісковзнув під час статевого акту.	Використайте метод невідкладної контрацепції (дивись главу “Невідкладна контрацепція”).
Підозра на алергічну реакція на презерватив або сперміцид (сильний свербіж, почервоніння та набряклість після використання презервативу).	Пройдіть обстеження для виключення наявності інфекції. Якщо інфекція не виявлена, то існує алергія на латекс. Виберіть інший метод контрацепції. Якщо ви використовуєте презервативи із змазкою або зі сперміцидом, спробуйте застосовувати презервативи без змазки і сперміциду.
Зменшення відчуття статевого задоволення	Використовуйте тонші презервативи або виберіть інший метод контрацепції

Жіночі контрацептиви

Новий метод контрацепції для жінок. Жіночий презерватив – чохол, виготовлений із тонкого, прозорого, м'якого пластика. Перед статевим актом жінка розміщує чохол у піхві. Під час статевого акту статевий член рухається усередині жіночого презервативу. Ефективність аналогічна при використанні чоловічого презерватива.

Переваги :

- метод контролюється жінкою;
- попереджає як ЗПСШ, так і вагітність;
- медичних протипоказань не виявлено;
- побічних ефектів не виявлено.

Недоліки:

- поки що коштують дорого;
- як правило, потрібна згода статевого партнера;
- необхідно мати під рукою запас;
- жінка повинна дотикатися до своїх статевих органів.

Діафрагми і ковпачки

Історія застосування діафрагми починається з 80-х років ХУІІ століття, коли у Німеччині був уперше описаний даний бар'єрний метод контрацепції. Найбільшу популярність діафрагма отримала у Голландії, завдяки чому її називали “голландським ковпачком”. Подальший розвиток метод одержав у кінці нинішнього століття. Була запропонована нова модифікація діафрагми з м'якою облямівкою із латексу для кращого контакту зі стінками піхви. Уже розроблені і продаються в деяких країнах діафрагми одноразового використання з уже нанесеним на них сперміцидом. Цей вид запобігання вагітності менш ефективний, ніж використання презервативів, що пояснюється більш високою вірогідністю огріхів при використанні діафрагми. У той же час поєднання застосування діафрагми зі сперміцидами в значній мірі підвищує ефективність даного методу і ступінь захисту від ЗПСШ. Сучасні діафрагми виготовляються із гуми і латексу. Це м'яка гумова чашечка, яка закриває шийку матки.

Діафрагми розрізняються між собою за розміром, який визначається діаметром обідка в міліметрах, і буває чотирьох основних видів у залежності від особливостей будови обідка:

- діафрагма з обідком з плоскою пружиною для жінок, що не народжували, розміри від 50 до 90 мм;

- діафрагма із спіральною пружиною для жінок з помірним тонусом піхвових м'язів, розміри від 50 до 95 мм;
- діафрагма з дугоподібною пружиною для жінок зі зниженим тонусом піхвових м'язів, при ректо- і цистоцеле, розміри від 55 до 95 мм;
- діафрагма з обідком у вигляді перетинки.

Підбор виду діафрагми, навчання пацієнток повинно проводитись медичним працівником, тому що слід враховувати анатомічні особливості кожної конкретної жінки, яка звернулася до служби планування сім'ї.

Діафрагму вводять у піхву таким чином, щоб задня частина обідка знаходилася у задньому склепінні піхви, а передня щільно покривала шийку матки безпосередньо за лобковою кісткою. Купол діафрагми покриває шийку матки, а сперміцидна паста чи гель, закладені в середину купола перед введенням діафрагми, контактують з поверхнею шийки матки. Діафрагму можна ввести при бажанні за 6 годин до коїтусу.

Ефективність застосування різних модифікацій діафрагм коливається від 14 до 18 випадків вагітностей на 100 жінок.

Шийкові ковпачки

Цервікальний ковпачок схожий на діафрагму, але менше за розмірами. У даний час існують три типи протизаплідних ковпачків: заглиблений порожнистий ковпачок з обідком (часто називається просто “шийковим ковпачком”), ковпачок Vimule (Вімуля) і куполоподібний ковпачок. Їх виготовляють із латексної гуми, алюмінію, срібла та інших синтетичних матеріалів. За виключенням Північної Америки, Європи, Австралії та Нової Зеландії вони не мають широкого застосування.

Механізм дії:

- запобігають попаданню сперми у верхній репродуктивний тракт жінки (матку та фаллопієві труби);
- служать як ємкість для сперміциду.

Переваги:

Контрацептивні:

- безпечний метод контролюється жінкою;
- негайна ефективність;
- не впливають на грудне годування;
- метод не пов'язаний із статевим актом (можна вводити за 6 годин до статевого акту);
- відсутність пов'язаного з методом ризику для здоров'я;
- відсутність системних побічних ефектів;
- можна припинити використання влюбий час;
- легко використовувати, трохи потренувавшись.

Неконтрацептивні:

- забезпечують деякий захист від ЗПСШ, особливо при використанні зі сперміцидом;
- затримують менструальну кров при використанні під час менструації.

Недоліки:

- середня ефективність (6-18 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання, якщо використовуються разом зі сперміцидом);
- контрацептивна ефективність залежить від бажання жінки дотримуватись інструкцій;
- необхідне використання під час кожного статевого акту;
- необхідне проведення гінекологічного огляду кваліфікованим медпрацівником для первинної і післяпологової примірки;
- у деяких користувачів викликають інфекцію сечовивідних шляхів;
- не слід вилучати протягом 6 годин після статевого акту;
- необхідно мати до початку статевого акту;
- потрібна постійна наявність у продажу (сперміцид необхідний при кожному використанні);
- маніпуляції у піхві можуть виявитися неприємними для деяких жінок;
- діафрагма і ковпачок мають досить великі розміри і можуть перешкоджати (заважати) коїтусу;
- деякі жінки мають складності при вилученні діафрагми або ковпачка;
- діафрагма або ковпачок може зміститися під час коїтусу;
- діафрагму або ковпачок необхідно мити і зберігати з дотриманням усіх умов, інакше погіршуються властивості гуми;
- використання діафрагм і ковпачків важко приховати від статевого партнера.

Протипоказання :

- запальні процеси, розриви та ерозія шийки матки.

Сперміциди

Не менш древнім, ніж презерватив, методом контрацепції є введення у піхву різноманітних препаратів з метою запобігання вагітності. Наші предки використовували як речовини рослинного походження (сік лимону), так і хімічні сполуки (оцет, марганцевокислий калій та ін.), які, змінюючи рН піхвового вмісту, негативно впливали на рухомість сперматозоїдів або призводили їх до загибелі. У древніх рукописах Греції, Єгипту і Китаю, що дійшли до нашого часу, є описання подібних рецептів.

Сперміциди – це хімічні речовини, які інактивують або вбивають сперматозоїди в піхві до того, як вони встигають проникнути у верхні відділи статевого тракту (див. рис.19).

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

Сперміцидні речовини використовуються майже у всіх наявних у даний час сперміцидах, являють собою сурфактанти – поверхнево активні речовини, які руйнують клітинні мембрани сперматозоїдів. Вірогідно, що загальна бактерицидна і противірусна дія цих сперміцидів сприяє запобіганню інфекційних запальних захворювань статевих органів, а відсутність запалень значно знижує можливість зараження ВІЛ-інфекцією у чоловіків і жінок. У зв'язку з цим деякі жінки використовують сперміцидні супозиторії-овулі у поєднанні з іншими методами контрацепції з метою профілактики і лікування запальних захворювань і зниження ризику інфікування.

Роль носія, що входить у сперміцидні засоби – забезпечити дисперсію хімічного агента в піхві шляхом огортання шийки матки і утримання його на місці так, щоб жоден сперматозоїд не уник контакту зі сперміцидним інгредієнтом.



Рис.19. Сперміциди.

Сперміциди розрізняються, в основному, за типом носія, що входить у нього, і випускаються у вигляді:

- аерозолів (піни);
- паст;
- гелів (крему);
- вагінальних пінистих таблеток;
- вагінальних пінистих супозиторіїв;
- розчинних плівок;
- речовин, що застосовуються для змащення презервативів;
- губок.

При використанні кремів і желе передбачається як самостійне застосування, так і в поєднанні з піхвою діафрагмою або шийковими ковпачками.

Спринцювання сперміцидами після коїтусу не є надійним контрацептивним методом, тому що не виключає можливості проникнення сперматозоїдів у цервікальний канал у проміжок часу між сім'явиверженням та спринцюванням.

Механізм дії:

- викликають руйнування мембрани сперматозоїдів, що знижує їхню рухомість і здатність запліднювати яйцеклітину.

Вибір:

- аерозолі (піни) ефективні одразу після введення і рекомендуються для ізольованого застосування;
- пінисті вагінальні таблетки і суппозиторії зручні в збереженні і транспортуванні, але вимагають 15-хвилинного очікування після їх введення;
- розчинні вагінальні суппозиторії також слід вводити за 10-15 хвилин до статевого акту;
- сперміцидні желе, як правило, використовуються тільки в сполученні з діафрагмою.

Переваги:

Контрацептивні:

- швидкоефективні (піна та крем);
- не впливають на грудне годування;
- можуть використовуватися як страхувальний метод при виборі інших методів;
- відсутній ризик для здоров'я;
- відсутні системні побічні явища;
- прості у застосуванні;
- додаткове зволоження (змазка) під час статевого акту;
- продаються без рецепту і не вимагають медичного огляду перед застосуванням.

Неконтрацептивні:

- деякий захист від ЗПСШ;
- можна використовувати одразу після пологів.

Недоліки:

- середня ефективність (3-21 вагітність на 100 жінок);
- контрацептивна ефективність залежить від бажання жінки виконувати інструкції;
- жінка повинна ввести контрацептив за 10-15 хвилин до статевого акту;

- кожне введення ефективно тільки протягом 1-2 годин;
- можуть викликати подразнення у жінок або її партнера;
- можуть викликати алергію;
- можуть підвищувати ризик інфекції сечовивідних шляхів;
- необхідність мати в наявності до початку статевого акту;
- вимагається постійна наявність у продажу.

Вагінальні сперміциди, що випускаються фармакологічною промисловістю

Види і назви	Сперміцидний агент	Час до настання і тривалість контрацептивного ефекту
Плівка ВКП (вагінальна контрацептивна плівка)	Ноноксилон—9	Контрацептивний захист настає через 15 хвилин після введення, зберігає ефективність більше 1 години
Піна Делфин Емко Коромекс Патентекс	Ноноксилон—9	Контрацептивний захист негайний, зберігає ефективність на протязі 1 години
Желе і креми Концептрол Делфин Орто Рамзес Ренделл Коромекс Орто—Гинол Алпагель Фарматекс	Ноноксилон—9 Октоксинол Бензалконіум хлорид	Контрацептивний захист негайний. При ізольованому використанні ефективність зберігається 1 годину у сполученні з діафрагмою або ковпачком ефективність зберігається до 6—8 годин
Свічки і таблетки Овулес Фарматекс Нео—сампуун Енкада Патентекс Ренделл Семицид Аген—53 Сіі—а—ген	Бензалконіум хлорид Менфегол Ноноксилон—9 Полісахаридний ефір у сполученні з ноноксилоном—9	Контрацептивний захист настає через 15 хвилин після введення. Зберігає ефективність не більше 1 години

Поради пацієнці

- необхідно вводити сперміцид до початку кожного статевого акту;
- після введення вагінальної таблетки, супозиторію або плівки слід почекати 10—15 хвилин. При використанні аерозолів (піни) ніякого очікування не вимагається;

- дуже важливо виконувати рекомендації виробника сперміциду щодо правильного використання і зберігання кожного препарату. (Наприклад, перед використанням аерозольної піни необхідно струсити контейнер). Більшість сперміцидів, особливо свічки та суппозиторії, необхідно зберігати у сухому, прохолодному місці, бо вони почнуть плавитися;
- введіть додаткову дозу сперміциду, якщо статевий акт не почався протягом 1—2 годин після першого введення;
- введіть додаткову дозу сперміциду перед кожним повторним статевим актом;
- дуже важливо ввести сперміцид глибоко в піхву, щоб шийка матки виявилася повністю закритою сперміцидом;
- не спринцюйте піхву на протязі як мінімум 6 годин після статевого акту;
- завжди майте під рукою запас сперміцидів, зокрема аерозолі та крему, особливо якщо контейнери не дозволяють побачити, коли їхній вміст закінчився.

Техніка введення сперміцидів

Аерозолі (піна)

- струсіть контейнер 20—30 разів перед використанням;
- поставте контейнер вертикально і надіньте на клапан аплікатор. Відведіть аплікатор вбік, щоб він заповнився піною;
- у положенні лежачи на спині введіть аплікатор у піхву так, щоб цього кінець знаходився поряд або торкався шийки. Натисніть на спуск і введіть піну. Чекати початку дії не потрібно (ефект настає негайно);
- після використання аплікатор необхідно вимити теплою водою з милом, сполоснути і висушити;
- для зручності миття його можна розібрати. Не давайте нікому користуватися вашим аплікатором!

Вагінальні таблетки, суппозиторії (свічки) та плівки

- вийміть вагінальну таблетку, свічку чи плівку з упаковки
- лежачі на спині, введіть сперміцид глибоко в піхву. (Якщо в упаковку сперміциду входить аплікатор, введіть його в піхву так, щоб його кінець знаходився поряд або торкався шийки матки).
- почекайте 10—15 хвилин перед тим, як вступити в статевий акт;
- після використання аплікатор необхідно вимити теплою водою з милом, сполоснути і висушити. Для зручності миття його можна розібрати. Не давайте нікому користуватися вашим аплікатором!

Крем

- для введення контрацептивного крему видавіть його в аплікатор до заповнення. Введіть аплікатор у піхву так, щоб його кінець знаходився поряд

- чи торкався шийки матки. Натисніть на спуск і випустіть крем. Чекати початку дії не потрібно, бо ефект настає негайно;
- після використання аплікатор необхідно вимити теплою водою з милом, прополоскати і висушити. Для зручності його можна розібрати. Не давайте нікому користуватися вашим аплікатором!

Губки

Натуральні морські губки використовуються як протизаплідні засоби протягом століть. У 70-х роках ХХ століття почали застосовуватися губки з натурального колагену і синтетичні губки, просякнуті сперміцидом.

У 1983 році – вагінальна протизаплідна губка “Todey” – є вдалим поєднанням сучасного і древнього методу контрацепції. Вона являє собою маленьку, подушкоподібну поліуретанову губку, що містить 1г сперміциду. З одного боку губки є заглиблення з увігнутою поверхнею, призначене для припасування її поверх шийки матки і зменшення вірогідності зміщення губки при коїтусі. З другого боку є петля, сплетена з поліефірного волокна, яка полегшує вилучення губки з піхви.

Ця губка випускається лише одного розміру. Перед застосуванням її змочують водою і вводять глибоко у піхву. Після того як губка введена у піхву, вона забезпечує безперервний захист протягом 24 годин, тому не вимагається ніяких додаткових дій у тому випадку, якщо коїтус повторюється протягом цього часу. Після використання губку викидають.

Механізм дії:

- губка попереджає попадання сперми у верхні відділи репродуктивного тракту жінки і слугує як ємкість для сперміциду.

Переваги:

Контрацептивні:

- негайна ефективність;
- не впливають на грудне годування;
- метод не пов'язаний зі статевим актом (можна вводити за 6 годин до статевого акту) ;
- відсутність ризику для здоров'я;
- відсутність системних побічних ефектів.

Неконтрацептивні:

- забезпечують деякий захист від ЗПСШ, особливо у поєднанні зі сперміцидами;
- захищає від розвитку дисплазій шийки матки;
- затримують менструальну кров при використанні під час менструації.

Недоліки:

- губки іноді викликають подразнення;
- деякі жінки можуть забути про необхідність вилучити губку;
- маніпуляції в піхві можуть виявитися неприйнятними для деяких жінок;
- може статися зміщення губки;
- може викликати сухість піхви завдяки всмоктуванню секрету.

Внутрішньоматкові засоби (ВМЗ)

ВМЗ являють собою маленьку гнучку рамку, виготовлену із матеріалів, що не зумовлюють подразнення – зазвичай з пластику. У ВМЗ маються “вусики” або ниті, прикріплені до нього. ВМЗ вводять у порожнину матки через піхву. Вусики крізь отвір шийки матки звисають у піхву. Жінка може переконатися у тому, що ВМЗ на місці, промацавши вусики. Медпрацівник може видалити ВМЗ, обережно потягнувши за вусики затискачами (див. рис.20).

Рис.20. Розташування спіралі в порожнині матки.

ВМЗ називають іноді внутрішньоматковими спіралями, деякі види ВМЗ називають петлею (петля Ліппеса).

В наш час найбільш розповсюджені:
виділяючі мідь (мідні) – виготовлені з пластику з прилаштованою мідною проволокою : Cooper T 380 A, Nova T, Multiload 375 (див. рис.21).

Рис. 21.

Гормоновиділяючі – виготовлені з пластику з вмонтованим циліндром з гормоном – прогестинном, який виділяється поступово невеликими дозами – “Мірена”, Progestasert, Ileva Nova (див. рис.22).

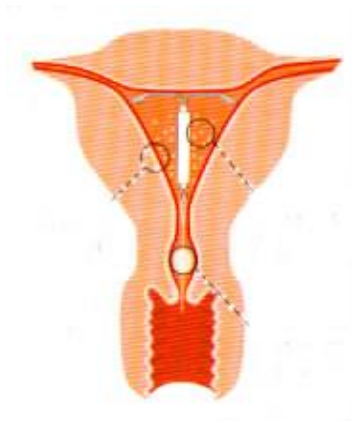


Рис.22.

Інертні ВМЗ – без вмісту якихось засобів – виготовлені з пластику або нержавіючої сталі – петля Липпеса (див. рис.23).



Рис. 23.

Механізм дії:

- впливають на здатність сперматозоїдів проходити крізь порожнину матки (мідні);
- впливають на репродуктивний процес перед тим, як яйцеклітина досягне порожнини матки (значне посилення скоротливості маткових труб швидко евакуює яйцеклітину із статевих шляхів, навіть якщо відбувається запліднення, яйцеклітина потрапляє у матку в дуже ранній стадії, коли ще не в змозі імплантуватися);
- згущують цервікальний слиз (прогестиніві);
- змінюють стан ендометрію (прогестиніві).

Переваги:

Контрацептивні:

- висока ефективність (0,5-1,0 вагітність на 100 жінок-років);
- негайна ефективність;
- тривалий період дії (від 3 до 10 років);
- метод не пов'язаний із статевим актом;
- метод не впливає на грудне годування;
- негайне повернення фертильності після вилучення ВМЗ;
- мало побічних ефектів;
- крім візиту для введення та після введення ВМЗ, пацієнтці слід звертатися до лікаря тільки у разі виникнення проблем;
- недорогий метод;
- не заважають статевому акту;
- нема взаємодії з якимось лікарськими засобами.

Неконтрацептивні:

- зменшують менструальні болі (тільки прогестиніві);
- зменшують менструальну кровотечу (тільки прогестиніві).

Недоліки:

- перед введенням необхідно провести гінекологічний огляд та рекомендується обстеження на інфекції статевих шляхів;
- обов'язкова наявність підготовленого медпрацівника для введення;
- жінка повинна перевіряти нитки ВМЗ після менструації, якщо вона супроводжувалася болями, переймами або мажучими кров'янистими виділеннями;
- жінка не може сама припинити використання методу;
- посилення менструальних кровотеч і болів у перші декілька місяців (тільки для мідних);
- можлива спонтанна експульсія;
- рідко трапляється перфорація матки під час введення ВМЗ;

- можуть збільшувати ризик позаматкової вагітності і розвитку запальних захворювань органів таза з наступним безпліддям у жінок, які входять до групи ризику зараження інфекціями статевих шляхів та іншими ЗПСШ;
- ВМЗ не захищає від інфекцій, які передаються статевим шляхом.

Протипоказання:

- вагітність;
- вагінальні кровотечі невизначеного генезу;
- активна інфекція статевих органів (вагініт, цервіцит);
- істміко-цервікальна недостатність;
- доброякісні та злоякісні пухлини жіночих статевих органів;
- передракові стани ендометрію;
- туберкульоз статевих органів;
- злоякісна трофобластична пухлина;
- вади розвитку матки, внутрішньоматкові синехії;
- рак статевих органів;
- захворювання клапанів серця в активній фазі;
- порушення зсідання крові;
- наявність кількох сексуальних партнерів.

Коли вводять ВМЗ

- у будь який день менструального циклу, якщо є тверда впевненість, що пацієнтка не вагітна;
- найкраще з 1 по 7 день менструального циклу;
- після пологів (одразу після; в перші 48 годин або через 4-6 тижнів – тільки мідні; через 6 місяців);
- після абортів – одразу чи протягом 7 днів, якщо немає ознак інфекції органів малого таза.

Вводить ВМЗ тільки лікар!

Перед введенням ВМЗ пацієнтка повинна пройти гінекологічний огляд та обстеження на інфекції статевих шляхів.

Після введення ВМЗ лікар повинен сказати пацієнтці, який тип ВМЗ їй встановлено і коли його потрібно вилучити, а також дати їй картку з цією інформацією.

Повторний візит

Якщо будь-які проблеми відсутні і пацієнтка не бажає дострокового вилучення, то, за винятком огляду через 4-6 тижнів після введення ВМЗ, ніяких медичних показань для подальших відвідувань лікаря немає. Разом з тим, всім пацієнткам рекомендується приходити до лікаря для регулярного профілактичного огляду.

Поради пацієнтці

1. Прийдіть до лікаря після закінчення першої після введення ВМЗ менструації. Це необхідно для з'ясування, чи на місці ВМЗ.
2. Раз на тиждень протягом першого місяця перевіряйте нитки спіралі.
3. Перевіряйте нитки ВМЗ після кожної менструації, тому що вирогідність експульсії ВМЗ з менструальною кров'ю вище, а також якщо ви відчули:
 - переймоподібний біль в нижній частині живота;
 - кров'янисті виділення між менструаціями або після статевого акту;
 - біль після статевого акту або якщо ваш партнер відчуває дискомфорт під час статевого акту.
4. Для перевірки положення ВМЗ жінка повинна:
 - вимити руки;
 - присісти на в присядки;
 - якомога глибше ввести у піхву 1 чи 2 пальця, поки не намагає нитки ВМЗ;
 - не можна тягнути за нитки, бо це може призвести до виходу спіралі із порожнини матки.
5. Зверніться до лікаря, якщо:
 - ви не можете намацати нитки спіралі;
 - ви намагаєте твердий корпус ВМЗ;
 - ви помітили, що ВМЗ випав;
 - у вас не було менструації;
 - у вас виник переймоподібний біль;
 - у вас нерегулярні або значні вагінальні кровотечі;
 - у вас виникли вагінальні виділення (підозра на запальні захворювання органів малого тазу).
6. ВМЗ необхідно вилучити після введення через той період часу, який вказаний в інструкції по його використанню, але це можна здійснити і раніше, якщо ви побажаєте.

Пацієнтка повинна бути поінформована також про те, що у неї може бути:

- у перші дні після введення ВМЗ кров'янисті виділення або невеличка кровотеча;
- болісні спазми на протязі 1—2 днів після введення. Можна прийняти аспирин, парацетамол, ібупрофен;
- більш рясні і тривалі менструації (при використанні мідних ВМЗ) або більш короткі та мізерні (при використанні прогестинових ВМЗ);
- ВМЗ не захищають від захворювань, які передаються статевим шляхом, включаючи ВІЛ/СНІД. Якщо хто—небудь з партнерів має ризик зараження цими захворюваннями, необхідно використовувати презервативи поряд з ВМЗ.

Гормональна контрацепція

За даними ВООЗ гормональною контрацепцією щорічно користуються від 100 до 120 млн жінок світу. Гормональний спосіб запобігання вагітності є найнадійнішим, його ефективність досягає 100%, у середньому 98%, тому він посідає одне із провідних місць серед інших способів регулювання народжуваності. (див. рис. 24).

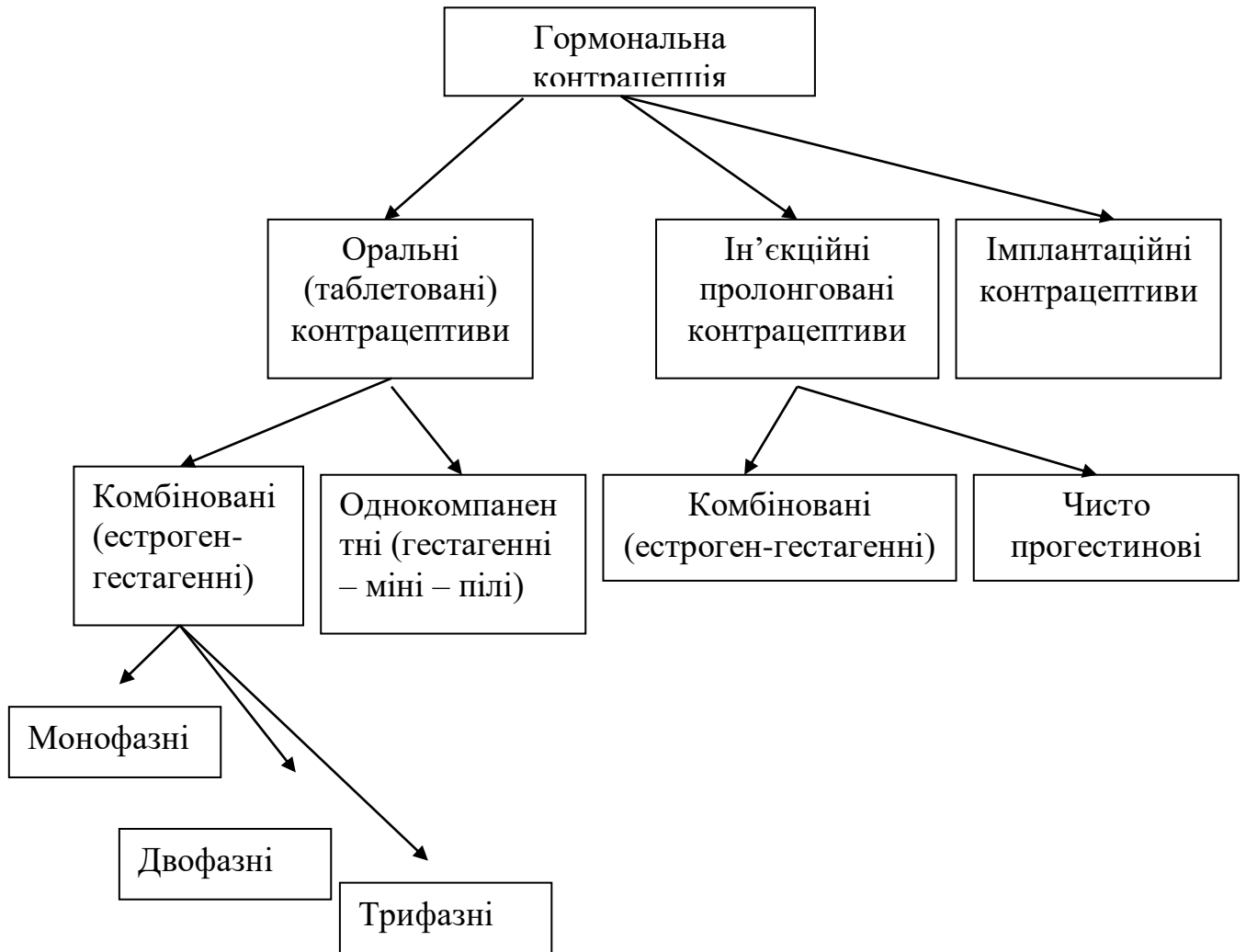


Рис.24. Види гормональної контрацепції.

Аналіз вікового складу користувачів показав, що перевагу гормональним контрацептивам віддають молоді жінки, а жінки старшого віку – іншим методам контрацепції. Вибір методу є результатом впливу різних факторів: системи планування сім'ї, політики уряду, освіти, релігійних переконань та інших культурних характеристик народу, а також ставлення медиків до цієї проблеми.

Теорія можливості гормонального попередження вагітності історично виникла у ХІХ столітті, коли у 1921 році Фабермандт відкрив, що під час вагітності нема зрілих яйцеклітин, а Хамберленд у тому ж році відкрив можливість застосовування екстракту з яєчників запліднених тварин для контрацепції. У 1929 році відкрили естроген, а у 1934 році – прогестерон. Після багаторічних пошуків у 1937 році Курсрок прийшов до висновку, що естрон пригнічує овуляцію і може використовуватися для контролю фертильності. У тому ж році Мейкріс і співробітники виявили вплив прогестерону на овуляцію тварин. Однак лише у 1950 році (Djaerasi) був ізольований напівсинтетичний прогестероноподібний препарат із мексиканської рослини - норетинодрел, а Colton синтезував норетистерон. Поява 19-норстероїдів відкрила нові можливості. У 1956 році Рок і співробітники вже спостерігали вплив 19-норстероїдів на менструальний цикл жінок і невдовзі після цього з'явилася перша гормональна протизаплідна таблетка під назвою Еновид (США). У кінці 50-х років було закінчено дослідження в галузі створення комбінованих гормональних контрацептивів, а на початку 60-х вони з'явилися у всіх країнах світу.

Класифікація гормональних контрацептивів



Оральні контрацептиви (ОК)

Стандартний склад деяких, широковідомих як в Україні, так і за її межами, ОК наведено в таблиці.

Склад найпоширеніших ОК

I. Монофазні ОК			
Марвелон	21 табл.	0,03 мг 0,15 мг	Етиніл-естрадіолу дезогестрелу
Фемоден	21 табл.	0,03 мг 0,075 мг	Етиніл-естрадіолу гестодену
Ригевідон	21 табл.	0,03 мг 0,15 мг	Етиніл-естрадіолу левоноргестрелу
Мікрогінон	21 табл.	0,03 мг 0,15 мг	Етиніл-естрадіолу левоноргестрелу
Мінізистон	21 табл.	0,03 мг 0,125 мг	Етиніл-естрадіолу левоноргестрелу
Овідон	21 табл.	0,05 мг 0,25 мг	Етиніл-естрадіолу левоноргестрелу
Нон-Овлон	21 табл.	0,05 мг 1,01 мг	Етиніл-естрадіолу норетистерону- ацетату
II. Двофазні ОК			
Антеовін	10 табл.	0,05 мг 0,05 мг	Етиніл-естрадіолу левоноргестрелу
	11 табл.	0,05 мг 0,125 мг	Етиніл-естрадіолу левоноргестрелу

III. Трифазні ОК			
Три-регол	6 табл.	0,03 мг 0,05 мг	Етиніл-естрадіолу левоноргестрелу
	5 табл.	0,04 мг 0,075 мг	Етиніл-естрадіолу левоноргестрелу
	10 табл.	0,03 мг 0,075 мг	Етиніл-естрадіолу левоноргестрелу
Триквілар	6 табл.	0,03 мг 0,05 мг	Етиніл-естрадіолу левоноргестрелу
	5 табл.	0,04 мг 0,075 мг	Етиніл-естрадіолу левоноргестрелу
	10 табл.	0,03 мг 0,125 мг	Етиніл-естрадіолу левоноргестрелу
Тризистон	6 табл.	0,03 мг 0,05 мг	Етиніл-естрадіолу левоноргестрелу
	5 табл.	0,04 мг 0,075 мг	Етиніл-естрадіолу левоноргестрелу
	9 табл.	0,03 мг 0,125 мг	Етиніл-естрадіолу левоноргестрелу
IV. Міні-пілі			
Екслютон	-	0,5 мг	Лінестренолу

Комбіновані оральні контрацептиви (КОК)

КОК – високоефективні засоби. У даний час синтезовано близько 500 різновидностей КОК, які відрізняються фазністю, дозуванням і типом гормонів (див. рис.25). Усі КОК включають естрогени і прогестерон. У більшості сучасних КОК у вигляді естрогену використовують етинілестрадіол, хоча деякі містять местранол. Перші КОК (бісекурин, інфекундин) – препарати першого покоління містили великі дози гормонів. Головні дослідження останніх років були направлені на зниження дози етинілестрадіолу, і зараз у більшості випадків використовують КОК, які містять не більше 30 мкг препарату. Що стосується прогестерону, то метою дослідження було не лише зменшення кількості прогестагенів, але й зміна їхньої якості. Прогестагени в КОК мають різну хімічну структуру, чим і зумовлюється різноманітність препаратів.

Рис.25. Комбіновані оральні контрацептиви (КОК).

Механізм дії:

- пригнічують овуляцію;
- згущають цервікальний слиз, перешкоджаючи проникненню сперматозоїдів;
- змінюють ендометрій, зменшуючи вірогідність імплантації;
- зменшують рух сперматозоїдів у верхньому статевому тракті (фаллопієвих трубах).

Переваги:

Контрацептивні:

- висока ефективність при щоденному прийомі (індекс Перля – 0,1 – 8);
- негайна активність;
- не вимагається проведення спеціального огляду перед початком використання;

- метод не пов'язаний із статевим актом;
- мало побічних ефектів;
- метод зручний і простий у застосуванні;
- пацієнтка може сама припинити вживання;
- термін використання низькодозованих КОК необмежений.

Неконтрацептивні:

- сприяють зменшенню менструальної кровотечі;
- зменшують менструальні болі;
- сприяють зниженню анемії;
- сприяють встановленню регулярного менструального циклу;
- знижують ризик розвитку раку яєчників та ендометрію;
- знижують ризик розвитку доброякісних пухлин молочної залози та кіст яєчників;
- знижують ризик розвитку деяких запальних захворювань органів малого таза.

Недоліки:

- необхідне щоденне вживання;
- можлива незначна нудота, запаморочення, незначний біль у молочних залозах, головний біль, а також мажучі виділення або незначна кровотока (звичайно проходять після 2-3 циклів);
- ефективність може знижуватися при одночасному вживанні деяких протисудомних або протитуберкульозних ліків;
- можлива затримка в поверненні фертильності після припинення вживання;
- неухважність збільшує ризик вагітності;
- можливі, хоча й рідко серйозні ускладнення (інфаркт міокарду, інсульт);
- необхідне існування можливості поповнення запасу препарату;
- не захищають від ЗПСШ;
- можливі короткочасні зміни психоемоційного фону (настрою, лібідо) і незначні зміни маси тіла.

Протипоказання:

- вагітність;
- судинні порушення в даний час або в анамнезі – гіпертензія, тромбофлебіти, ІХС;
- куріння у віці понад 35 років;
- захворювання печінки з порушенням функції;
- гормонозалежні пухлини;
- наявність кровотеч невизначеної етіології;
- виражене ожиріння.

Коли починати:

- з 1-го по 7-й день менструального циклу;
- через 3 тижні після пологів, якщо жінка не годує груддю;
- після аборту (одразу або протягом 7 днів);
- якщо є цілковита впевненість, що пацієнтка не вагітна, то у будь-який день менструального циклу.

Схема вживання

Монофазні таблетки зазвичай вживають з 1-го дня менструального циклу на протязі 21 дня із 7-денною перервою. При використанні фазних таблеток їх прийом повинен збігатися із фазою.

Монофазними препаратами, якщо їх приймати без перерви, можна відстрочити менструацію на 3 тижні. Аналогічну ситуацію викликають трифазними препаратами, якщо вживають із наступної упаковки таблетки третьої фази. В цьому випадку кровотеча буде відстрочена на 7-8 днів, якщо необхідно ще продовжити відстрочку менструації на більший термін, то після прийому трифазного препарату можна одразу перейти до прийому монофазних препаратів і відстрочка кровотечі продовжиться на 21 день.

При порушенні правил прийому таблеток знижується гарантія дії контрацептива. Коли пропустити прийом таблетки менше ніж на 12 годин, треба відразу ж прийняти пропущену таблетку. Якщо минуло понад 12 годин, слід прийняти таблетку і вдатися до додаткових методів контрацепції протягом 7 днів. При цьому, якщо до закінчення упаковки залишилося не більше 7 днів, не слід робити 7-денну перерву, а одразу ж переходити до наступної упаковки. Якщо пропущено 2 таблетки і більше, треба припинити прийом препарату на 7 днів і розпочати нову упаковку.

Призначає (кок) тільки лікар, або медичні працівники, які пройшли спеціальну підготовку!

Оглядати жінку, що приймає КОК, слід через 3 місяці, потім – через півроку, а надалі раз - на рік.

Однокомпонентні оральні контрацептиви

До складу цих таблеток не входять естрогени, а лише прогестини в кількості 1 мг або менше у вигляді похідних норестостерону – норетистерон, лінестерол, етинодіол-діацетат, левоноргестрел, екслютон. Друга назва цих препаратів – гестагенні оральні контрацептиви, або міні-пілі, або чисто прогестинові таблетки (ЧПТ).

Ефективність ЧПТ вища у жінок старшого віку. Ці препарати дають позитивний ефект при болючих і надмірних менструаціях, мастальгії, передменструальному синдромі.

Механізм дії:

- згущають цервікальний слиз, перешкоджаючи проникненню сперматозоїдів;
- змінюють ендометрій, ускладнюючи імплантацію;
- зменшують рух сперматозоїдів у верхньому статевому тракті;
- пригнічують овуляцію.

Переваги:

Контрацептивні:

- висока ефективність, якщо приймаються в один і той же час щодня (індекс Перля 0,5-10 вагітностей);
- негайна ефективність (< 24 годин);
- не вимагається проводити спеціальний гінекологічний огляд перед початком використання;
- метод не пов'язаний зі статевим актом;
- не містять естрогену;
- мало побічних ефектів;
- метод зручний і простий у застосуванні;
- пацієнтка може сама припинити вживання;
- метод не впливає на грудне годування і може використовуватися під час лактації.

Неконтрацептивні:

- можуть сприяти зниженню анемії;
- знижують ризик розвитку раку ендометрію;
- зменшують ризик розвитку доброякісних пухлин молочної залози;
- запобігають ектопічній вагітності;
- знижують ризик розвитку деяких запальних захворювань органів малого таза.

Недоліки:

- необхідне щоденне вживання;
- можливі незначна нудота, запаморочення, незначний біль у молочних залозах, головний біль, а також мажучі виділення або незначна кровотока (звичайно проходять після 2-3 циклів);
- ефективність може знижуватися при одночасному вживанні деяких протисудомних або протитуберкульозних ліків;
- можлива затримка в поверненні фертильності після припинення вживання;
- неухважність збільшує ризик вагітності;

- можливі, хоча й рідко серйозні ускладнення (інфаркт міокарду, інсульт);
- необхідне існування можливості поповнення запасу препарату;
- не захищають від ЗПСШ;
- можливі короточасні зміни психоемоційного фону (настрою, лібідо) і незначні зміни маси тіла.

Показання :

- непереносимість естрогенів або наявність побічних ефектів;
- жінки віком понад 35 років, які курять;
- період лактації;
- хворим з гіпертензією, цукровим діабетом.

Протипоказання:

- вагітність;
- тяжкі захворювання серцево-судинної системи у даний час або в анамнезі;
- порушення менструального циклу нез'ясованої етіології;
- стан після міхурового занесу.

Коли починати:

- у 1-й день менструального циклу;
- у будь-який день менструального циклу, якщо є тверда впевненість, що пацієнтка не вагітна;
- після пологів:
 - *через 6 місяців, якщо жінка використовує метод лактаційної аменореї (МЛА);*
 - *через 6 тижнів, якщо вона годує груддю, але не використовує (МЛА);*
 - *одразу чи протягом 6 тижнів, якщо не годує груддю;*
- після аборту (одразу).

Схема вживання

Таблетки приймають з 1-го дня менструального циклу чітко в один і той же час у безперервному режимі. При запізненні з прийомом таблетки більше, ніж на 3 години, пропуску прийому чергової таблетки, наявності блювання або діареї, при прийомі таблетки необхідні додаткові заходи запобігання.

Оглядати жінку, що приймає КОК, слід через 3 місяці, потім – через півроку, а надалі раз - на рік.

Ін'єкційні контрацептиви (ІК)

Ін'єкційний метод контрацепції застосовують більше 18 млн жінок у всьому світі. До складу ІК входять прогестагени пролонгованої дії та комбіновані естрогенно-гестагенні компоненти (див. рис.26).

Рис.26. Ін'єкційні контрацептиви.

Механізм дії:

- пригнічують овуляцію (інгібуючий вплив на гіпоталамо-гіпофізарну систему;
- змінюють фізико-хімічні властивості слизу цервікального каналу (підвищують його в'язкість і волокнистість), перешкоджаючи penetрації сперматозоїдів;
- порушують рівень ферментів, “відповідальних” за процес запліднення;
- сприяють перетворенням в ендометрії, що перешкоджають імплантації.

Загальні протипоказання:

- вагітність;
- планування вагітності у найближчі строки (особливо у пацієток у віці 30-40 років);
- злоякісні захворювання органів репродуктивної системи та молочних залоз.

Загальні побічні ефекти:

- порушення менструальної функції;
- галакторея;
- запаморочення, головний біль, втома;
- роздратованість, депресія;
- зниження лібідо;
- збільшення ваги.

Комбіновані ін'єкційні контрацептиви (КІК)

Типи:

1. Cyclofem.
2. Mesigyna.

Механізм дії:

- згущають цервікальний слиз, перешкоджаючи проникненню сперматозоїдів;
- змінюють ендометрій, ускладнюючи імплантацію;
- зменшують рух сперматозоїдів у верхньому статевому тракті;
- пригнічують овуляцію.

Переваги:

Контрацептивні:

- висока ефективність(індекс Перля 0,1- 0,4 вагітностей);
- негайна ефективність (< 24 годин);
- не вимагається проводити спеціальний гінекологічний огляд перед початком використання;
- метод не пов'язаний зі статевим актом;
- мало побічних ефектів;
- від пацієнтки не вимагається мати запас контрацептиву.

Неконтрацептивні:

- сприяють зменшенню менструальної кровотечі;
- зменшують менструальний біль;
- можуть сприяти зниженню анемії;
- знижують ризик розвитку раку ендометрію та яєчників;
- зменшують ризик розвитку доброякісних пухлин молочної залози та кіст яєчників;
- запобігають ектопічній вагітності;
- знижують ризик розвитку деяких запальних захворювань органів малого таза.

Недоліки:

- викликають зміну характеру менструацій у деяких жінок;
- можливі незначна нудота, запаморочення, незначний біль у молочних залозах, головний біль, а також мажучі виділення або незначна кровотока (звичайно проходять після 2-3 циклів);
- ефективність може знижуватися при одночасному вживанні деяких протисудомних або протитуберкульозних ліків;
- можлива затримка в поверненні фертильності після припинення вживання;
- можливі, хоча й рідко серйозні ускладнення (інфаркт міокарду);
- залежить від користувача (пацієнтка повинна приходити на ін'єкцію кожні 30 днів);
- необхідне існування можливості поповнення запасу препарату;
- не захищають від ЗПСШ;

- можливі короточасні зміни психоемоційного фону (настрою, лібідо) і незначні зміни маси тіла.

Коли починати:

- з 1-го по 7-й день менструального циклу;
- у будь-який день менструального циклу, якщо є тверда впевненість, що пацієнтка не вагітна;
- після пологів:
 - через 6 місяців, якщо жінка використовує метод лактаційної аменореї (МЛА);
 - через 6 тижнів, якщо вона годує груддю, але не використовує МЛА;
 - через 3 тижні, якщо не годує груддю.
- після абортів (одразу або протягом 7 днів).

Чисто прогестинові ін'єкційні контрацептиви (ЧПК)

Типи:

1. Депо – Провера
2. Нористерат

Механізм дії:

- згущають цервікальний слиз, перешкоджаючи проникненню сперматозоїдів;
- змінюють ендометрій, ускладнюючи імплантацію;
- зменшують рух сперматозоїдів у верхньому статевому тракті;
- пригнічують овуляцію.

Переваги:

Контрацептивні:

- висока ефективність (індекс Перля 0,3- 1,0 вагітностей);
- негайна ефективність (< 24 годин);
- середній термін дії (2-3 місяці після кожної ін'єкції);
- не вимагається проводити спеціальний гінекологічний огляд перед початком використання;
- метод не пов'язаний зі статевим актом;
- метод не впливає на грудне вигодовування;
- мало побічних ефектів;
- від пацієнтки не вимагається мати запас контрацептиву;
- не містить естроген.

Неконтрацептивні:

- сприяють зменшенню менструальної кровотечі;
- можуть сприяти зниженню анемії;

- знижують ризик розвитку раку ендометрію та яєчників;
- зменшують ризик розвитку доброякісних пухлин молочної залози та кіст яєчників;
- запобігають ектопічній вагітності;
- знижують ризик розвитку деяких запальних захворювань органів малого таза.

Недоліки:

- викликають зміну характеру менструацій у деяких жінок;
- можлива затримка в поверненні фертильності після припинення вживання;
- залежить від користувача (пацієнтка повинна приходити на ін'єкцію кожні 2 чи 3 місяці);
- необхідне постійно мати препарат у наявності;
- не захищають від ЗПСШ;
- зростання ваги (2кг) є звичайним явищем.

Коли починати:

- з 1-го по 7-й день менструального циклу;
- у будь-який день менструального циклу, якщо є тверда впевненість, що пацієнтка не вагітна;
- після пологів:
 - *через 6 місяців, якщо жінка використовує метод лактаційної аменореї (МЛА);*
 - *через 6 тижнів, якщо вона годує груддю, але не використовує МЛА;*
 - *одразу або протягом 6-ти тижнів, якщо не годує груддю.*
- після аборт (одразу або протягом 7 днів).

Імпланти

Типи: чисто прогестинові імплантанти Норпланта. Шість тонких гнучких капсул (див. рис.27), наповнених левоноргестрелом, які легко імплантуються жінці під шкіру передпліччя (див. рис.28).

Механізм дії:

- згущають цервікальний слиз, перешкоджаючи проникненню сперматозоїдів;
- змінюють ендометрій, ускладнюючи імплантацію;
- зменшують рух сперматозоїдів у верхньому статевому тракті;
- пригнічують овуляцію.

Рис.27. Імплантаційні контрацептиви.

Рис.28. Розташування імплантанта.

Переваги:

Контрацептивні:

- висока ефективність (індекс Перля 0,2- 1,0 вагітностей);
- негайна ефективність (< 24 годин);
- тривалий термін дії (до 5 років);
- не вимагається проводити спеціальний гінекологічний огляд перед початком використання;
- метод не пов'язаний зі статевим актом;
- метод не впливає на грудне вигодовування;
- мало побічних ефектів;
- від пацієнтки не вимагається мати запас контрацептиву;
- не містить естроген;
- негайне повернення фертильності після евакуації капсул.

Неконтрацептивні:

- сприяють зменшенню менструальної кровотечі;
- зменшують менструальний біль;
- можуть сприяти зниженню анемії;
- знижують ризик розвитку раку ендометрію та яєчників;
- зменшують ризик розвитку доброякісних пухлин молочної залози та кіст яєчників;
- запобігають ектопічній вагітності;
- знижують ризик розвитку деяких запальних захворювань органів малого таза.

Недоліки:

- викликають зміну характеру менструацій у деяких жінок;
- потрібен спеціально підготовлений медпрацівник для евакуації капсул;

- жінка повинна звернутися до лікаря для введення нового комплексу капсул або евакуації старого;
- жінка не може припинити використання методу, як тільки побажає;
- не захищають від ЗПСШ;
- грошові витрати залежать від тривалості використання методу;
- ефективність може знижуватися при одночасному вживанні деяких протисудомних або протитуберкульозних ліків.

Коли починати:

- з 1-го по 7-й день менструального циклу;
- у будь-який день менструального циклу, якщо є тверда впевненість, що пацієнтка не вагітна;
- після пологів:
 - *через 6 місяців, якщо жінка використовує метод лактаційної аменореї (МЛА);*
 - *через 6 тижнів, якщо вона годує груддю, але не використовує МЛА;*
 - *одразу чи протягом 6 тижнів, якщо не годує груддю.*
- після аборту (одразу або протягом 7 днів).

Побічні ефекти:

- аменорея (відсутність будь-якої вагінальної кровотечі або виділень під час тижня без таблеток — упаковка з 21 таблетки — чи під час вживання 7 неактивних таблеток із 28—денної упаковки, що може бути ознакою вагітності);
- нудота, запаморочення, блювання;
- вагінальні кровотечі чи мажучі виділення;
- сильний біль у грудях або задишка;
- сильні головні болі або помутніння зору;
- сильні болі в нижніх кінцівках;
- підвищений артеріальний тиск.

Якщо у пацієнтки виникло будь-яке з перерахованих ускладнень, необхідно її направити до лікаря.

Метод перерваного статевого акту

Це традиційний метод планування сім'ї, який полягає в тому, що чоловік повністю виводить пеніс з піхви жінки до того, як у нього відбудеться еякуляція.

Механізм дії:

- пеніс виводиться з піхви до еякуляції, через що сперма не потрапляє у піхву і запліднення не відбувається.

Переваги:

Контрацептивні:

- негайна ефективність;
- не впливає на грудне годування;
- може використовуватись як страхувальний метод для інших контрацептивних методів;
- може застосовуватись у будь-який час;
- не вимагає грошових витрат.

Неконтрацептивні :

- сприяє залученню чоловіка до планування сім'ї;
- можливе встановлення більш близьких стосунків між партнерами.

Недоліки:

- ефективність залежить від бажання пари використовувати метод перерваного статевого акту під час кожних статевих зносин (4-18 вагітностей на 100 жінок протягом 1 року використання);
- ефективність може ще більше знизитись через присутність у пенісі (уретрі) сперми, що збереглась після недавньої (менше 24 годин назад) еякуляції;
- можливе зниження сексуальних відчуттів у партнерів;
- не захищає від ІСШ чи інших ЗПСШ (наприклад, ВГВ, ВІЛ/СНІД).

Добровільна хірургічна стерилізація

На сучасному етапі добровільна хірургічна контрацепція або стерилізація (ДХС) є найбільш поширеним методом планування сім'ї як у розвинених, так і в країнах, що розвиваються. ДХС є незворотним і найбільш ефективним методом запобігання вагітності не тільки для чоловіків, але й для жінок і в той же час це найбезпечніший і економний засіб контрацепції.

Враховуючи важливість добровільності і вірного вибору методу контрацепції, особлива увага надається консультуванню, бо рішення про проведення стерилізації повинне базуватися на бажанні пацієнтів більше не мати дітей, повній інформованості і можливості старанно обдумати свій вибір. Передусім за все пацієнтам треба сказати, що процедури ДХС, як для чоловіків, так і для жінок, повинні розглядатися як постійні і незворотні. Парам, які можуть побажати мати дітей у майбутньому, потрібно порадити інші методи планування сім'ї.

Добровільна хірургічна стерилізація жінок

Більшість даних із країн, що розвиваються, вказують, що смертність при проведенні хірургічної стерилізації складає приблизно 10 випадків на 100000 процедур у той час, як материнська смертність у цих країнах 300- 800 випадків на 100000 живонароджених. Таким чином, ДХС у 80 разів безпечніша повторної вагітності.

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 пацієнта.

Процедуру стерилізації повинен проводити досвідчений хірург і медичний персонал, необхідне відповідне обладнання та медичне забезпечення.

Трубна оклюзія – це хірургічне блокування прохідності труб з метою перешкоджання злиття сперматозоїду та яйцеклітини, тобто заплідненню. Трубна оклюзія є методом перманентного припинення жіночої репродуктивної функції (див. рис.29).

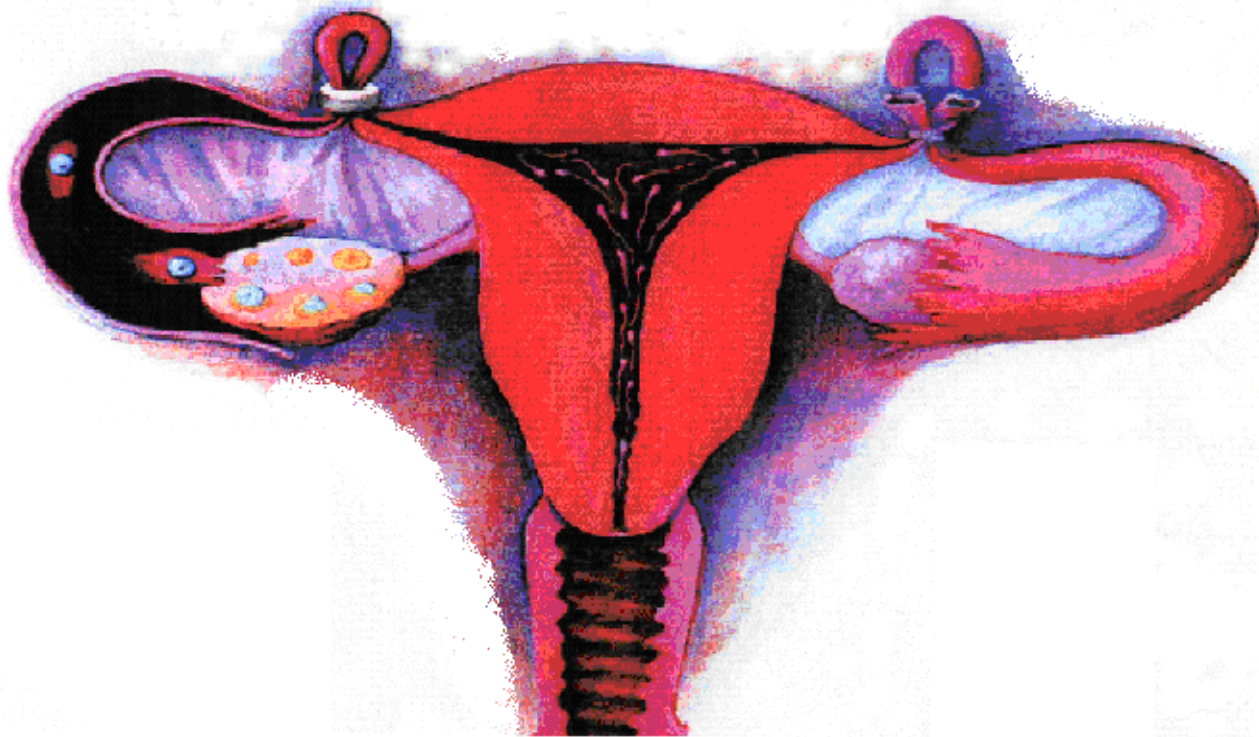


Рис.29. Закупорка труб.

Методи:

- міні-лапаротомія;
- лапароскопія.

Механізм дії:

При блокуванні фаллопієвих труб (зав'язавши та перерізавши їх або використовуючи скобки, кільця або електрокоагуляцію) запліднення яйцеклітини стає неможливим.

Міні – лапаротомія

Види:

1. Післяпологова.
2. Інтервальна.

Післяпологова лапаротомія повинна стати невід'ємною частиною медичних послуг пологових стаціонарів. Операція може проводитися в пологовому блоці або операційній досвідченим хірургом у перші дві доби після пологів. Міні-лапаротомія виконується через невеличкий поперечний розріз (1,5-3 см) нижче пупка, тому що в післяпологовий період матка і фаллопієві труби розташовані високо в черевній порожнині. Операція може виконуватися під місцевим знеболюванням з використанням седативних препаратів або анагетиків.

Метод Притчарда (Паркленда) у порівнянні з вищеописаним методом дозволяє зберегти більшу частину маткової труби і уникнути її реканалізації. При даній операції частина кожної маткової труби відтинається в безсудинній ділянці, труба перев'язується в двох місцях хромованим кетгуттом, а сегмент, що знаходиться між ними, не відтинається.

Після пологів можна використати затискачі (кліпи) Фільші, які накладаються на маткові труби на відстані близько 1-2 см від матки.

Використання кільця та пружинних затискачів, а також електрокоагуляції під час післяпологової стерилізації не рекомендується .

Ускладнення післяпологової стерилізації можуть бути пов'язані з анестезією і розвитком післяпологових запальних захворювань органів малого таза. Ці ускладнення можна звести до мінімуму ретельним обстеженням пацієнтки з метою виявлення протипоказань до стерилізації (післяпологові кровотечі, інфекційних захворювань та запальних процесів).

Операцію слід виконувати обережно для уникнення травмування кишки. Лікування 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, операцію можна виконати через 6 тижнів.

Інтервальна (надлобкова) міні-лапаротомія проводиться після повної інволюції матки через 6 тижнів після пологів або в будь-який день менструального циклу, якщо є впевненість, що пацієнтка 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 Паркленда, а також використовуються затискачі, кільця.

Лапароскопія

Під час лапароскопічної стерилізації частіше всього застосовуються фаллопієві кільця, затискачі або електрокоагуляція. Лапароскопія проводиться в спеціально обладнаній операційній. Техніка виконання залежить від кваліфікації хірурга: черезчеревинна або черезпіхвова. Частота ускладнень залежить від лікаря.

Переваги трубної оклюзії:

Контрацептивні:

- висока ефективність (0,2-4 вагітності на 100 жінок протягом першого року використання);
- негайна ефективність;
- постійний метод;
- не впливає на грудне годування;
- не пов'язане із статевим актом;
- підходить пацієнткам, для здоров'я яких вагітність є серйозною небезпекою;
- нескладна хірургічна процедура, яка звичайно виконується під місцевою анестезією;
- відсутність довготривалих побічних ефектів;
- не змінює статевої функції (не впливає на продукцію гормонів яєчників).

Неконтрацептивні:

- знижує ризик розвитку раку яєчників.

Недоліки:

- метод незворотній;
- пацієнтка згодом може шкодувати про своє рішення;
- невеликий ризик ускладнень (ризик зростає при використанні загальної анестезії);
- короткочасний дискомфорт;
- необхідна участь кваліфікованого лікаря(гінеколог або хірург для лапароскопії);
- апаратура для лапароскопії дорого коштує;
- не захищає від ІСШ та інших ЗПСШ (наприклад, ВГВ, ВІЛ/ СНІД).

Коли проводити:

- у будь-який день менструального циклу, якщо є цілковита впевненість, що пацієнтка не вагітна;
- з 6 по 13 день менструального циклу (слід віддати перевагу проліферативній фазі);
- після пологів:
 - міні-лапаротомія (в перші 2 дні або через 6 тижнів);
 - лапароскопія (не підходить для жінок після пологів).
- після абортів:
 - 1-й триместр (зразу чи протягом 7 днів, якщо немає ознак інфекції органів тазу - міні-лапаротомія або лапароскопія);
 - 2-й триместр (зразу або протягом 7 днів, якщо немає ознак інфекції органів тазу - тільки міні-лапаротомія).

Поради пацієнтці

- Тримайте місце операції сухим протягом 2 днів.
- Утримуйтеся від статевих зносин протягом 1 тижня. Якщо після поновлення статевих зносин виникає дискомфорт, проконсультуйтеся з лікарем.
- Повертайтеся до повсякденних занять поступово. Уникайте важкої роботи протягом тижня.
- На повторний прийом до лікаря зверніться через 7—14 днів.
- Якщо у вас виникли:
 - жар (більше 38*С)
 - запаморочення з непритомністю
 - постійний або наростаючий біль у животі
 - витікання з рани крові або рідини
 - ознаки чи симптоми вагітності

терміново зверніться до лікаря.

Додаткова інформація

- Біль у плечі протягом 12—24 годин після лапаротомії є звичайним явищем, яке зумовлене наявністю газу, який використовувався для пневмоперитонеуму, під діафрагмою.
- Менструації залишаються такими ж, як і раніше.
- Трубна оклюзія ефективна з моменту завершення операції.
- Трубна оклюзія не захищає від захворювань, які передаються статевим шляхом, включаючи вірус СНІДу.

Добровільна хірургічна стерилізація чоловіків

Вазектомія – це чоловіча добровільна стерилізація (ДС), що здійснюється стандартним методом (один або два невеликих розрізи), або безскальпельною технологією – метод, якому надають перевагу (див. рис.30).

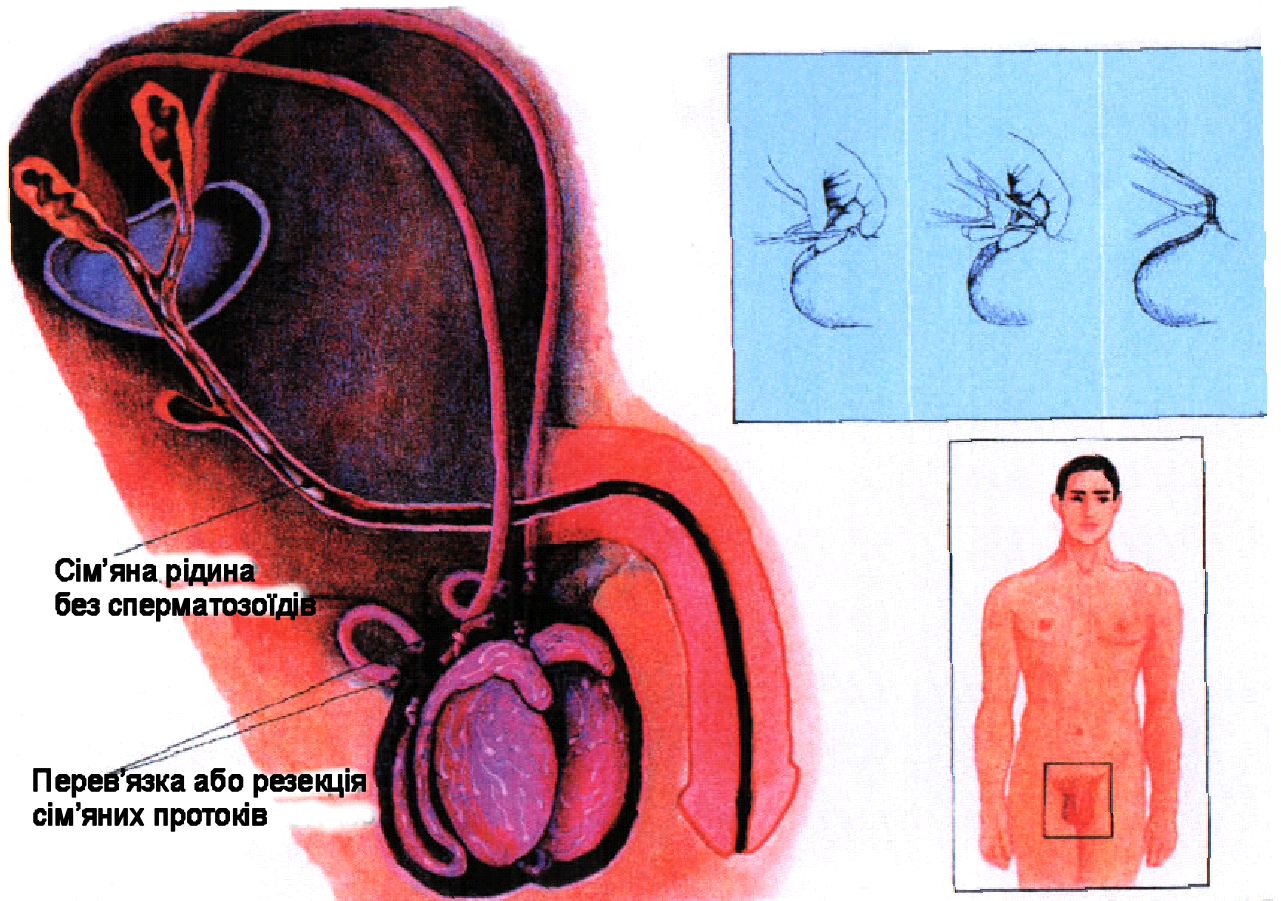


Рис.30. Вазектомія.

Механізм дії:

Після блокування сім'яносного протоку (*vas deferens*) сперматозоїди в еякуляті відсутні.

Переваги:

Контрацептивні:

- висока ефективність (0,1-0,15 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання);
- постійний метод;
- не впливає на грудне годування у дружини;
- не пов'язаний із статевим актом;
- підходить для пар у тих випадках, коли вагітність або трубна оклюзія становить підвищений ризик для здоров'я жінки;

- проста операція, яка проводиться під місцевою анестезією;
- відсутність довготривалих побічних ефектів;
- не змінює статевої функції (не впливає на продукцію гормонів яєчниками).

Недоліки:

- метод незворотний;
- пацієнт може згодом жалкувати про своє рішення;
- затримка ефективності (вимагається аж до 3 місяців або 20 еякуляцій після операції);
- ризик та побічні ефекти, пов'язані з невеликою операцією, особливо при використанні загальної анестезії;
- короткочасний біль, дискомфорт після процедури;
- необхідна участь кваліфікованого медпрацівника;
- не захищає від ІСШ та інших ЗПСШ (наприклад: ВГВ, ВІЛ/СНІД).

Поради пацієнту

1. Уникайте важкої роботи протягом 3 днів.
2. Не знімайте пов'язку протягом 3 днів.
3. Не чипайте рану до її загоєння.
4. Приймати ванну можете через 24 години після операції, але не давайте рані намокнути. Через 3 дні ви можете мити зону операції водою з милом.
5. Носіть суспензорій протягом 2—3 дні.
6. Якщо не відчуваєте дискомфорту, можете поновити статеві зносини через 2—3 дні. Пам'ятайте про необхідність користуватися презервативами або іншим методом контрацепції протягом 3 місяців після операції.
7. Прийдіть до клініки через 3 місяця для аналізу сперми, якщо ви хочете впевнитися у повній ефективності операції.
8. Якщо були накладені неабсорбовані шви, прийдіть через 1 тиждень для їхнього видалення. У випадку виконання безскальпельної вазектомії (накладання швів не виконується) або застосуванні абсорбованого шовного матеріалу, то при відсутності скарг немає необхідності звертатися до лікаря.
9. Якщо у вас виникли:
 - жар (більше 38*С);
 - витікання з рани крові або рідини;
 - мошонка дуже болюча або набрякла;
 - у партнерші не було менструації;
 терміново зверніться до лікаря.

Форма добровільної згоди на стерилізацію

Я, що нижче підписався (-лась)

(прізвище та ім'я пацієнта)

прошу провести мені операцію хірургічної стерилізації.

Я звертаюсь з цим проханням за своїм бажанням, без примусу або впливу з боку будь-кого. Я усвідомлюю, що:

1. Я та мій партнер можемо скористатись наявними тимчасовими методами контрацепції.
2. Процедура, якій я підлягаю, являє собою хірургічну операцію, деталі якої мені були детально пояснені.
3. Як і будь-яка хірургічна операція, ця процедура, крім позитивних результатів, несе в собі певний ризик, який був мені пояснений.
4. Якщо операція пройде вдало, то я більше не зможу мати дітей.
5. Процедура є незворотною.
6. Я можу прийняти рішення про відміну операції в будь-який момент до її проведення.

(підпис пацієнта)

(дата)

(підпис лікаря, що лікує або призначеного співробітника)

(дата)

Невідкладна контрацепція

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

Посткоїтальна контрацепція - це збірне поняття, яке об'єднує різноманітні види контрацепції, застосування яких у першу добу після коїтусу попереджає настання небажаної вагітності, а препарати, що застосовуються для забезпечення цього методу, одержали назву “пігулки наступного ранку”. Ще з давніх часів жінки для запобігання вагітності вдавалися до різноманітних спринцювань, термічних дій (ванни), фізичного навантаження, введення різноманітних рослинних засобів у піхву.

На сьогоднішній день у світі не існує ідеального контрацептиву. Це стало поштовхом до пошуку нових підходів і розробки контрацептивів разового застосування: засобів, які використовуються після статевого акту. Посткоїтальна контрацепція може застосовуватись як основний контрацептивний спосіб, або в якості “аварійного” засобу, як невідкладна контрацепція.

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

Препарати:

- монофазні КОК;
- гестагени;
- даназол;
- міфепристон (Ru-486);
- внутрішньоматкові засоби (ВМЗ).

Переваги:

- висока ефективність (менше 3% жінок вагітніють у цьому циклі);
- ВМЗ забезпечує також тривалий контрацептивний захист.

Недоліки:

- КОК ефективні тільки в тому випадку, якщо перша доза прийнята протягом 72 годин після незахищеного статевого акту – 4 таблетки низько дозованого препарату (30 мкг етинілестрадіолу) з наступним прийманням через 12

- годин ще 4 таблеток; або 2 таблетки високо дозованого КОК (50 мкг етинілестрадіолу) в перші 72 год. з наступним прийманням через 12 год.;
- КОК можуть викликати нудоту, блювання або біль молочних залоз;
 - перша доза ЧПК повинна бути прийнята протягом 48 годин після статевого акту, однак вони в меншій мірі викликають нудоту і біль молочних залоз;
 - антипрогестини ефективні тільки у випадку, якщо прийняті протягом 72 годин після незахищеного статевого акту; в даний час дорого коштують і є лише в деяких країнах;
 - ВМЗ ефективний тільки тоді, коли вводиться протягом 5 днів після незахищеного статевого акту;
 - ведення ВМЗ є незначною процедурою, яка виконується кваліфікованим медпрацівником і не повинна здійснюватися жінками, які мають ризик зараження ІСШ та іншими ЗПСШ (такими як ВГВ та ВІЛ/СНІД).

Препарат **ПОСТИНОР**, який використовується виключно для екстреної контрацепції і містить 0,75 мг левоноргестрела. Згідно рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я була розроблена і випробована схема, яка передбачає двохразовий прийом по 1 таблетці (0,75 мг левоноргестрела) з інтервалом в 12 годин на протязі 48-72 годин після статевого акту.

Побічні ефекти та шляхи їх подолання

Виникнення побічних ефектів залежить від виду засобів, які використовуються з метою невідкладної контрацепції. Шляхи подолання побічних ефектів і проблем визначені у відповідних розділах.

Контрацепція в післяпологовий період

Метод лактаційної аменореї. Висока ефективність до 6 місяців при дотриманні умов виключно грудного годування (див. рис.31) та відсутності менструальної кровотечі (аменореї). Годування груддю повинно початися зразу після пологів. Значна користь як для здоров'я матері, так і дитини, дає час для вибору і **підготовки** до одержання хірургічного або іншого контрацептивного методу.

Зауваження:

- для максимальної ефективності годування повинно бути виключно грудним; при спробі відлучити від грудей, або ввести прикорм, ефективність методу знижується.



Рис.31. Метод лактаційної аменореї.

Внутришньоматкові засоби

Може вводитися постплацентарно, після кесаревого розтину або в післяпологовий період (протягом 48 годин після пологів). Якщо ВМЗ не введений постплацентарно, або протягом 48 годин після пологів, введення слід відкласти до 4-6 тижнів після пологів. Якщо при годуванні груддю у жінки поновилися менструації, ВМЗ можна ввести в будь-який день менструального циклу, якщо є впевненість, що пацієнтка не вагітна. Метод не впливає на кількість молока, а також на його якість і здоров'я дитини.

При введенні ВМЗ жінці, яка годує груддю дитину, побічних явищ (таких як кровотеча, біль) значно менше.

Зауваження:

- необхідний досвідчений персонал, навчений техніці постплацентарного або післяпологового введення ВМЗ;
- для постплацентарного введення ВМЗ пацієнтка повинна бути обстежена та проконсультована в пренатальний період;
- у матерів, які годують груддю, нижча частота випадків вилучення ВМЗ протягом першого року використання;
- вірогідність експульсії при введенні ВМЗ в післяпологовий період вища (6-10%), ніж при інтервальному введенні, однак найнижчий в перші 10 хвилин після відходження плаценти;
- при інтервальному введенні ВМЗ через 4-6 тижнів після пологів процедура введення звичайна (не вимагається спеціального навчання).

Бар'єрні методи

Презервативи, діафрагми, сперміциди у вигляді пінки, вічок, кремів, пігулок, плівок можуть використовуватись у будь-який час після пологів, вони не впливають на кількість і якість грудного молока та здоров'я дитини. Ці методи зручні як проміжні, якщо початок використання іншого методу відкладено.

Зауваження:

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

Природне планування

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

Зауваження:

- цервікальний слиз важко “інтерпретувати” до поновлення регулярних менструацій (овуляцій);

- базальна температура тіла змінюється, якщо мати просинається вночі для грудного годування. Тому підвищення температури зранку після овуляції може виявитися не зовсім надійним.

Добровільна хірургічна стерилізація

Може бути проведена зразу після пологів при виконанні кесаревого розтину або протягом 48 годин після пологів. Якщо не проведена протягом 48 годин після пологів, повинна бути відкладена до 6 тижнів після пологів. Ідеальним вважається час, коли жінка повністю одужала після пологів і здоров'я дитини не викликає сумнівів. Це не впливає на кількість і якість грудного молока та здоров'я дитини.

Зауваження:

- післяпологову міні-лапаротомію краще проводити під місцевою анестезією, що зменшує ризик для матері та можливе тривале розлучення матері з дитиною.

Вазектомія чоловікові може бути проведена в будь-який час після пологів жінки. Ефект не настає негайно. Необхідно забезпечити тимчасовим методом контрацепції на перші 3 місяці, якщо пара живе статевим життям.

Комбіновані гормональні контрацептиви (КОК і КІК)

Не рекомендується для годуючих жінок у перші 6-8 тижнів після пологів. Відкладіть використання КОК чи КІК до початку відлучення від грудей. Слід уникати застосування для годуючих жінок, за рідким винятком тих випадків, коли інші методи неприйнятні (починаючи з 6 місяців). Якщо жінка грудьми не годує, КОК та КІК можна використовувати через 3 тижні після пологів.

Використання КОК чи КІК у перші 6-8 місяців після пологів зменшує кількість грудного молока і може негативно вплинути на нормальний ріст дитини (цей ефект продовжується до 6 місяців).

У перші 3 тижні після пологів КОК чи КІК дещо збільшують ризик підвищеного тромбоутворення в зв'язку з вмістом у них естрогенів.

Зауваження:

- КОК чи КІК є найменш прийнятими методами для годуючих матерів;
- через 3 тижні після пологів ризик підвищеного тромбоутворення зникає;
- КОК чи КІК можуть використовуватися жінками, які під час вагітності мали гестоз, за умови, що до моменту початку вживання контрацептивів.

Чисто прогестинові контрацептиви *(імпланти, чисто прогестинові таблетки або чисто прогестинові ін'єкційні контрацептиви – ЧПТ чи ЧПІК)*

Уникати використання ЧПК у перші 6 тижнів після пологів, за винятком тих випадків, коли інші методи неприйнятні або недоступні. При використанні МЛА відкласти застосування ЧПК до 6 місяців після пологів. Якщо жінка не годує груддю, ЧПК можна почати застосовувати негайно. Якщо жінка не годує груддю і після пологів пройшло більше 6 тижнів або в неї поновилися менструації, ЧПК можна призначити, переконавшись, що жінка не вагітна. Метод не впливає на якість і кількість грудного молока і здоров'я дитини.

Зауваження:

- у перші 6 тижнів після пологів прогестин може негативно вплинути на нормальний ріст дитини;
- навіть у лактуючих жінок при використанні ЧПК можуть з'явитися нерегулярні кровотечі.

Післяпологова абстиненція (утримання)

Рекомендується:

- при захворюванні, що передається статевим шляхом, якщо воно діагностовано або підозрюється;
- у післяопераційний період після вазектомії, кесарового розтину, епізіотомії або інших втручань;
- при запальних захворюваннях органів таза, піхви або сечовивідних шляхів.

Зауваження:

- деякі пари важко переносять періоди післяпологової абстиненції;
- прийнятні в суспільстві, де практикується післяпологова абстиненція.

Таким чином, в післяпологовий період можна використовувати ряд доступних та безпечних методів планування сім'ї. Тому **головне завдання лікарів** пологових стаціонарів, жіночих консультацій та клінік (центрів планування сім'ї) полягає в тому, щоб роз'яснити пацієнтам необхідність використання методів планування сім'ї в післяпологовий період для збереження здоров'я жінки.

Контрацепція для підлітків

Одним з основних аспектів консультування підлітків є забезпечення їх інформацією з питань контрацепції. Часто підлітки не повністю усвідомлюють зв'язок між сексуальними стосунками і вагітністю. У більшості українських

сімей статево виховання неадекватне, тому що підлітки одержують відповідну інформацію від товаришів, яка часто буває неправильною.

Дослідження в багатьох країнах показали, що 84% випадків вагітності серед жінок, молодших 20 років, не є запланованими. Наприклад, у США третина всіх абортів припадає на жінок, молодших 20 років. Статистичні дані по Україні свідчать про те, що в кожному десятому випадку на операцію переривання вагітності змушена йти молода жінка. Крім того, вагітність серед підлітків є основною причиною, через яку вони залишають школу.

Бесіди з підлітками повинні бути спрямовані на такі важливі аспекти, як сексуальна направленість, психологічні моменти – мораль і поведінка, а також вірогідність венеричних захворювань. Консультант повинен обговорити з підлітком можливі медичні проблеми, пов'язані з раннім початком статевого життя, такі як ризик виникнення раку шийки матки, а також пряму залежність між кількістю сексуальних партнерів і ризиком виникнення захворювань, що передаються статевим шляхом.

Для підлітків, які ведуть статево життя, консультація про методи контрацепції повинна починатися з бесіди про те, що найнадійнішим способом уникнення вагітності є відсутність сексуальних контактів. Слід погодитися з тим, що найкращий засіб контрацепції для більшості молодих людей – це відповісти “ні” і дотримуватися цього. Необхідно пояснити підлітку, що секс означає більше, ніж просто статевий акт, і утримання (відсутність статевих відносин) – найкращий захист від захворювань, які передаються під час сексуальних контактів. Молоді люди часто вірять різним міфам про методи контрацепції, і ці міфи повинен розвіяти консультант. Підлітка потрібно заспокоїти і пояснити, що різні методи контрацепції можуть бути допустимі в тій мірі, в якій вони можуть запобігти вагітності.

Різний вік, соціальні фактори та сексуальний досвід підлітків ускладнюють призначення контрацептивних методів підліткам, тим більше, що при відсутності ідеального методу контрацепції дуже важко зробити правильний вибір.

Таким чином, контрацепція в підлітків – дуже делікатна сфера консультування. Враховуючи той факт, що на консультації з контрацепції приходять підлітки, які вже мають сексуальний досвід, а також беручи до уваги збільшення кількості незапланованих вагітностей, лікарі зобов'язані надавати необхідну інформацію про засоби контрацепції.

Способи контрацепції для підлітків поділяються на:

- *бажані (презервативи, оральні контрацептиви);*
- *застосовані (діафрагма, губка, сперміциди);*
- *менш популярні (методи природного планування сім'ї);*
- *застосовані в крайніх випадках (ВМЗ, посткоїтальна контрацепція).*

Презервативи

Презерватив вважається найкращим засобом контрацепції для підлітків.

Основними позитивними якостями презервативів є:

- захист від захворювань, які передаються статевим шляхом, в тому числі СНІД;
- відсутність побічних ефектів;
- можливість застосування без призначення лікаря;
- простота використання;
- відносна дешевина.

Недоліки:

- дискомфорт;
- алергічні реакції на латекс;
- залежність від партнера;
- недостатня надійність.

Перераховані недоліки в значній мірі впливають на популяризацію цього методу контрацепції. Однак для підлітків, які мають нечасті статеві контакти, цей метод контрацепції повинен бути переважним, тому що є надійним засобом профілактики ЗПСШ. Це необхідно підкреслювати під час бесіди з підлітками. У випадках правильного використання презервативи є достатньо ефективними (теоретична ефективність 90-95% , а практична – 90%). Використання презервативів підлітками надає впевненості в собі, оскільки як юнака, так і дівчинку хвилює вірогідність небажаної вагітності чи ризик заразитися захворюваннями, що передаються під час сексуальних контактів.

Оральні контрацептиви (ОК)

В останні роки спостерігається значний прогрес у розробці безпечних та ефективних оральних контрацептивів зі зниженими дозами естрогенів, а також у впровадженні прогестагенів нового покоління. Сьогодні вважається, що ідеальний контрацептив не повинен впливати на обмін жирів та вуглеводів, а також гемостатичну систему, оскільки будь-які зміни відповідних показників розглядаються або як побічні ефекти, або як ускладнення. Незважаючи на значну кількість публікацій відносно призначення оральних контрацептивів жінкам репродуктивного віку, недостатньо досліджень, адресованих молодим та юним жінкам. З цілого ряду причин питання призначення оральної контрацепції пацієнтам цієї групи населення особливо важливе. Клінічні спостереження і багаторічний досвід дослідників з країн Західної Європи та США довели, що ОК є найбільш ефективним методом контрацепції серед здорових дівчат-підлітків. Однак у цій групі жіночого населення є особливі труднощі в їхньому використанні. У порівнянні з більш дорослими жінками

підлітки частіше передчасно припиняють застосування таблеток при появі небажаних побічних ефектів, таких як міжменструальні виділення, нудота і т.п. До такого висновку приходять всі дослідники, які займаються розробками оптимальних методів попередження вагітності серед підлітків.

Лікар-гінеколог дитячого та підліткового віку перед призначенням ОК повинен запропонувати заповнити інформаційну форму підлітка.

При призначенні ОК необхідно враховувати:

- сімейний анамнез;
- індивідуальний анамнез, включаючи характер місячних і частоту статевих зносин;
- початок регулярних місячних;
- екстрагенітальні захворювання, включаючи серцево-судинні, діабет, порушення гемостазу, гепатит і т.п.;
- обговорити ризик вагітності в залежності від вибору контрацептивного методу.

Значні переваги застосування ОК підлітками полягають у зменшенні випадків:

- надмірних менструальних кровотеч;
- надмірних міжменструальних болів (альгодисменорей);
- порушення менструального циклу;
- фолікулярної кісти яєчника;
- анемії; ендометріозу;
- *Acne vulgaris* (вугрового висипання).

Важко переоцінити важливість нормалізації менструального циклу в підлітків, оскільки, як відомо, ювенільні маткові кровотечі є найбільш поширеною гінекологічною патологією цієї вікової категорії. Нормалізація менструального циклу зменшує також можливість розвитку вторинних анемій, які часто супроводжують маткові кровотечі. Побічні ефекти – нудота, головний біль, набрякання молочних залоз, збільшення маси тіла. Слід зазначити, що такі побічні ефекти, як нудота і головний біль, зустрічаються не частіше, ніж у 1% пацієнток. Підвищену увагу привертає проблема збільшення маси тіла, що може бути основною причиною відмови від цього методу контрацепції. Підлітки в більшій мірі, ніж інші групи населення, стурбовані своїм зовнішнім виглядом, і збільшення маси тіла може сприйматися ними різко негативно. Згідно з дослідженнями, при використанні ОК третього покоління збільшення маси тіла відзначається тільки в 1,4% молодих пацієнток. Загалом же, побічні ефекти зустрічаються в 4,4% дівчаток-підлітків, що змушує їх відмовитися від застосування ОК.

Оральні контрацептивні таблетки стають усе більш популярними серед підлітків, тому що вони не впливають на сексуальну активність і забезпечують високий контрацептивний ефект. Теоретична ефективність ОК у жінок репродуктивного віку складає 99,5%, а практична - 98%. Показник неефективності (індекс Перля) у підлітків дещо вищий, що пов'язано з помилками (пропусками) в застосуванні ОК в юному віці.

Кожні 6 із 100 користувачів ОК у віці до 22 років вагітніють протягом першого року застосування ОК. Кількість невдач у 4 рази вища у тих, хто використовує презервативи, і в 6-7 разів вища у тих, хто використовує сперміциди. З цієї причини значна частина сексуально активних підлітків вибирають ОК. Однак більшість підлітків віддають перевагу спільному застосуванню ОК і презервативів, оскільки презерватив захищає від захворювань, що передаються статевим шляхом.

Призначити гормональні оральні таблетки не можна до встановлення регулярних менструальних циклів. Це пов'язано з можливим негативним впливом гормональної контрацепції на гіпоталамус, що може вплинути на подальший статевий розвиток.

Точні дані про доцільність призначення гормональних контрацептивів дівчатам-підліткам поки що не отримані. Тому рекомендується по можливості уникати призначення гормональних контрацептивів пацієнткам до 16 років. Але в будь-якому випадку краще віддати перевагу гормональним таблеткам з низьким вмістом гормонів, ніж небажаній вагітності, і тим паче – перериванню її з усіма психологічними, соціальними та фізичними наслідками. У тих випадках, коли дівчина-підліток вибирає ОК як метод попередження небажаної вагітності, необхідно рекомендувати мінімально активні дози гормональних компонентів.

Діафрагма та сперміциди

Ці засоби мають такі переваги: введення їх не пов'язане зі статевим контактом, практично відсутні побічні ефекти, а також до певної міри – це попередження захворювань, які передаються статевим шляхом. Недоліки: необхідність введення перед кожним статевим актом, можливі незручності при введенні й вилученні з піхви, а також необхідність спеціального догляду, що обмежує застосування цього методу в підлітків.

Сперміциди можуть застосовуватися не тільки з діафрагмою, а й самостійно. Сперміциди доцільно рекомендувати в підлітковому віці як легкий і нешкідливий метод, який майже не має побічних ефектів. Однак незручність цього застосування полягає в досягненні контрацептивної ефективності не раніше, ніж за 10-15 хвилин до статевого контакту. Крім цього, практична ефективність сперміцидів близько 80%, що не є найкращим методом контрацепції для підлітків.

Внутрішньоматковий засіб (ВМЗ)

Переваги цього методу попередження небажаної вагітності досить широко відомі. Але для дівчаток-підлітків існує великий ризик запальних захворювань статевих органів. Він збільшується зі збільшенням кількості статевих партнерів, що часто зустрічається в молодому віці. Крім цього, ВМЗ не лише не захищає від захворювань, які передаються статевим шляхом, а навіть, навпаки, різко збільшує ризик цих захворювань. Велика кількість експульсій, больовий синдром та збільшення кількості менструальної крові зумовлюють неприйнятність цього методу контрацепції для підлітків у багатьох випадках. Враховуючи великий ризик запальних захворювань статевих органів, пов'язаний з непланованою сексуальною поведінкою, підліткам не рекомендується застосовувати ВМЗ.

Природні методи

Використання ритмічного методу, оцінки слизу, вимірювання базальної температури особливо складне для підлітків, оскільки для їхнього правильного використання необхідна спеціальна підготовка. Таке навчання, вірогідно, буде важко здійснити. Але більш важливим є те, що використання цього методу ускладнюється при нерегулярному менструальному циклі, що не дозволяє визначити фертильний і нефертильний періоди.

Однак в будь-якому випадку консультанти повинні знайомити підлітків із змінами, які відбуваються в жіночому організмі в зв'язку з менструальними циклами. Пізнання власного тіла під час спостереження за своїми місячними циклами виховує відчуття самопізнання та самоповаги, що відіграє значну роль у просвітницькій роботі з підлітками.

Посткоїтальна контрацепція

Цей метод оральної гормональної контрацепції, на перший погляд, вигідний для підлітків, тому що в них незаплановані статеві зносини бувають досить часто. Однак цей метод не слід рекомендувати як регулярну контрацепцію. Він ефективний тільки протягом 72 годин після статевого контакту. Дівчинка-підліток обов'язково повинна приходити на перевірку наявності вагітності, такий візит може стати приводом для інших рекомендацій з контрацепції.

Для підлітків, які ведуть статеве життя, потрібен доступний метод контрацепції. Важливо, щоб підлітки могли анонімно одержати протизапліднюючі засоби й використати їх без тривалої підготовки та планування.

Підлітки вважаються проблемною групою. Якщо молода жінка звертається зі своїми проблемами, їй достатньо дати одну консультацію. Коли ж звертається підліток, необхідно зробити все, щоб такий пацієнт не випав з поля зору, з ним потрібно проводити просвітницьку роботу, в тому числі забезпечити

необхідною інформацією відносно існуючих методів попередження небажаної вагітності.

Досвід багатьох країн світу свідчить про те, що консультування підлітків з питань сексуальної поведінки та контрацепції зменшує ризик порушення їхнього здоров'я та небажаної вагітності.

Післяабортне планування сім'ї

Послуги з планування сім'ї після абортів повинні включати в себе наступні компоненти, які характерні для якісного обслуговування в сфері планування сім'ї:

- консультування про необхідність використання контрацепції з урахуванням репродуктивних цілей пацієнтки.
- інформація і консультування про всі наявні методи контрацепції, їхні характеристики, ефективність і побічні ефекти.
- надання можливості вибору (наприклад, гормональні, негормональні, зворотні, незворотні, коротко— та довгострокові).
- гарантія можливості і поповнення запасу контрацептивів.
- доступність наступного спостереження.
- інформація про необхідність захисту від захворювань, які передаються статевим шляхом.

Післяабортне планування сім'ї повинно також базуватися на оцінці індивідуальної ситуації кожної жінки:

- характеристика її особистості;
- клінічний стан;
- можливість одержання медичного обслуговування в тій місцевості, де вона мешкає.

Надання послуг з планування сім'ї для жінки після абортів потрібно розпочати негайно, оскільки овуляція може наступити уже на 11—й день після абортів і, як правило, відбувається до першої менструальної кровотечі. Всі жінки, які знаходяться на післяабортному лікуванні потребують роз'яснення того, що:

- вони можуть знову завагітніти до початку наступної менструації;
- існують безпечні методи контрацепції, здатні запобігти настанню вагітності;
- де і як вони можуть одержати послуги з планування сім'ї і методи контрацепції.

Які методи контрацепції можна використовувати

Після абортів підходять усі методи контрацепції. Рекомендації по використанню різних контрацептивів після абортів, включаючи показання і перелік станів, що потребують обережності, наведені у відповідних розділах даного посібника, присвячених цим методам.

Контрацепція залежно від періоду життя жінки.

Підлітковий період.

Основні вимоги: надійна контрацепція; захист від захворювань, що передається статевим шляхом; можливість відновлення дітородної функції.

Рекомендовані методи:

- бар’єрні методи (презервативи) +сперміциди;
- КОК (через 2 роки після першої менструації) – монофазні, до складу яких входять прогестагени третього покоління;
- у разі наявності кількох партнерів – “подвійний голландський метод” (КОК + презервативи).

Молодий репродуктивний вік.

Молодий репродуктивний вік (до перших пологів) –період підвищеної сексуальної активності.

Основні вимоги: надійна контрацепція; захист від захворювання, що передається статевим шляхом; зворотність.

Рекомендовані методи:

- КОК (монофазні);
- протягом 3 міс до запланованої вагітності – бар’єрні методи та (або) симпототермальний метод;
- у разі наявності кількох партнерів – “подвійний голландський метод” (КОК + презервативи).

Період лактації.

Основні вимоги: відсутність впливу на лактацію; надійна, але зворотна контрацепція.

Рекомендовані методи:

- метод лактаційної аменореї;
- оральні контрацептиви, до складу яких входять лише прогестагени;
- ВМЗ;
- бар’єрні методи, поєднані зі сперміцидами;
- ін’єкційні контрацептивні препарати.

Подальше планування сім’ї в разі бажання збільшити інтервал між пологами.

Основні вимоги: надійна, довготривала, але зворотна контрацепція; захист від захворювання, які передаються статевим шляхом (у разі наявності непостійного або кількох партнерів).

Рекомендовані методи:

- КОК;
- оральні контрацептиви, до складу яких входять лише прогестагени;
- ВМЗ;
- ін’єкційні контрацептивні препарати.

Пізній репродуктивний період.

Пізній репродуктивний період (після народження останньої дитини) .

Основні вимоги: надійна контрацепція; мінімальний ризик метаболічних порушень.

Рекомендовані методи:

- добровільна хірургічна стерилізація;
- КОК (монофазні, до складу яких входять лише прогестани третього покоління або багатофазні препарати);
- оральні контрацептивні препарати, до складу яких входять лише прогестагени;
- ВМЗ;
- ін'єкційні контрацептивні препарати;
- бар'єрні методи, поєднані зі сперміцидами.

Контрацепція в залежності від захворювань жінки.

Підвищений артеріальний тиск (АТ).

Основні вимоги: надійна контрацепція; мінімальний ризик метаболічних порушень.

Рекомендовані методи:

- КОК, якщо АТ нижче 140/90
- Ін'єкційні контрацептиви при АТ нижче 180/110
- всі інші методи

Протипоказані методи:

- КОК і ін'єкційні контрацептиви якщо АТ вище 140/90.

Множинні фактори ризику розвитку серцево – судинних захворювань (наприклад, паління, високе АТ, діабет).

Основні вимоги: надійна контрацепція; мінімальний ризик метаболічних порушень.

Рекомендовані методи:

- чисто прогестинові таблетки (ЧПТ);
- імплантанти;
- ВМЗ;
- бар'єрні методи;
- МЛА

Протипоказані методи:

- КОК;
- ін'єкційні контрацептиви.

Захворювання серцево – судинної системи.

Основні вимоги: надійна, довготривала контрацепція; мінімальний ризик метаболічних порушень.

Рекомендовані методи:

- ЧПТ;
- імплантати;
- ВМЗ;

- бар'єрні методи;
- МЛА;
- Протипоказані методи:
- КОК;
- ін'єкційні контрацептиви при захворюваннях серця, викликаних закупоркою артерій або при інсуліні в анамнезі;
- ЧПТ при тромбозі глибоких вен даний час.

Тромбоз поверхневих чи вен варикозні вени.

Основні вимоги: надійна, довготривала контрацепція; мінімальний ризик метаболічних порушень.

Рекомендовані методи:

- ВМЗ, що виділяють мідь;
- бар'єрні методи;
- МЛА.

Протипоказані методи:

- КОК;
- ЧПТ;
- ін'єкційні контрацептиви;
- імплантати.

Діабет

Основні вимоги: надійна, довготривала контрацепція; мінімальний ризик метаболічних порушень.

Рекомендовані методи:

- ВМЗ;
- бар'єрні методи;
- МЛА.

Протипоказані методи:

- КОК;
- ін'єкційні контрацептиви, якщо тривалість діабету 20 років або більше а також при враженнях судин;

Звичайні головні болі (не мігрень).

Рекомендовані усі методи.

Головні болі типу мігрень (сильний головний біль, який повторюється, частіше односторонній, пульсуючий, який може супроводжуватися нудотою і часто підсилюється від світла, звуків і рухів)

Основні вимоги: надійна контрацепція; мінімальний ризик метаболічних порушень.

Рекомендовані методи:

- КОК, якщо жінка молодше 35 років і якщо до чи під час приступів болю немає порушень зору (аура), утрудненої мови чи рухів;
- чисто прогестинові методи;
- ВМЗ;

- Бар'єрні методи;
- МЛА;
- Методи , засновані на ознаках фертильності.

Протипоказані методи:

- КОК, якщо вік 35 років або старше, а також в будь якого віці при порушеннях зір (аура), мови або рухів до або під час приступів болі.

Нез'ясовані вагінальні кровотечі (до обстеження).

Основні вимоги: надійна контрацепція; мінімальний ризик метаболічних порушень.

Рекомендовані методи:

- КОК;
- ЧПТ;
- Бар'єрні методи.

Протипоказані методи:

- ВМЗ;
- ін'єкційні контрацептиви.

Рак молочної залози в даний час чи в минулому.

Основні вимоги: надійна контрацепція; мінімальний ризик метаболічних порушень.

Рекомендовані методи:

- ВМЗ;
- Бар'єрні методи;

Протипоказані методи:

- КОК;
- ЧПТ;
- МЛА, якщо в цей час клієнтка проходить курс медикаментозного лікування.

Інфекції, які передаються статевим шляхом (ПСП).

Основні вимоги: надійна контрацепція; захист від ПСП.

Рекомендовані усі методи, але методом вибору є бар'єрні методи, що попереджують захворювання ПСП.

Протипоказані методи:

- ВМЗ, за виключенням вагініта, не забрудненого гнійним цервіцитом.

Вірусний гепатит у даний час чи вірусоносійство

Основні вимоги: надійна контрацепція; мінімальний ризик метаболічних порушень.

Рекомендовані методи:

- ВМЗ;
- Бар'єрні методи.

Протипоказані методи:

- КОК;
- ЧПТ при гепатиті в даний час.

Ожиріння.

Рекомендовані методи:

- Усі методи, однак установка діафрагми чи цервікального ковпачка може бути утруднена.

Протипоказані методи:

Туберкульоз.

Основні вимоги: надійна контрацепція; мінімальний ризик метаболічних порушень.

Рекомендовані методи:

- ВМЗ, що виділяють мідь за винятком туберкульоза органів малого таза;
- Бар'єрні методи.

Протипоказані методи:

- ВМЗ при туберкульозі органів малого таза.

ЗАХВОРЮВАННЯ, ЯКІ ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ

Класифікація, симптоми, наслідки і профілактика

Захворювання, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), мають також назву “венеричні захворювання”. В останні роки частота цих захворювань збільшилася. Таких захворювань, згідно з класифікацією ВООЗ, – 21. Вони поділяються на три групи.

Класичні венеричні хвороби:

сифіліс; гонорейна інфекція та ін.

Інші інфекції, що передаються статевим шляхом з ураженням статевих органів:

- урогенітальний хламідіоз;
- урогенітальний трихомоніаз;
- урогенітальний мікоплазмоз;
- кандидоз;
- генітальний герпес;
- гострокінцеві кондиломи;
- генітальний контагіозний моллюск та ін.

З переважним ураженням інших органів:

- інфекція, зумовлена вірусом імунодефіциту людини;
- гепатит В;
- цитомегаловірусна інфекція та ін.

На відміну від інших захворювань, ЗПСШ у більшості випадків пов’язані з незахищеним статевим актом без використання презервативів. Мікроорганізми, які визивають ЗПСШ, досить різноманітні: бліда трепонема, гонокок Нейсера, піхвові трихомонади, хламідії, мікоплазми, вірус простого герпесу та інші.

Усі ЗПСШ мають ряд характерних симптомів, таких як:

- патологічні виділення з піхви;
- часте болюче сечовипускання;
- підвищення температури тіла;
- болі в животі;
- свербіння в ділянці статевих органів;
- біль під час статевого акту.

При багатьох ЗПСШ ранні прояви малосимптомні, і більшість людей не звертає на них увагу, доки не з'являться серйозні симптоми, а значить важкі ураження.

Наслідки усіх ЗПСШ дуже серйозні:

- безпліддя (у 20-40% чоловіків та 55-85% жінок з невилікуваними ЗПСШ);
- запальні процеси статевих органів;
- порушення сексуальної функції;
- позаматкова вагітність;
- невиношування вагітності;
- мертвонародження;
- збільшення частоти захворювання на рак шийки матки;
- хронічний тазовий біль.

Діагностика ЗПСШ полягає в ретельному зборі анамнезу, об'єктивному, бактеріоскопічному, бактеріологічному та серологічному методах дослідження.

Профілактика:

- уникнення випадкових статевих зв'язків;
- при випадкових статевих зносинах – використання презервативу;
- дотримання елементарних правил гігієни статевих органів.

Гонорея

Гонорея є венеричним захворюванням, яке передається від людини до людини. Збудник — гонокок Нейсера.

Гонокок є диплококом. Коки мають форму боба, увігнуті поверхні їх звернені одна до одної. Гонококи розміщуються групами. У разі забарвлення за Грамом гонокок-грам негативний.

Гонокок добре розмножується там, де є циліндричний епітелій (сечовивідний канал, матка, маткові труби, пряма кишка тощо). На багатошаровому плоскому епітелії гонокок розвивається погано. Тому слизова оболонка піхви та сечового міхура — рідка локалізація гонорейного процесу. Однак у дитячому й старечому віці піхва та вульва часто уражаються гонореєю, хоча і вкриті багатошаровим плоским епітелієм.

Останнім часом у хворих на гонорею все частіше виявляють мінливі форми гонокока — адаптаційні Ь-форми. Із застосуванням антибіотиків частіше стали виявляти мутаційні Ь-форми гонокока, які, приймаючи іншу зовнішню форму, зберігають патогенність і специфічну вірулентність. Атипові гонококи (Ь-форми) зустрічаються набагато частіше в разі хронічної гонореї. Мінливість форми гонококів суттєво утруднює бактеріоскопічну діагностику.

Зараження на гонорею дорослих відбувається в основному статевим шляхом, дітей — контактним, через побутові речі.

Гонорея — загальне захворювання організму. Гонорейна інфекція, уражаючи переважно сечостатеві органи, зумовлює виражені структурні зміни та порушення функції цих органів.

Гонокок здатний проникати через ушкоджений епітелій слизових оболонок, спричинюючи запальну реакцію в прилеглих тканинах. Крім того, з первинних вогнищ ураження, гонокок може гематогенним або лімфогенним шляхом потрапляти в окремі органи та тканини (гонококовий ендокардит, перикардит, гоніт тощо).

Класифікація.

За клінічним перебігом розрізняють:

- **гостру** (*тривалість захворювання до 2 місяців*);
- **хронічну** (*тривалість захворювання понад 2 міс, або з невизначеним початком*);
- **латентну** (*приховану*) форми гонореї - хворі є джерелом зараження, у них не вдається виявити ні клінічних симптомів захворювання, ні гонококів.

За локалізацією запального процесу розрізняють:

- **гонорею нижнього відділу сечостатевого апарату**, або відкриту (уретрит, скенейт, вестибуліт, бартолініт, кольпіт, гострокінцеві кондиломи, ендocerвіцит),;
- **гонорею верхнього відділу сечостатевого апарату**, або висхідну (ендометрит, сальпінгіт, оофорит, аднексит, пельвіоперитоніт).

Розрізняють неускладнену та ускладнену форми гонореї.

У разі неускладненої форми гонореї запальний процес не виходить за межі підслизового шару статевих органів і не залишає у них грубих ушкоджень (спайки, рубці, деформації тощо). Неускладнена форма гонореї виліковується повністю.

До ускладнених форм гонореї відносять:

- захворювання, які супроводжуються ускладненнями у статевих шляхах (піосальпінкс, тубооваріальні абсцеси);
- гонококові метастази (артрит, перитоніт, остеомієліт, ендокардит, перикардит, плеврит, захворювання кровоносних судин, м'язів, сухожилків, очей);
- постгонорейні процеси без наявності гонококів під час бактеріоскопічного дослідження (метрит, параметрит, періаднексит, піосальпінкс, гідросальпінкс, тубооваріальна кіста, дисфункціональні маткові кровотечі, маткова й трубна безплідність).

Діагностика.

У разі гострої форми гонореї діагностика захворювання неважка. Особливі діагностичні труднощі являють латентна та хронічна форми.

Діагноз установлюють на основі анамнезу, даних об'єктивного, бактеріоскопічного, бактеріологічного та серологічного досліджень.

Важливе значення має анамнез:

- випадковий статевий зв'язок, різі під час сечовипускання, поява білей слизово-гнійного характеру, які спричиняють подразнення у ділянці зовнішніх статевих органів і залишають на білизні темно-зелені й зелені плями тощо;
- порушення менструального циклу з частими загостреннями запального процесу в придатках матки;
- розвиток двобічного запального процесу в придатках матки після менструації, абортів та пологів, вторинна безплідність;
- наявність у минулому або нині гонореї в чоловіка.

Для установлення діагнозу гонореї в першу чергу необхідно провести бактеріоскопічне дослідження виділень із усіх місць, де можлива локалізація гонокока (обхідні сечовипускні протоки, сечовипускний канал, піхва, канал шийки матки, пряма кишка).

Якщо бактеріоскопічне дослідження мазків не дало переконливих результатів, слід удатися до посівів виділень. У низці випадків, коли бактеріоскопічно виявити гонокок не вдалося, посіви на визначених середовищах дають ріст гонокока.

Якщо за допомогою лабораторних досліджень гонокок не виявлений, але є підозра на **латентну** форму гонореї, необхідно провести низку провокацій з метою штучного загострення запалення, викликати ексудацію, яка сприяла б виходу гонококів на поверхню слизових оболонок.

Фізіологічною провокацією є менструація. Тому слід брати мазки в передменструальні дні, коли гіперемія та розпушення тканин сприяють посиленню трансудації і вимиванню гонококів на поверхню слизової оболонки (брати мазки щоденно).

Аліментарна провокація — вживання гострих харчових речовин, що подразнюють слизову оболонку (пиво, оселедці тощо).

Механічна провокація — масаж сечовипускного каналу, накладання на шийку матки на 24 години ковпачка Кафки з наступним взяттям мазків із шийки.

Хімічна провокація — змашування каналу шийки матки 25% розчином Люголя, 5% розчином протарголу або 1 % розчином срібла нітрату.

Біологічна провокація — підшкірне введення полівалентної гонококової вакцини (500 млн. мікробних тіл). За наявності гонорейного вогнища після введення гоновакцини виникає вогнищева реакція, тобто з'являється гіперемія, посилюються секреція залоз і запальні явища у вогнищі ураження.

Термічна провокація — гарячі спринцювання, ванночки, діатермія (піхвова), індуктотермія, грязеві тампони, парафін, озокерит протягом 3

днів. Через 2 години після кожного сеансу беруть виділення з каналу шийки матки для бактеріологічного дослідження.

В окремих випадках поєднують декілька методів провокації. Відсутність гонококів: після 3 провокацій у хворих з клінічними ознаками гонореї вказує на необхідність бактеріологічного дослідження — посів виділень на поживні середовища (людська сироватка, асцитична рідина) для одержання чистих культур гонокока. Бактеріологічний метод діагностики є найточнішим і доказовим.

Гонорейний уретрит. Клінічна картина захворювання проявляється через 3-5 днів після зараження у вигляді болю і печії при сечовипусканні, частими покликами до нього. Спостерігаються набряк і гіперемія зовнішнього отвору сечівника, гнійні чи слизово-гнійні виділення з нього.

Гонорейний бартолініт. Виникає вторинно внаслідок попадання в бартолінову залозу виділень, що містять гонококи. Проявляється набряком, гіперемією навколо зовнішнього отвору вивідної протоки цієї залози. При закупорці протоки утворюється справжній або несправжній абсцес бартолінової залози, який супроводжується симптомами, характерними для гнійних процесів.

Діагноз гонорейного бартолініту встановлюють на основі характерних клінічних ознак, але головним чином — на основі виявлення у вмісті залози гонокока.

Лікування. У гострій стадії бартолініту рекомендують антибіотико - і сульфаніламідо-терапію, спокій, безбеспокойливі суппозиторії, теплі сидячі ванни з калію перманганатом (1 столова ложка 2% розчину на 1 л води температури 38—39 °С), новокаїнову блокаду з антибіотиками 1 раз на добу. У підгострій і хронічній стадіях застосовують УВЧ на ділянку залози, аутогемотерапію (місцеву) — 1—2 мл крові хворої вводять у товщу великої статевої губи через 2 дні, усього 2—3 рази. У разі розвинутого абсцесу показаний розріз залози, у разі рецидиву захворювання — видалення її.

Гонорейний кольпіт. Піхва дорослої жінки рідко уражається гонореєю. Це пояснюється тим, що піхва вистелена багатошаровим плоским епітелієм, а також кислою реакцією вмісту піхви.

Як і вульвіт, первинний гонорейний кольпіт спостерігається рідко, головним чином у дівчаток, у разі статевого інфантилізму, під час вагітності і після настання менопаузи.

У разі гостро перебігаючого процесу в піхві з'являються свербіж, жар і надмірні слизисто-гнійні виділення. Слизова оболонка піхви гіперемійована, набрякла, місцями з крапчастими крововиливами. У задній і боковій частинах склепіння піхви та на слизовій оболонці піхвової частини шийки матки виступають набряклі сосочки, від чого вона набуває шагреневого вигляду.

Лікування. Застосовують місцеві та загальні методи лікування: антибіотики з урахуванням чутливості до них гонокока, сульфаніламідні

препарати, спринцювання розчином фурациліну (1:5000), калію перманганату (1:10 000) 2 рази на добу, тампони з синтоміциновою емульсією, седативні засоби. У разі підгострого та хронічного кольпіту показані: піхвовий електрофорез (іонів кальцію, калію, цинку, міді, свинцю) через наливний електрод, грязьові тампони, УВЧ, сірководневе зрошення.

Гонорейний ендocerвіцит. Гонорея каналу шийки матки за частотою займає друге місце після гонореї сечовипускного каналу. Умови в каналі шийки матки надто сприятливі для розвитку гонококів. Будова слизової оболонки каналу шийки матки (численні складки, поглиблення, залози і їх вивідні протоки) сприяє швидкому попаданню гонококів у такі захисні вогнища, де вони стають недосяжними для місцевого впливу дезінфікуючих засобів. У зв'язку з цим шийка матки часто є вогнищем латентної форми гонореї і, як відомо, основним епідеміологічним чинником у поширенні її. У разі гонорейного запалення каналу шийки матки скарги хворої звичайно надто незначні, частіше жінки відзначають появу або посилення білей. У гострій період білі гнійного або слизисто-гнійного характеру (колір гною специфічний — зеленувато-жовтий). Білі подразнюють слизову оболонку піхви та зовнішніх статевих органів, спричинюючи вульвіт і кольпіт, що примушує хвору звернутися до лікаря-гінеколога.

Біль навіть у разі гострого ендocerвіциту буває рідко. Іноді відзначається значний тягнучий або ниючий біль унизу живота або в ділянці крижів. Якщо гонорейний ендocerвіцит з самого початку має підгострий перебіг, з незначними слизисто-гнійними виділеннями, то хворі іноді не звертають уваги на збільшення кількості білей, і гонорея залишається довгий час нерозпізаною.

Гонорейний ендocerвіцит у деяких випадках може перебігати приховано, не викликаючи ніяких скарг хворих. У таких випадках багато жінок нічого не знають про своє захворювання і тільки інфікування ними чоловіків примушує хвору звернутися до лікаря. Прихована гонорея як джерело зараження є найнебезпечнішою і потребує застосування усіх доступних методів діагностики для виявлення її.

Лікування. У гострій стадії захворювання призначають ліжковий режим, антибіотики, сульфаніламідні препарати, симптоматичне лікування.

Місцеве лікування в підгострій стадії зводиться до застосування щоденних піхвових ванночок з 3% розчином протарголу, коларголу або розчину фурациліну 1:5000.

У хронічній стадії призначають гоновакцину, місцеву аутогемотерапію, спринцювання, піхвові ванночки, діатермію (піхвову), змащування каналу шийки матки розчином Люголя, 2 — 5% розчином срібла нітрату або 5% розчином протарголу через 2 — 3 дні.

У стадії загострення призначають антибіотики (з урахуванням чутливості мікрофлори) і сульфаніламідні препарати за схемою.

Гоновакцину вводять внутрішньом'язово, починаючи з 200 млн. мікробних тіл (0,2 мл) через 2 дні на 3-й, збільшуючи дозу на 0,2 мл (максимальна доза 1 — 1,5 мл); у разі вогнищевого застосування гоновакцину вводять під слизову оболонку каналу шийки матки (в умовах стаціонару), починаючи з 50 млн. мікробних тіл через 3 дні на 4-й (максимальна доза — 200 млн. мікробних тіл).

Спринцювання проводять розчином фурациліну (1:5000) або калію перманганату (1:6000). Для піхвових ванночок застосовують розчин фурациліну (1:5000) і 3% розчин протарголу або коларголу.

У хронічній стадії ендocerвіциту показане змащування каналу шийки матки розчином Люголя або 1 % розчином срібла нітрату. Канал шийки матки попередньо обробляють 10% розчином натрію гідрокарбонату для розчинення слизової пробки. Застосовують тампони з синтоміциновою емульсією. Під час менструації ванночки, ін'єкції і змащування каналу шийки матки, а також тампони протипоказані.

Призначають місцеве введення антибіотиків (у товщу або під слизову оболонку шийки матки), грязьові тампони та електрофорез антибіотиків у слизову оболонку каналу шийки матки.

Гонорейний ендометрит. Проникнення гонококів у порожнину матки та розвиток запалення її слизової оболонки звичайно супроводжується загальними симптомами. Температура тіла підвищується іноді до 38—39 °С, з'являється остуда. Різко посилюється біль унизу живота (ріжучого характеру), виділення з каналу шийки матки набувають надмірного, рідкого характеру (рідкий матковий секрет змішується з більш густими слизистими виділеннями із шийки матки). Відзначаються втрата апетиту, нудота, іноді блювання. Чергові менструації з'являються раніше звичайного терміну, стають надмірними й затягуються (гіперполіменорея).

У хронічній стадії ендометриту клінічні явища виражені слабше. Виділення із шийки матки рідкі, каламутні, іноді з домішкою гною або крові. Біль унизу живота менш інтенсивний, з'являється частіше під час руху. Матка трохи збільшена й болісна під час пальпації. Менструальний цикл часто порушується — пройоменорея, гіперполіменорея.

Гонорейний ендометрит, на відміну від септичного, перебігає з утягненням у запальний процес придатків матки, а іноді й очеревини.

У разі гонорейного ендометриту відзначається лейкоцитоз, підвищення ШОЕ. Формула білої крові без значних зсувів, але присутня еозинофілія (6—8%).

Гонорейний ендометрит, як правило, супроводжується ендocerвіцитом. Лікування гонорейного ендометриту таке саме, як і ендocerвіциту. Однак у підгострій і хронічній стадіях ширше застосовують фізіотерапевтичні методи лікування: грязі, УВЧ, електрофорез іонів кальцію, йоду та цинку.

Гонорейний сальпінгіт. Якщо гонокок з порожнини матки проникає в придатки, розвивається запальний процес у маткових трубах або в яєчниках.

У жінок у таких випадках раптово з'явиться різкий біль унизу живота, котрий чується під час руху. Загальний стан погіршується. Температура тіла підвищується до 38—39 °С. Бімануальне дослідження стає неможливим через різку болісність, через напруженість м'язів передньої черевної стінки.

Однією з форм гонорейного ураження труби є гнійний сальпінгіт. Набряклі торочки труби злипаються, порожнина труби наповнюється гнійним вмістом (гідросальпінкс, піосальпінкс). Ампула маткової труби зростається з яєчником і маткою, розвивається спайковий процес.

Піосальпінкс буває різної величини, найчастіше ковбасоподібної форми. Гонорейне ураження маткових труб, як правило, двобічне, що й відрізняє цей процес від ураження септичною інфекцією. Внаслідок гонорейного ураження маткової труби може утворитися гідросальпінкс. У разі гонорейного ураження маткових труб інфікований вміст може вилитися в черевну порожнину та на яєчник.

Гонорейний оофорит. Унаслідок запального процесу навколо яєчника, він може виявитися спаяним із трубою, заднім листком широкої зв'язки, сальником, нижніми відрізками товстої кишки й тазовою очеревиною.

Яєчник збільшується, стає набряклим, зростає схильність до утворення кіст. Запалений яєчник має розміри 5—6 см. У хронічній стадії, коли настають склеротичні зміни, яєчник зменшується в розмірах.

Гонорейна тубооваріальна кіста являє собою поєднання гідросальпінксу з ретенційною кістою яєчника, причому порожнини їх сполучаються одна з одною.

У гострий період запалення маткових труб і яєчників, як уже відзначалося, нелегко поставити точний топічний діагноз. У разі втягнення в процес яєчника виникає глибокий, розлитий тягнучий біль унизу живота, що іррадіює в пахову частину та нижні кінцівки. У разі поширення процесу на верхні відділи статевих органів виділення із нижніх відділів тимчасово можуть припинитися. Перитонеальні явища різко виражені тільки в перші дні захворювання, а потім поступово стихають. Напруження м'язів живота та симптом Щоткіна—Блюмберга визначаються тільки в нижньому відділі передньої черевної стінки.

Гонорейний пельвіоперитоніт — гонорейне запалення очеревини малого таза. Висхідна гонорея іноді перебігає гостро й супроводжується бурхливими перитонеальними явищами.

Лікування. У гострій стадії захворювання необхідна госпіталізація хворої. Показані суворий ліжковий режим, неподразнююча, багата на вітаміни їжа, яка легко засвоюється, багато питва.

Антибіотики призначають з урахуванням чутливості до них збудника.

Вакцино- і лактотерапію слід призначати після затихання гострого процесу. До аутогемотерапії удаються в будь-якій стадії захворювання. Через 5—6 днів після нормалізації температури тіла призначають гоновакцину (внутрішньом'язово).

У разі мішкуватих пухлин придатків матки, як у гострій, так і в хронічній стадіях, показане видалення вмісту шляхом пункції мішкуватих утворень через задню частину склепіння піхви з наступним введенням антибіотиків.

Хірургічне лікування рекомендують у разі мішкуватих пухлин придатків, якщо консервативне лікування неефективне протягом 2—3 років (рецидиви з тривалими порушеннями працездатності, менструальної, статевої і дітородної функцій).

Критерії виліковності.

Гонорея вважається виліковою в разі ліквідації запального процесу та відсутності гонококів у виділеннях. Хвору не знімають з обліку протягом 3 місяців. У жіночій консультації виконують бактеріоскопічне дослідження за 2—3 дні до менструації і на 3—5-й день менструації. Протягом 3 місяців необхідно провести не менше двох комплексних провокацій, поєднуючи біологічні, хімічні та фізіотерапевтичні подразники. Жінку, котра перенесла гонорею, знімають з обліку тільки після триразового негативного результату (протягом 3 менструальних циклів) на наявність гонококів у виділеннях із сечовипускного каналу та шийки матки.

Критеріями вилікування висхідної гонореї є відсутність болю, нормальний менструальний цикл, відсутність морфологічних змін у ділянці внутрішніх статевих органів.

Профілактика. Боротьбу з венеричними захворюваннями проводять не тільки венерологічні, але й лікувально-профілактичні установи, у тому числі й акушерсько-гінекологічні. В обов'язки лікарів жіночих консультацій входить виявлення хворих на гонорею, повідомлення до венерологічного диспансеру про виявлених хворих для обстеження осіб, котрі є джерелом зараження; лікування хворих на гонорею; повідомлення до пологового будинку про вагітних, які лікувалися з приводу гонореї; одержання з пологового будинку відомостей про перебіг пологів у жінок, котрі перенесли гонорею, і подальше спостереження за їхнім станом здоров'я.

Особиста профілактика гонореї у жінок менш надійна, ніж у чоловіків, що пояснюється особливістю будови жіночих статевих органів.

Кращим профілактичним засобом є застосування презерватива.

Важливе значення у профілактиці гонореї має санітарно-просвітницька робота.

Сифіліс

Сифіліс - інфекційне венеричне захворювання, що передається переважно статевим шляхом. Збудником хвороби є мікроорганізм - бліда трепонема, яка при дослідженні під мікроскопом має вигляд тонесенької блідої хвилястої ниточки, що здатна до поступальних і коливальних рухів. Вона дуже чутлива до різноманітних зовнішніх впливів, швидко гине при висиханні, під впливом різних дезінфекційних речовин, а також спирту. Тому при роботі з хворими на сифіліс негайно протирають руки спиртом, що запобігає від зараження під час випадкового контакту із сифілітичною висипкою, на поверхні якої можуть бути збудники.

Можливі шляхи зараження:

- *статевий* — основний;
- *орально-генітальні, гомосексуальні контакти*;
- *побутовий* — переважно у дітей, при тісному побутовому контакті (спання разом із хворими, користування спільними гігієнічними предметами тощо). Побутовий шлях зараження у дорослих трапляється надзвичайно рідко, наприклад при поцілунках, коли на слизовій оболонці губ рота є сифілітична висипка із вологою поверхнею, де знаходиться багато збудників;
- *професійний* — під час обстеження хворих на сифіліс, у яких на шкірі чи слизовій оболонці є висипка з вологою поверхнею, при виконанні певних процедур медсестрою, недотриманні правил асептики;
- *трансплацентарний* (через плаценту) — у випадках, коли вагітна хвора на сифіліс, особливо вторинний. Тоді в дитини розвивається природжений сифіліс;
- *трансфузійний* (надзвичайно рідко) — внаслідок переливання крові, взятої від хворого на сифіліс.

З часу проникнення збудника в організм і до перших проявів хвороби минає в середньому *3-4 тижні*. Це так званий *інкубаційний період*. Збудник уже потрапив до організму, але у хворого немає жодних скарг і проявів хвороби.

Після закінчення інкубаційного періоду тільки на місці проникнення збудника з'являються перші прояви. Це так званий *Твердий шанкер*. У самій назві підкреслюється важлива особливість — щільність в основі шанкеру. Величина—від кількох міліметрів до кількох сантиметрів. Шанкер може розміщуватися на шийці матки, на стегнах, у ділянці лобка. Приблизно через тиждень при локалізації шанкеру на статевих органах збільшуються пахвинні лімфатичні вузли (склероаденіт, бубон). Це *первинний період сифілісу*, який від часу появи шанкеру триває 6-8 тижнів (перші 3-4 тижні первинний серонегативний період, коли реакція Вассермана негативна, і наступні 3-4 тижні, коли реакція Вассермана позитивна).

Діагностика в цьому періоді ґрунтується на анамнестичних даних (статевий контакт, наявність відповідного інкубаційного періоду, обстеження статевого партнера, виявлення блідої трепонеми на поверхні шанкеру), позитивних серологічних реакціях (Вассермана, РІБТ-реакції, імунофлюоресценції). Без виявлення збудника чи позитивних серологічних реакцій встановлювати діагноз сифілісу не можна.

Через 6-8 тижнів після розвитку твердого шанкеру у хворих може підвищуватися температура тіла, розвиватися нічний головний біль, біль у кістках. Це так званий *продромальний період*. У цей час збудники інтенсивно розмножуються, попадають у кров (трепонемний сепсис), й у хворих на шкірі та слизових оболонках з'являється розсіяна висипка. Це означає, що сифіліс перейшов у *вторинний період*. Першою висипкою є розеоли — невеличкі (0,5-1 см) запальні червоні плями на шкірі тулуба, живота, кінцівок, які не спричиняють сверблячки, зникають тимчасово при натискуванні пальцем, не підвищуються над рівнем шкіри, не лущаться. Згодом з'являються вузлики (папули), дуже рідко—гноячки, може випадати волосся. У цей час на шкірі та слизових оболонках жіночих статевих органів можуть з'являтися ерозивні вузлики (папули). Вони негострозапальні, щільні, діаметром від кількох міліметрів до 1 см, з вологою поверхнею, на якій є багато збудників (блідих трепонем), тому вони дуже заразні. Вони теж не спричиняють суб'єктивних відчуттів. У результаті тертя та подразнення ці вузлики збільшуються, ущільнюються й перетворюються у так звані гіпертрофічні папули або широкі кондиломи діаметром 0,5-1 см і більше, щільні, підвищуються над рівнем шкіри, негострозапальні, неболючі при пальпації, поверхня рівна або горбиста, іноді волога. На поверхні широких кондилом є теж дуже багато збудників — вони дуже заразні, їх треба відрізнити від вірусних гострокінцевих кондилом (м'які, на ніжці, поверхня часточкова, як цвітна капуста). У цьому періоді сифілісу діагноз підтверджується виявленням на поверхні ерозивних папул і широких кондилом, блідих трепонем, а також позитивними серологічними реакціями.

Лікування сифілісу проводять препаратами пеніциліну (біцилін, ретарпен, екстенцилін) у шкірно-венерологічних диспансерах, відповідно до інструкцій, затверджених МОЗ України.

Профілактичні заходи: уникнення випадкових дошлюбних і позашлюбних статевих зв'язків. При випадкових статевих зносинах методом профілактики сифілісу є використання презерватива. У разі пошкодження презерватива чи здійснення статевого акту без його використання слід ретельно обмити зовнішні статеві органи теплою водою з милом, а потім після сечовипускання провести в перші дві години обробку статевих органів 0,05 % розчином хлоргексидину біглюконату.

Медичні працівники, зокрема медичні сестри, повинні бути дуже обережними під час роботи з хворими на сифіліс, які трапляються серед пацієнток гінекологічного стаціонару. Перед оглядом таких хворих та

виконанням призначених процедур слід обов'язково одягати гумові рукавички, стежити за тим, щоб рукавички не були пошкоджені. У випадку пошкодження рукавички та після закінчення роботи з хворими руки необхідно обробити.

Сучасні особливості клініки та перебігу сифілісу

Спостереження впродовж останніх років виявили цілу низку особливостей у клінічній симптоматиці та перебігу сифілітичної інфекції. Врахування цих особливостей має певне значення для ранньої діагностики цієї хвороби та проведення певних профілактичних заходів.

З'ясувалося, що в сучасних умовах інкубаційний період сифілісу може подовжуватися до 2-3 місяців під впливом змішаної інфекції, а саме: одночасного існування сифілісу та гонореї, хламідіозу, мікоплазмозу, герпетичної інфекції чи трихомоніазу й широкого застосування в медичній практиці метронідазолу (трихополу). У деяких хворих можливе вкорочення інкубаційного періоду до 1—2 тижнів під впливом зловживання наркотиками, алкоголем, лікування імунодепресантами. Зареєстровані випадки сифілісу з характерними клінічними проявами при від'ємних серологічних реакціях, які в процесі специфічної терапії стають позитивними. Почастішали випадки реінфекції зі своїми особливостями: зміна строків інкубації, часті виразкові множинні шанкери, пустульозні сифіліди, а реакція Вассермана стає позитивною вже на 2-му тижні існування шанкеру.

Особливості первинного періоду такі:

- часті множинні шанкери, збільшення кількості шанкерів, які перебігають за типом ерозивного баланопоститу, баланіту;
- частішали випадки карликових шанкерів, а також шанкерів у вигляді дрібних ерозій, подряпин без інфільтрації;
- часті випадки ускладнених шанкерів у вигляді парафімозу, фімозу в чоловіків, а також гігантських шанкерів із гангренізацією чи фагеденізмом;
- значна кількість випадків поєднання сифілісу із герпетичною, бактеріальною, грибковою інфекцією, коростою;
- частішали випадки шанкерів без інфільтрації.

В останні роки частіше трапляються випадки сифілітичної інфекції із локалізацією шанкерів у роті, у ділянці промежини, ануса, прямої кишки.

На нижній і верхній губі тверді шанкери частіше бувають ерозивними, вкритими кірочками й нагадують банальну або герпетичну ерозію, а при наявності гіпертрофічного шанкеру — епітеліому. На слизовій оболонці язика первинна сифілома може мати вигляд лінійної тріщини із щільною основою, на слизовій оболонці ясен — півмісяця біля шийки зуба.

При відсутності у хворих на свіжий сифіліс шанкерів або специфічних рубців виникає необхідність огляду ділянки ануса та прямої кишки. У

ділянці анального кільця шанкери в чоловіків-гомосексуалістів (2-7 %) у вигляді болючих, схильних до кровоточивості тріщин у глибині складок, які при обстеженні потрібно розтягувати; при проведенні дослідження на бліду трепонему її виявляють у цих випадках у 95% таких хворих. Диференціальна діагностика передбачає мати на увазі геморой, тріщини анальної ділянки. Шанкери ж прямої кишки при обстеженні ректороманоскопом, як правило, множинні, локалізуються найчастіше на бокових і задніх стінках на віддалі 3-7 см від зовнішнього сфінктера. Це овальні ерозії, яскраво-червоні, з чіткими контурами, малоболючі та легко кровоточать.

Частіше реєструються тверді шанкери на шкірі лона, живота, стегон, які часто вкриті кірочками внаслідок місцевого самолікування.

Особливістю первинного сифілісу в сучасних умовах є також часта (у 9-10%) відсутність характерного регіонарного склераденіту.

Продромальні явища (гарячка, нічні болі в кістках, головний біль тощо) за 8-10 днів до виникнення дисемінованої висипки в даний час трапляються дуже рідко (біля 3 % випадків).

Вторинний період сучасного сифілісу має такі особливості

- часті випадки ураження слизової оболонки рота без типових для сифілісу ознак (неболючість, чіткість меж ураження, інфільтрація);
- збільшилася кількість хворих з долонно-підшововими та пустульозними сифілідами;
- трапляються випадки із незначною кількістю нетипових сифілідів;
- сифілітична розеола може локалізуватися на обличчі, долонях, підшвах;
- при наявності рясної розеоли хворих турбує сверблячка, відчуття паління;
- частіше трапляються папульозні та ерозивно-виразкові сифіліди на геніталіях, мошонці, в аногенітальній ділянці, а також сифілітичне випадіння волосся (алопеція). Дуже частою знахідкою є широкі кондиломи.

Перелічені особливості клініки сифілісу на сучасному етапі слід враховувати в процесі діагностики.

СНІД

Синдром набутого імунodefіциту людини (СНІД) – це ураження імунної системи людини, яке клінічно проявляється лімфаденопатіями, прогресуючим розвитком інфекційних захворювань та злоякісних пухлин.

Збудником СНІДу є вірус (ретровірус), який має здатність уражати імунну систему організму людини, дуже чутливий до нагрівання, на нього згубно діють 70% спирт та інші дезінфекційні розчини.

За приблизними підрахунками ВООЗ, вірусоносіїв (ВІЛ) на земній кулі більше, ніж 10 млн.

Вірус СНІДу передається:

- під час статевих зносин (анальних, вагінальних);
- через забруднені голки при внутрішньовенному введенні наркотиків;
- при контакті хворої матері та дитини: внутрішньоутробний, при пологах, під час годування груддю;
- через донорські органи та тканини, у тому числі при переливанні крові хворої на СНІД людини здоровій;
- професійний шлях передачі медичних працівників, коли кров, хворої на СНІД людини потрапляє на ушкоджену шкіру.

У хворих на СНІД збудник у значних кількостях присутній в крові, слині, піхвовому вмісті, спермі, слютній та спинномозковій рідині.

Перебіг СНІДу характеризується наявністю тривалого латентного періоду - від одного місяця до декількох років. Вірус впродовж років може ніяк себе не проявляти. Носій вірусу вважає себе здоровою людиною і може заразити дійсно здорових людей.

СНІД діагностується шляхом визначення присутності вірусних частин у крові (або антитіл до них).

У перші 1,5- 3 місяців та більше після зараження антитіла до ВІЛ часто не вдається визначити. Особливістю виробки антитіл у разі СНІДу характеризується тим, що вони можуть тривало існувати разом з вірусом, не вбиваючи його.

СНІД не є суто вірусним захворюванням. У термінальній стадії це захворювання переходить в тяжку форму: розвивається запалення легень, сепсис, злоякісні новоутворення. У клінічній картині хворих на СНІД переважають інфекційні захворювання, які визиваються бактеріями, грибами типу Кандида, цитомегаловірусами, вірусом простого герпесу та ін.

Спроби застосувати противірусні препарати для лікування СНІДу виявилися неефективними. Дослідження, проведені в США, показали, що 6-тижневий курс в/в застосування противірусного препарату знижує швидкість розмноження вірусу, але не впливає на перебіг захворювання.

Лікування. Встановлено, що в світі є біля 6 різноманітних доступних методів лікування:

- застосування “Імуннорегулятора”, який вперше був застосований у Пуерто-Ріко в пацієнтів, які прожили 6 років після встановлення діагнозу;
- застосування в Швейцарії препаратів карцивирену та ровіталю, виготовлених з лікарських рослин, зберегло життя більше, ніж 230 пацієнтів із Танзанії;
- застосування трьохвалентного кисню дає вражаюче поліпшення клінічного стану при умовах, якщо хвороба не прогресувала довго;
- тимус корови, який застосували у Європі та Америці, повертав пацієнтів до нормального життя з поліпшенням в імунній системі;

- аюрведівське лікування лікарськими рослинами та дієтою успішно доказано в Європі;
- тибетську медицину успішно застосовують в Римському університеті, застосовуючи препарат Padma 28.

Урогенітальний мікоплазмоз

Етіологія. Збудником є *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*.

В етіології запальних захворювань жіночих статевих органів мають значення асоціації мікоплазм із трихомонадами, гонококами, хламідіями, анаеробами. Мікоплазми передаються статевим шляхом, широко розповсюджені серед населення.

Клініка. Мікоплазмозна інфекція перебігає в гострій і хронічній формах та не має симптомів, специфічних для даного збудника, а також часто виявляється в практично здорових жінок. Для неї характерний торпідний перебіг, нерідко спостерігаються латентні форми інфекції репродуктивної системи. У жінок збудники можуть активізуватися під впливом менструацій, оральних контрацептивів, вагітності, пологів. Уреаплазми виділяють у пацієток із кольпітом, цервіцитом, уретритом, частіше в асоціації з іншими мікроорганізмами, симптоматику яких див. у розділі «Неспецифічні запальні захворювання жіночих статевих органів».

Діагностика. Для виявлення уреоплазми використовують бактеріологічний метод. Матеріал отримують з гнійних виділень запальної бартолінової залози, вмісту маткових труб при сальпінгіті, тубооваріальних утворів із гнійним вмістом чи інших гнійниках малого таза. Проводять тест на уреазу (кольоровий показник), що ґрунтується на здатності уреоплазм виділяти уреазу, яка, впливаючи на реакцію середовища, змінює колір індикатора. Також використовуються серологічна діагностика (дослідження парних сироваток в РСК і РНГА), дослідження імунограми та обстеження на інші види інфекцій (хламідії, гонококи, трихомонади, вірус простого герпесу).

Лікування: етіотропне — використовуються протимікробні засоби з груп макролідів (еритроміцин, сумамед, рокситроміцин), тетрациклінів (тетрациклін, доксициклін), фторхінолони (ципрофлоксацин) тощо. Препарати цих груп застосовують не менше 10-14 днів з наступним лабораторним контролем. Іншим напрямком лікування є стимуляція імунітету (імуноглобулін, левамізол, Т-активін, настойка женьшеню).

Профілактика. Обстеження жінок з групи ризику (повій, безплідних, із запальними процесами статевих органів), а також інші заходи, спільні для хвороб, що передаються статевим шляхом.

Кандидозний вульвовагініт

Кандидоз — захворювання, яке викликають дріжджові гриби, може передаватися статевим шляхом. Поширена локалізація—у ділянці піхви, вульви. Для кандидозного вульвовагініту характерні скарги на відчуття свербіння, паління, болючості, значні сирністі виділення з піхви. При огляді слизова оболонка геніталій гіперемійована, набрякла, у складках накопичення білих нашарувань.

Лікування. При гострій формі захворювання проводять лікування орунгалом. Висока ефективність лікування спостерігається при використанні дифлюкану — 150 мг на 1 приймання, а також гіно-певарилу по одній свічці (150 мг) на ніч протягом 3-х днів.

Хламідіоз статевих органів

Хламідіоз статевих органів — поширене інфекційне захворювання, яке відноситься до сексуально-трансмисивних хвороб. Часто спостерігається в чоловіків (негонорейний уретрит, епідидиміт, орхіепідидиміт, проктит та ін.), жінок (кольпіт, цервіцит, ерозії, уретрит, сальпінгіт, проктит тощо) і навіть у новонароджених (зараження відбувається під час пологів).

Збудником є хламідії — грамнегативні бактерії, урогенітальний штам яких, крім ураження статевих органів, може викликати також фарингіт, кон'юнктивіт, перигепатит.

Клініка. Інкубаційний період триває 20-30 діб. При хламідійному ендцервіциті в гострій стадії спостерігають гнійні (серозно-гнійні) виділення з каналу шийки матки, набряк і гіперемію її піхвової частини. У хронічній стадії виникають слизово-гнійні виділення та псевдоерозія шийки матки. Хламідійний уретрит може перебігати безсимптомно або проявлятися дизуричними явищами.

Діагностика ґрунтується на даних анамнезу (тривало хворіють обидва партнери, безплідність). Остаточний діагноз встановлюють при виявленні хламідій у зіскребку з каналу шийки матки, піхви, уретри. Найточнішими є імуноферментні та імунофлюоресцентні методи.

Лікування. Необхідно одночасно лікувати жінку та її статевого партнера. На час лікування забороняють статеве життя, вживання алкогольних напоїв, гострої їжі, тривалі фізичні та психічні перевантаження. Призначають препарати тетрациклінової групи, антибіотики-макроліди (клацид, еритроміцин).

Трихомоніаз

Трихомоніаз — паразитарна хвороба, що розвивається внаслідок проникнення піхвових трихомонад у нижні відділи статевих органів і сечівника. Це найпоширеніше захворювання з-поміж тих, що передаються при статевих зносинах. Позастатеве зараження можливе в рідкісних випадках: у лікувальних закладах — під час використання для дослідження недостатньо знезаражених рукавичок, інструментів тощо, у побуті — під час користування чужими губками, білизною, рушниками тощо.

Інкубаційний період триває 5-15 днів. Основним місцем паразитування трихомонад є слизова оболонка піхви, канал шийки матки, порожнина матки, маткових труб, вивідних проток бартолінових залоз, сечівника, сечового міхура.

Клініка. Частіше спостерігається кольпіт, уретрит, ендоцервіцит, проктит, рідше — висхідна інфекція. При гострій і підгострій формах хворі скаржаться на появу пінистих білей з неприємним запахом, відчуття свербіння та паління в зовнішніх статевих органах і піхві, паління та болючість при сечовипусканні.

Об'єктивні дані: почервоніння, мацерація, розчухи шкіри вульви, промежини, малих і великих статевих губ, наявність ерозії на шийці матки, почервоніння та набряк слизової оболонки піхви, пінисті гноєподібні білі. При торпідній (малосимптомній) формі прояви захворювання незначні або відсутні. Хронічний трихомоніаз характеризується появою білей, свербінням, при цьому ознаки запального процесу незначні, спостерігаються часті рецидиви.

Діагностика. Діагноз підтверджують даними анамнезу, об'єктивного дослідження, мікроскопії.

Лікування:

- одночасне лікування хворої та її статевого партнера;
- заборона статевого життя в період лікування;
- використання протитрихомонадних засобів на тлі загальних і місцевих гігієнічних процедур;
- лікування супутніх запальних захворювань статевих органів. Протитрихомонадними засобами є метронідазол (трихопол, кліон, метрагіл, флагіл), фазижин (тинідазол), атрикан, наксоджин, тиберал, солкотриховак, тержинан.

Для лікування свіжого трихомоніазу призначають метронідазол, тинідазол (приймають після вживання їжі), наксоджин — 500 мг 2 рази на день протягом 6 днів. Кліон Д використовують у вигляді вагінальних таблеток по 1 таблетці на ніч протягом 10 діб. Під час вагітності та грудного вигодовування дитини зазначені препарати протипоказані. Місцево можна

застосовувати антисептичні розчини: баліз-2, 0,002% розчин хлоргексидину, трихомонацид.

Вірусні захворювання

Останнім часом значно зросла кількість захворювань статевих органів, викликаних вірусами, особливо серед молоді. Вірусні інфекції можуть проходити в латентній, малосимптомній та клінічно вираженій формі, тому їх нелегко діагностувати. Захворювання особливо несприятливо впливають на перебіг вагітності — існує ризик передачі вірусу плоду. У плода виникають захворювання або вади розвитку, які призводять до його загибелі та переривання вагітності. Кожна вагітна, у якої стався викидень (завмерла вагітність), повинна бути обстежена щодо інфікування, оскільки у значної частини таких жінок виявляють цитомегаловірус, вірус грипу, вірус гепатиту А і В, папіломавірус. Окрім впливу на плід, вірусна інфекція, як показали дослідження останніх років, є фактором ризику розвитку раку жіночих статевих органів.

Герпетична інфекція

Герпетичні захворювання статевих органів викликаються вірусом простого герпесу, головним чином другого типу — ВПГ-2.

Джерелом інфекції є хворі та носії. Збудник частіше трапляється в молодих жінок, які живуть статевим життям, можливе інфікування вірусом простого герпесу під час орогенітальних контактів. Генітальний герпес передається статевим шляхом. Під час вагітності ВПГ-2 може викликати її невиношування та вади розвитку плода.

Генітальний вірус відносять до позитивно перекопуючих інфекцій, тому захворювання має схильність до рецидивів.

Клініка. Екстрагенітальні симптоми: підвищення температури тіла, міалгія, головний біль, нудота, герпетичні висипання на обличчі, порушення сну. Генітальні прояви: у ділянці нижніх відділів статевої системи — вульви, піхви, шийки матки, біля уретри чи промежини — на тлі гіперемованої чи набряклої слизової з'являються окремі або множинні везикули розміром 2-3 мм, які існують упродовж 2-3 днів. Тоді везикули розриваються і в їх основі утворюються виразки неправильної форми, вкриті жовтим нальотом. Виразки загоюються за 2-4 тижні, не утворюючи рубця. При цьому хворі скаржаться на відчуття болю, свербіння, печії в ураженій ділянці, тяжкість у нижніх відділах живота.

Діагностика ґрунтується на даних анамнезу, скарг, об'єктивного дослідження, виявленні ВПГ-2 чи його антитіл у сироватці крові хворої. Найбільш достовірним вважається метод знаходження збудника у виділеннях з піхви, шийки чи порожнини матки та уретри.

Лікування складає труднощі у зв'язку з частими рецидивами захворювання та можливістю реінфекції.

Місцева терапія: сидячі ванни, спринцювання розчинами перманганату калію, відвару ромашки тощо. Місцеве застосовують мазі: мегасин-3 %, бонафтон-3 %, алпізарин-3 %.

Для лікування рецидивів використовуються противірусні хіміопрепарати, герпетичні вакцини, протирецидивну імунотерапію.

Цитомегаловірусна інфекція

Збудником є цитомегаловірус. Відсоток інфікування жінок, за даними світової літератури, дуже високий. У Західній Європі він становить від 50 до 85 %. Серед вагітних із звичним невиношуванням - інфікованих 70 %.

Цитомегаловірус, який проник в організм, персистує в ньому тривалий час, виділяючись при цьому зі слиною, передається при статевих контактах.

Клініка. Основними ознаками інфікування є екстрагенітальні симптоми: ураження ЦНС, тромбоцитопенія, ураження печінки, часті пневмонії. Інфікування плода під час вагітності призводить до вроджених вад розвитку плода (мікроцефалія, глухота), захворювань, що проявляються в новонароджених та в дитячому віці (церебральний параліч, м'язова слабкість). Проявляється у вигляді цервіциту й ерозій шийки матки, кольпіту, вульвіту й інших запальних захворювань, які перебігають у субклінічній формі.

Профілактичні заходи: уникнення випадкових дошлюбних і позашлюбних статевих зв'язків, використання презервативів, дотримання правил особистої та загальної гігієни.

БЕЗПЛІДНИЙ ШЛЮБ

Безплідним вважають шлюб, якщо протягом року регулярного статевого життя без застосування контрацептивів не настає вагітність. Безпліддя в сім'ї за останні десятиліття стало проблемою медицини й соціології не лише в нашій країні, а й за кордоном. За даними ВООЗ, майже 10% подружніх пар не здатні до зачаття. Безплідність поділяють на чоловічу, жіночу та змішану. Близько 45% випадків безплідних шлюбів пов'язано з безпліддям чоловіків, 55% - із безплідністю у жінок.

Жіноче безпліддя

Розрізняють безпліддя *первинне*, коли в жінки не було жодної вагітності при регулярному статевому житті без застосування контрацептивів протягом року, і *вторинне*, якщо в минулому були вагітності.

Крім того, розрізняють *абсолютне* безпліддя, коли в організмі є такі зміни, за яких вагітність абсолютно не можлива (аплазія піхви, матки, яєчників) і відносне, коли до безпліддя призводять причини, які можна усунути.

За етіопатологічним принципом безпліддя ділиться на: трубне, ендокринне, імунологічне безпліддя.

Трубне безпліддя

Трубне безпліддя виникає внаслідок порушення прохідності маткових труб, обумовлене різними запальними процесами. Воно складає 30-45% випадків жіночого безпліддя.

Запальні процеси, які призводять до трубного безпліддя, найчастіше розвиваються внаслідок проникнення інфекції в труби й черевну порожнину після абортів. Збудниками запального процесу є стафілококи, стрептококи, кишкова паличка, протей, гонококи, рідше гриби роду кандиди. В останні роки більшого значення надають хламідійній і мікоплазменній інфекції. В 54,8% випадків безпліддя при хронічних сальпінгофоритах виявляють мікробні асоціації. За останній час збільшилась частота пошкодження придатків матки мікобактерією туберкульозу. Під впливом інфекції відбуваються анатомічні зміни труби, що супроводжується і функціональними змінами – порушуються скоротлива, перистальтична функція маткової труби, які необхідні для пересування яйцеклітини в напрямку до матки. Для діагностики трубного безпліддя, окрім даних анамнезу, результатів бімануального дослідження, важливе значення має дослідження прохідності маткових труб.

Запропоновані раніше методи (пертубація, гідротубація) себе не виправдали. Більш досконалим є метод метросальпінгографії, при якому в матку вводять під тиском водорозчинні контрастні речовини (верографін, урографін, кардіотраст). При прохідності маткових труб контрастна речовина через них проникає в черевну порожнину й легко визначається за допомогою рентгенографії. Більш інформативним методом контролю прохідності маткових труб став метод ультразвукового дослідження.

Прохідність маткових труб також можна визначити методом хромолапароскопії: шляхом гідротубації в порожнину матки вводять підкрашену рідини, а лапароскопом визначають прохідність маткових труб, місце затримки рідни, наявність перитубарних спайок.

Ендокринне безпліддя

Ендокринне безпліддя - зустрічається в 20-50% безплідних шлюбів. Згідно з рекомендаціями ВООЗ (1976) виділяють 7 груп симптомокомплексів, які призводять до порушення овуляції в залежності від етіології та патогенезу захворювання.

I група – гіпоталамо-гіпофізарна недостатність - виникає часто на тлі генітального інфантилізму. У жінок відмічається аменорея, гіпоменструальний синдром. У хворих, цієї групи в крові мало або зовсім немає естрогенів яєчникового генеза, рівень гонадотропних гормонів знижений, явищ гіперпролактинемії немає. У цих випадках виявляють явища генітальної гіпоплазії (матка зменшена, у гіперантефлексії; шийка матки конічної форми; труби подовжені, звивисті).

II група – гіпоталамо-гіпофізарна дисфункція. У цієї групи теж відмічається аменорея, гіпоменструальний синдром, другі менструальні порушення (дисфункціональні маткові кровотечі).

Поряд з ановуляторними циклами й недостатністю лютеїнової фази, рівень гонадотропінів і пролактину невисокий. До цієї групи також відносяться хворі із склерокістозом яєчників – яєчникомою формою (синдром Штейна-Левенталя), наднирничковою та центрально-нервового походження. У них аменорея вторинна, яєчники (наднирники) виробляють підвищену кількість андрогенів, що призводить до пригнічення овуляції та явища маскулінізації (гіпертрихоз, ожиріння).

III група – яєчникова надостатність. До неї відносяться жінки з аменореєю, в яких різко знижена продукція естрогенів яєчниками при підвищеному синтезі фолітропіна (ФСГ). Часто в цих пацієнток трапляються хромосомні аномалії, наприклад, дисгенезія гонад (синдром Шерешевського-Тернера), тестикулярна фемінізація.

IV група – вроджені й набуті порушення гінетального тракта, які не зникають під впливом естрогенів, прогестерону. У цих випадках можуть виявлятися облітерація, синехії в порожнині матки, аменорея.

V група – гіперпролактинемія внаслідок наявності пролактиноми – пухлини в гіпоталамо-гіпофізарній ділянці. У хворих спостерігається аменорея, ановуляторні цикли, іноді недостатність лютеїнової фази.

VI група – гіперпролактинемія функціонального характеру – без наявності пухлини.

VII група – аменорея на тлі пухлини в гіпоталамо-гіпофізарній ділянці, але при відсутності гіперпролактинемії.

Важко приєднати до якоїсь із приведених груп таке захворювання, як ендометріоз, в розвитку якого гормонально-ендокринний компонент відіграє суттєву роль. При ендометріозі у хворих спостерігається ектопічне розміщення тканини ендометрія: у статевих органах (матка, яєчники, труби), поза ними (на очеревині, на слизовій носа, у пупі та інших органах).

Безплідність при ендометріозі обумовлена ановуляцією, дефектами лютеїнової фази.

Анатомічно найбільш яскравими змінами при ендометріозі, важливими для діагностики, є ендометріюїдні кісти яєчників, аденоміоз матки, який проявляється її збільшенням, порушеннями менструальної і генеративної функції.

Діагностика ендокринного безпліддя

На підставі анамнезу, огляду зовнішніх статевих органів (недорозвиток), бімануального дослідження (гіпоплазія матки та яєчників при гінетальному інфантилізмі; збільшення яєчників і матки при ендометріозі). Важливі відомості для діагностики дають функціональні методи обстеження – вимірювання базальної (ректальної) температури, симптом “зіниці”, симптом “папороті”.

При ановуляції базальна температура – однофазна, монотонна. Недостатнє підвищення температури в другій фазі циклу (37,0-37,1 С) або короткочасне (3-4 доби і менше) свідчить про неповноцінність жовтого тіла. При ановуляторному циклі не виражений симптом “зіниці” в шийці матки, відсутній симптом “папороті” в першій половині циклу, слиз шийки матки (в період овуляції) залишається скловидним, не набуває характерного натягу. Неблагоприємні дані одержують при тесті контакту сперми з шийковим слизом – сперматозоїди не проникають у великій кількості в слиз і швидко гинуть в ній (раніше 6 годин).

Велике діагностичне значення має визначення гормонів у крові. При гіперпролактинемії можна думати про V або VI групи ендокринного безпліддя, диференціація між ними зводиться до підтвердження або виключення наявності пухлини гіпофіза (шляхом рентгенографії черепа – ділянки турецького сідла, офтальмологічного обстеження). Гірсутизм, ожиріння, підвищений вміст в крові кортикостероїдів у випадках вторинної аменореї свідчать про склерокістоз яєчників.

По вмісту в крові естрогенів, прогестерону, ЛГ, при наявності відповідної клініки можна думати про гіпоталамо-гіпофізарну недостатність або

дисфункцію. Велику допомогу в діагностиці надають проби із введенням гормонів (АКТГ, естрогенів, прогестерону, ХГ, ЛГ-релізінг-гормону, преднізолону та ін.). Проба із введенням АКТГ і наступним визначенням 17-кетостероїдів дає змогу віддиференціювати склерокістоз яєчників від адреногенітального синдрому. У наш час великого значення набула патологія щитовидної залози, як причина ендокринного безпліддя. Це диктує необхідність проведення додаткових обстежень: визначення тиреоїдних гормонів (Т3, Т4, ТТГ), УЗД щитовидної залози. У діагностиці невеликих вогнищ ендометріоза на очеревині допомагає лапароскопія. Контролювати процес дозрівання фолікула, овуляцію доцільно за допомогою УЗД. У той же час потовщені і щільності зовнішньої оболонки яєчників, по їх кістам можна підтвердити діагноз склерокістоза. Синехії в матці діагностуються методом метросальпінгографії і гістероскопії.

Імунологічне безпліддя

Імунологічне безпліддя характеризується утворенням в організмі жінки антиспермальних антитіл по відношенню до білкових субстанцій (антигенам) сперми. В свій час І.І. Мечніков (1900) на кролях показав можливість імунізації тварин при парентеральному введенні сім'яної рідини. Ми першими почали вивчати проблеми імунологічного безпліддя (В.І. Грищенко і співавтори, 1979; В.І. Грищенко і Ф.В. Дахно, 1980).

Антигени сперми потрапляють в організм жінки під час статевого акту, проникають в матку, труби, черевну порожнину. Навіть у піхві макрофаги можуть захоплювати елементи сім'яної рідини, що зумовлює імунізацію.

Антиспермальні антитіла найбільш інтенсивно концентруються в цервікальному слизу, менше – в ендометрії, придатках матки, черевній порожнині.

Антиспермальні антитіла можуть бути:

- 1. Сперміоаглютинуючими.**
- 2. Сперміоімобілізуючими.**
- 3. Сперміоцитотоксичними.**

При високому титрі цих антитіл у статевому тракті, наприклад, в шийці матки, вони блокують сперматозоїди внаслідок аглютинації, імобілізації або за рахунок токсичного ефекту. Сперматозоїди при цьому втрачають здатність рухатись, а контакт з яйцеклітиною стає неможливим.

Для діагностики безпліддя імунологічного генеза проводять посткоітальний тест, тест контакту з цервікальним слизом. Для імунологічних порушень характерний феномен коливання (сперматозоїди здійснюють коливальні рухи на місці без поступальних). Крім того в досліджувальній рідині за допомогою спеціальних імунологічних реакцій визначають той чи інший вид антиспермальних антитіл. Під мікроскопом можна бачити аглютинацію сперматозоїдів.

Безпліддя, обумовлене вродженими і набутими змінами анатомічного характеру в репродуктивній системі. До цього виду стерильності відносять випадки відсутності піхви, матки (аплазія), зарощення цервікального каналу вроджене; хворих після видалення матки, яєчників. Часто спостерігається аменорея й безпліддя при прямокишково-піхвових, міхурево-піхвових, сечоводо-піхвових фістулах. Синехії матки, облітерація порожнини матки також призводить до аменореї та безпліддя. Діагноз при анатомічних порушеннях ставиться з урахуванням анамнезу, піхвового дослідження в дзеркалах, піхвового бімануального дослідження, метросальпінгографії, даних УЗД, лапароскопічного дослідження, зондування фістул.

Діагностика жіночого безпліддя

Діагностика жіночого безпліддя та алгоритм комплексного обстеження подружньої пари. На симпозіумі ВООЗ (1976) була запропонована схема комплексного обстеження подружжя, яка складається з 5 етапів.

I етап – збір анамнезу та обстеження подружжя. Збирають соматичний анамнез; з'ясовують перенесені операції, інфекції, характер і особливості становлення статевої системи; соціальні умови, можливі шкідливі фактори зовнішнього середовища на стан репродуктивних органів. На цьому етапі жінкам проводять гінекологічне обстеження, УЗД органів малого таза. Паралельно проводять комплексне обстеження чоловіка.

II етап – підтвердження наявності овуляції різними методами (вивчення кривих базальної температури, визначення рівня статевих гормонів, взяття біопсії ендометрія, вивчення інших тестів функціональної діагностики для оцінки функції яєчників).

III етап – вивчення цервікального слизу із сперми, а також їх сумісності. Проводяться тести для вивчення характеру слизу цервікального каналу й визначення ступеня проникнення сперматозоїдів в слиз каналу шийки матки *in vitro in vivo*.

IV етап – визначення прохідності маткових труб. Дослідження проводиться амбулаторно або в стаціонарі (лапароскопія, метросальпінгографія).

V етап – проведення спеціальних методів дослідження для підтвердження, виявлених на попередніх етапах, патологічних змін.

Лікування жіночого безпліддя

Залежить від форми безпліддя та причини, які його викликали. Терапія трубного безпліддя починається з консервативних методів, у випадку його неефективності, переходять до оперативних методів, штучних репродуктивних технологій.

При проведенні курсу терапії необхідно враховувати наявність у пацієток екстрагенітальної патології, високу частоту мікробних асоціацій, резистентність збудника до антибактеріальних препаратів, порушення взаємодій імунної та гормональної системи; полісистемність ураження; зниження працездатності; порушення психоособистостної характеристики жінки.

При частих загостреннях хронічного сальпінгофорита рекомендуються антибіотики з застосуванням полісинтетичних і сучасних препаратів (цефан, цефатоксим та ін) сульфамідів (сульфодиметоксин, бісептол 480), нітрофуранів (фурадонін, фуразолідон). Доповняти лікування тинідазолом, флагілом, метронідазолом. При мікоплазменній і хламідійній інфекції застосовуються препарати тетрациклінового ряду, при вірусній інфекції – противірусні препарати (ацикловір, віралекс, зовіракс, ганцикловір), лейкоцитарний інтерферон.

На першому етапі – дезінтоксикаційно-інфузійна терапія (гемодез, реополіглюкін). Адаптогени (екстракти елеутерокока, кореня женьшеню); вітаміни (В, Е, С).

На другому етапі протизапального лікування рекомендується йонофорез солей міді й цинку, адаптогени.

На третьому етапі – диференційована імунокорекція, стимуляція імунітету; засоби, які покращують мікроциркуляцію та антиагреганти (трентал, компламін, реополіглюкін) на тлі дії ультразвуком.

При хронічному сальпінгофориті на першому етапі показані адаптогени, вакцинотерапія, біостимулятори: (алоє, ФіБС, скловидне тіло), ферменти (трипсин, хімотрипсин), продигіозан, глюкокортикоїди, токи УВЧ, ультразвук, грязелікування (не раніше, ніж через 6 місяців після загострення). При туберкульозі геніталій – специфічна терапія.

Ще недавно обов'язковим компонентом для відновлення прохідності маткових труб були гідротубації з підвищенням тиску до 150 мм рт.ст. Але досвід показав, що не завжди при цьому відновлюється прохідність труб, навпаки, труби розтягуються, утворюючи гідросальпінкси, атрофується на їх внутрішній поверхні війковий епітелій, який відіграє важливу роль в процесі транспортування гамет.

Застосовуються й хірургічні методи лікування трубного безпліддя. Нові можливості для оперативного лікування створив **метод лапароскопії**. Він малотравматичний, дозволяє виконати такі ж втручання, як і при лапаротомії:

- **фімбріолізис** (ліквідація зрощень у ділянці фімбрій);
- **сальпінголізис** (роз'єднання зрощень навколо труби);
- **сальпунгостоматопластика** (утворення в трубі нового отвору при запаєному ампулярному кінці);

У післяопераційному періоді необхідно проводити гідротубації для попередження утворень зрощень, облітерації утворених отворів.

При відсутності маткових труб або облітерації їх на великому протязі, а також у випадках відсутності ефекту від терапії та оперативних втручань – ставити питання про екстракорпоральне запліднення.

При ендокринному безплідді основне завдання – відновити або нормалізувати процес овуляції з продукцією повноцінних яйцеклітин і достатнім розвитком жовтого тіла.

При явищах гіпоталамо-гіпофізарної недостатності (гіпоплазія матки, інфантилізм з аменореєю, гіпоменструальний синдром), лікування розпочинають з циклічної терапії естрогенами й гестагенами (прогестерон), попередньо наситивши організм фолікулярними гормонами (фолікулін, сінестрол, етиніл-естрадіол) під контролем тестів функціональної діагностики. При цьому, бажано, добитися менструальноподібної кровотечі. Після цього переходять до циклічної гормонотерапії, на фоні якої з 5 по 9 день циклу призначають кломіфен (перший місяць 0 по 50 мг на добу, при недостатньому ефекті на другий місяць – по 100мг, на третій – по 150мг). На 2-4-6-й дні підвищення базальної температури рекомендується вводити хоріонічний гонадотропін по 1500-2000 МО. Ці препарати можна комбінувати з людським менопаузальним гонадотропіном – пергоналом, який містить 75 МО ФСГ і ЛГ, хоріогоніном. Лікування бажано проводити під контролем УЗД (спостерігати за ростом фолікули в яєчнику) і визначенням естрадіола в крові. Контроль фолікулогенеза необхідний для визначення ефективності лікування й для попередження гіперстимуляції яєчників

При гіпоталамо-гіпофізарній дисфункції (ановуляція, низький рівень ЛГ) також застосовується кломіфен, ХГ, пергонал. Використовуються фізіотерапевтичні фактори (ендоназальний електрофорез вітаміну В₁, новокаїну; шийно-лицева гальванізація з вітамінами Е, В; ультразвук; дія на шийку матки гелій-неоновим лазером).

У жінок з яєчником недостатністю – з циклічної гормонотерапії естрогенами й прогестероном, переходять на поєднання із стимуляцією овуляції. Стимуляція овуляції при різних формах безплідності дає виникнення вагітності в 30 - 40% спостережень, відновлення овуляції – 70-90%. У групах гіперпролактинемією, для нормалізації рівня гормона показано застосування інгібіторів пролактина (бромкриптин, парлодел, роналін). Ці препарати подавляють синтез пролактина середньою долею гіпофіза. Починають з 1,25 мг один раз на добу протягом тижня, потім по 2,5 мг 2 рази на добу під контролем базальної температури; вмісту пролактину в крові; вираженості галакторії, якщо вона була до початку лікування. Дозу можна поступово підвищувати до 20 мг на добу. Уже через 8-10 тижнів після початку лікування з'являється овуляція, а потім – менструація, вагітність. Частота відновлення фертильності коливається від 43 до 75,6%.

При пухлин в ділянці гіпоталамо-гіпофізарної системи (група VI) показане оперативне втручання. Лікування склерокістоза яєчників спочатку проводиться консервативне, а при його неефективності – прибігають до

операції. У зв'язку з відсутністю овуляції фолікулів у яєчнику призначається кломіфен.

Позитивний результат можна одержати під впливом метродину (з 3 по 5 день менструації по одній ампулі щоденно), при досягненні одного із фолікулів розміром 18-20 мм у діаметрі (контроль УЗД) вводять 10 т ОД ХГ. При консервативній терапії не допустити розвитку гіперпластичних процесів у ендометрії. Для цього призначаються комбіновані естроген-гестагенні (оральні) контрацептиви. Найбільше ефективним при гіпертрихозі у цих хворих є препарат “Діане-35”. Хворі його приймають циклічно протягом 6 місяців. Із оперативних методів лікування склерокістоза успішно застосовується клиновидна резекція яєчників шляхом лапаротомії. Ефективність методу: відновлення менструального циклу у 80%, у 63% - виникає вагітність. Зараз клиновидну резекцію виконують із допомогою лапароскопії, завдяки чому втручання менше травматичне й рідше призводить до спайкового процесу й вторинного трубного безпліддя. Хороші результати дає мікрорезекція (Т.А. Бережна, 19998), аргонна коагуляція яєчників (В.І.Грищенко, Н.І. Козуб, 1998).

Якщо полікістоз яєчників розвивається на тлі надниркової гіперандрогенії, необхідно призначати препарат глюкокортикоїдного ряду (дексаметазон), які можна комбінувати з кломіфеном. При гіперпролактинемії призначають парлодел, при гіпертрихозі – “Діане-35”.

При склерокістозі на тлі нейро-ендокринного синдрому рекомендується дієта для схуднення, кломіфен; при рецидивуючих (гіперпластичних) процесах в ендометрії – клиновидна резекція яєчників.

Лікування ендометріоза повинно бути спрямоване на нормалізацію функції гіпоталамо-гіпофізарної системи. З цією метою в 70-х роках розпочали застосовувати естроген-гестагенні препарати і гестагени. Широко стали застосовувати оральні контрацептиви. Однак зараз їх витіснив 17-альфа-етиніл-тестостерон; препарати даназол, дановал. Призначають їх по 400-800 мг на добу протягом 6 місяців. Ще більше ефективними виявилися антагоністи релізінг-гормонів, зокрема золадекс, який вводиться під шкіру живота по 3,6 мг раз у 28 днів протягом 6 місяців. При зовнішньому ендометріозі, розміщеному в ділянці яєчників, проводять оперативне лікування. При пошкодженні шийки матки – лікування лазером, кріометодом (А.В.Адамян, С.І. Кисельов, 1991). У наступному – курс лікування диназолом, диновалом. Іноді жінка може завагітніти, якщо ліквідувати мілкі вогнища ендометріоза на поверхні очеревини за допомогою лапароскопії.

Для лікування імунологічного безпліддя проводилися спроби зменшити ступінь сенсibiliзації організму: не допустити контакту організму жінки зі спермою (презервативи), призначення глюкокортикоїдних препаратів. Ефективність цих дій була низькою. Кращі результати дали внутрішньоматкові інсемінації спермою чоловіка з тим, щоб сперматозоїди не були блоковані цервікальним слизом. Ефективність методу досягає 40-50%. Результати

штучної інсеминації вдалося покращити, промиваючи перед інсеминацією порожнину матки фізіологічним розчином для видалення слизу, який містить антитіла (В.І. Грищенко, 1982). Лікування при анатомічних змінах у статевих органах направлено на усунення цих змін, звичайно, оперативним шляхом: зашивання піхвових фістул, видалення міоматозних вузлів, розрушення синехій у порожнині матки, відновлення прохідності в гінетальному тракті при різних гінатрезіях.

Для лікування жіночого й чоловічого безпліддя в останні роки все ширше застосовуються допоміжні репродуктивні технології. До них відноситься внутрішньоматкова інсеминація спермою чоловіка.

Найбільшим досягненням, яке уже широко впроваджується в практику, це є *екстракорпоральне запліднення*. Перші спроби екстракорпорального запліднення були проведені ще в 1944 році. Інтенсивна дослідницька робота продовжувалася, яка привела до народження в Англії дівчинки “із пробірки” в 1978р. - Луїза Браун.

В Україні перша дитина, також дівчинка, після запліднення *in vitro*, народилася в Харківському центрі по лікуванню безпліддя в 1991 р. Метод набув широкого розповсюдження і застосовується не лише при трубному безплідді, а й при деяких формах ендометріоза, безплідді неясного генеза, імунологічному безплідді у випадках високого рівня сенсibiliзації і безрезультатності внутрішньоматкових інсеминацій.

Екстракорпоральне запліднення з подальшою ембріотрансплантацією починається із стимуляції овуляції (кломіфеном), широко застосовуються екзогенні гонадотропіни (препарати із сечі жінок в менопаузі, які містять ЛГ і ФСГ - хумігол, пергонал, піопергонал, - або ФСГ (метродин). Найбільше удосконалена методика-стимуляція екзогенними гонадотропінами з одночасною блокадою власних гонадотропінів за допомогою антагоністів РГ, ЛГ (госфелін, нафарилін). Порівняно з ендогенними рилізінг-гормонами ці препарати активніші в 50-100 разів. Стимуляцію ведуть за “короткою” схемою (з першого дня менструального циклу) або по “довгій” схемі (з кінця фолікулярної фази попереднього циклу). Яйцеклітини вважають дозрівшими при концентрації естрадіола в крові не менше 350 мг/мл на один фолікул, при діаметрі фолікулів не менше 15 мм і товщині ендометрія 0,8-1,0 см. При цьому вводиться 10 тис. одиниць препарату ХГ (профази, хоріогонін, пригніл), а через 35-36 годин одержують яйцеклітину. Зараз одержують яйцеклітки шляхом пункції через піхву під контролем ультразвукового апарату з піхвовим датчиком. Ооцити запліднюють, культивують у спеціальних середовищах протягом 40-48 годин, а ембріони на початковій стадії розвитку трансплантують у матку. У матку переносять декілька ембріонів. Це дає кращий результат, але призводить до багатопліддя. Після ембріотрансплантації жінці вводять по 1500 мг ХГ разом з 0,25 мг дексаметазону щоденно; іноді призначають прогестерон – з метою кращого збереження вагітності, профілактики викидня. Метод екстракорпорального запліднення й

ембріотрансплантації настільки добре розроблений, що на другий план відійшли такі методи допоміжної репродукції, як підсадка гамет і зигот у маткові труби, які, здавалось би, більше фізіологічні порівняно з екстракорпоральним заплідненням і ембріотрансплантацією.

Терапія жіночого безпліддя безперервно вдосконалюється, результати її настільки покращилися, що стала реальною можливістю відчуття почуття материнства таким жінкам, для яких раніше це було неможливо і вони відносилися до випадків абсолютного безпліддя.

Чоловіче безпліддя

Класифікація та клініка чоловічого безпліддя

Запропонована класифікація є модифікацією класифікації професора І.Ф. Юнда, складеною з урахування етіології та патогенеза безпліддя.

Форми чоловічого безпліддя згідно з цією класифікацією:

1. Екскреторне безпліддя:

- **екскреторне – токсичне.** До цієї форми безпліддя можуть приводити хронічний простатит, хронічний уретрит, колікуліт, везикуліт, орбіт, епідидиміт;
- **екскреторно - обтураційне.** Причинами його можуть бути травми статевих органів, інфільтрати, пухлини, післяопераційні рубці, ускладнення після хронічних запальних процесів з порушенням прохідності сім'явиносних протоків; вроджені аномалії сім'явиносних шляхів.

2. Секреторне безпліддя:

- **секреторно – ендокринне.** Виникає внаслідок первинного або вторинного гіпогонадізму, причинами якого є: тестикулярна агенезія орбіт, крипторхізм, синдром Клайнфельтера, синдром Дель-Кастилло, синдром плодовитих євнухів (недостатність ЛГ) та інше;
- **секреторно – токсичне.** До нього призводять усі види екзогенної інтоксикації, хронічні отруєння в побуті й на підприємстві; ендогенна інтоксикація при тривалих хронічних захворюваннях, порушення дезінтоксикаційної функції печінки, нирок; фізичні фактори: систематичне перегрівання та переохолодження, токи високої частоти, промениста енергія, вібрація; хімічні фактори: отрути (ртуть, свинець, нітроген, мідний купорос, бензол, марганець, ксилол, толуол), медикаменти, алкоголь, паління, порушення харчування;
- **дискореляційне.** Виникає внаслідок ендокринопатій, вісцеропатій, гіпоталамо-гіпофізарно-гонадних дискореляцій; тривалої гормоно- терапії.

3. Імунологічне безпліддя. В основі даної форми безпліддя лежить аутоімунізація проти компонентів власних статевих шляхів (власні

антигени), які виникають внаслідок ендокринних, запальних, травматичних порушень.

Різні захворювання чоловічих статевих органів, таких як простатит, простатовезикуліт, варикоцеле, перекрут яєчка, непрохідність см'ячиносних протоків, грижепластика у віці до 11 років також можуть призводити до аутоімунних порушень.

Крім того, до імунологічного безпліддя можуть призводити порушення в системі гістосумісності (ABO – і HLA – системах) і ферментні порушення в процесі сперматогенеза також імунологічним вважається безпліддя при імунологічному конфлікті в репродуктивній системі подружньої пари (ізоімунізація жінки і виробка специфічних антиспермальних антитіл CIAT, ACAT, CAAT).

4. Відносне безпліддя.

При даній формі плодовитість еякулята не порушена, але існують різні причини, при яких неможливе попадання еякулята в піхву: асперматизм, ретроградна еякуляція, епіспадія, гіпоспадія, віргогамія, вагінізм, порушення копулятивної функції, сімейна дисгармонія.

5. Психогенне безпліддя.

Причинами цієї форми є приховані або явні психічні захворювання й характерологічні розлади, порушення подружніх взаємовідносин, психотравми (часті, тривалі, хронічні).

6. Поєднане безпліддя.

Виникає як результат поєднання екскреторного та секреторного компонентів безпліддя.

7. Ідеопатичне безпліддя.

Це такий стан, коли при відсутності соматичних захворювань і розладів у подружжя, нормальних показаннях спермограми у чоловіка, наявності овуляції і прохідності маткових труб у жінки вагітність не настає. Можливо причиною можуть бути ще не вивчені імунологічні фактори.

Чоловіче безпліддя також виникає при виснажливих захворюваннях печінки, нирок, легень, ендокринній патології (цукровий діабет, хвороба Іценко-Кушинга).

Обстеження чоловіків при безплідді

Включає в себе: загальні аналізи, лабораторні спеціальні методи обстеження.

Лабораторна діагностика чоловічого безпліддя

Заснована на оцінці стану генеративної та ендокринної функції яєчок. Основними лабораторними дослідженнями для оцінки запліднюючої здатності є аналіз еякулята й секрета простати, вивчення функціонального стану сперматозоїдів (резервні тести) і парні тести.

Але неможливо оцінити стан організму без загальних клінічних аналізів, які є обов'язковими (загальний аналіз сечі та крові, реакція Вассермана,

флюорографія, біохімічні аналізи крові – протеїнограма, трансамінази, цукор після навантаження) і дають можливість оцінити загальний стан організму й функцію печінки.

Дослідження еякулята – основний метод лабораторної діагностики чоловічого безпліддя.

Для одержання еякулята рекомендується мастурбація та утримання від статевих зносин, приймання лікарських препаратів, пива, алкоголю, відвідування сауни протягом 4-5 днів перед аналізами.

Для оцінки еякулята проводять макро- і мікроскопічне дослідження, визначають концентрацію сперматозоонів, кількість рухливих, живих і патологічних форм, визначення фруктози й лимонної кислоти; наявність включень (лецитинові зерна, клітки епітелію, лейкоцити, еритроцити, сперматофаги).

Для визначення спермограми необхідно досліджувати сперму не пізніше, ніж через 1-1,5 години після еякуляції. Сперму отримують шляхом мастурбації, або під час перерваного статевого акту. Збирають її в чисту суху посудину й доставляють у лабораторію.

Об'єм еякулята у здорових чоловіків становить від 2 до 5 мл. Загальна кількість сперматозоїдів повинна складати не менше 50 млн. Нормальною вважається сперма, в якій не менше 50% сперматозоїдів мають хорошу рухливість. Кількість сперматозоїдів визначають у лічильній камері з підрахунком їх в 1 мл еякулята і серед них відсоток рухливих.

При дослідженні еякулята можна виявити: азоспермію (відсутність сперматозоїдів), некроспермію (мертві сперматозоїди), олігоспермія (зменшення кількості сперматозоїдів).

Враховуючи хвилеподібний характер сперматогенеза й тимчасові зміни в еякуляті, бажано дослідження проводити (2-3 рази з інтервалом 1-2 тижні) і при цьому орієнтуватися на кращі показники. У випадку, коли у спермограмі є зміни, чоловіка направляють до сексопатолога чи андролога.

Дослідження секрета передміхурової залози

Секрет одержують методом пальцевого масажу передміхурової залози після 2-3 денного утримання від статевих актів й досліджують нативну краплю. Визначають наявність і кількість у секреті лецитинових зерен, лейкоцитів, епітелію, еритроцитів, сперматозоїдів, мікрофлори, трихомонад. Після чого визначають кристалізацію секрета простати, покрашений за Романовським-Гімзою. Наявність у секреті підвищеної кількості лейкоцитів (у нормі – до 10 в полі зору при збільшенні мікроскопу на 200), є показаннями до проведення бактеріологічного дослідження секрету простати, еякулята, сечі через 48-72 години після 3-разової гонопровокації (мета – ідентифікувати мікроорганізми й визначити антибіотикограму). При високому вмісті лейкоцитів у секреті – провести дослідження на гонорею після гонопровокації у шкірно-венеричному диспансері.

Резервні тести – це тести, які дають можливість визначити функціональний стан сперматозоїдів не залежно від показників спермограми.

До них відносяться:

- **Резистентність.** У центрифужну пробірку набирають 0,5 мл еякулята після його розведення, додають сюди свіжеприготовлений 1% розчин метиленового синього на 1% розчині хлориду натрію. Перемішують. Наносять дві окремі краплі на предметне скло й накривають двома покривними скельцями. Препарат зберігають при кімнатній температурі (22-24 С), щоб на нього не попадали прямі сонячні промені. Відмічають час повного припинення рухомості сперматозоїдів у краплі суміші. Якщо в одній краплі рухливість сперматозоїдів припинилася, а в другій ще зберігається, то час оцінюють по другій краплі. У нормі рухливість зберігається не менше 180 хв.
- **Окислювально-відновлювальна здатність.** Після розрідження еякулята набирають 0,5 мл його в центрифужну пробірку, додають 0,5 мл 0,01% розчину метиленового синього на 0,09% розчині хлористого натрію, перемішують і набирають стовпчик суміші висотою 3-4 см у лейкоцитарний меланжер. Недопустити попадання повітря в стовпчик суміші. Для контролю ставлять по дві проби на кожного пацієнта у двох меланжерах. Меланжери кладуть на білий листок паперу при температурі 22-24 С, щоб на них не попадало пряме сонячне проміння. Відмічають початок дослідження. Після цього, спостерігаючи за меланжерами, відмічаємо час знебарвлення суміші. Якщо в одному меланжері знебарвлення відбулося раніше, ніж у другому, враховується час швидшого знебарвлення. У нормі цей час рівний 20-45 хв.
- **Кількість сперматозоїдів із прямолінійними рухами.** У лейкоцитарний меланжер до мітки 0,5 набирають розріджений еякулят, додають фізрозчин до мітки 11. Перемішують, випускають дві краплі, а третю заправляють під притерте скельце лічильної камери Горяєва. Для підрахунку кількості сперматозоїдів із прямолінійними рухами відмічають сперматозоїди, які пересікли ліву стінку великого квадрата лічильної камери, скільки із них пересікло праву стінку, і скільки звернуло вбік. Підраховують до 100 сперматозоїдів і виражають у відсотках. У нормі їх повинно бути більше 50%.
- **Швидкість руху сперматозоїдів.** За допомогою секундоміра визначають час, за який сперматозоїд пройде відстань від однієї стінки великого квадрата лічильної камери до протилежної (по прямій). Підраховують цей час для 50 сперматозоїдів і одержують середню величину. Відстань між двома паралельними стінками великого квадрата лічильної камери Горяєва рівна 0,2 мм. виходячи з цього, вираховують швидкість руху сперматозоїдів. У нормі вона рівна 3мм/хв.
- **Втомлюваність.** Втомлюваність визначається різницею в кількості рухливих сперматозоїдів через 1 годину і 5 годин після первинного

дослідження еякулята. У нормі втомлюваність через одну годину рівна 5-8%, а через 5 годин – 15-18%.

- **Тривалість збереження рухливості.** Після проведення всіх досліджень еякулят залишають у стакані при кімнатній температурі (22-24 С), оберігаючи від попадання прямих сонячних променів. Кожні 6-12 годин досліджують краплю нативного препарату, визначаючи рухливих сперматозоїдів. Визначають час, коли всі сперматозоїди втратили рухливість. У нормі він становить 48-72 години.

Парні тести

Парні тести проводяться обов'язково, коли кількість сперматозоїдів у 1 мл еякулята не менше 5млн. Парні тести дають можливість визначити стан сперматозоїдів і особливо їх переміщення по статевим шляхам жінки, зокрема у піхві й цервікальному каналі. Парні тести проводяться в дні овуляції у жінки.

- **Посткоїтальний тест** – проба Шуварського- Симса-Гунера.

Техніка теста: у день овуляції в жінки, подружжю рекомендують статевий акт, після якого жінка протягом 30хв повинна полежати на підложеній під таз подушці. Потім протягом 1-1,5 години жінка приїздить на прийом до лікаря, де у неї беруть цервікальний слиз і вміст піхви, які досліджують під мікроскопом. Результати дослідження заносять у спеціальний бланк. В останню чергу проводиться окрашування 5% розчином еозина для визначення живих і мертвих сперматозоїдів. Велика кількість сперматозоїдів з коливальними рухами дозволяє запідозрити наявність імунологічного конфлікту й провести цілеспрямоване обстеження. У нормі повинно бути в полі зору (Х 200) більше 15 добре рухливих сперматозоїдів, які зберігають прямолінійні рухи.

- **Тест контакту сперми з цервікальним слизом (ТКСЦС)** – проба Курцрока-Міллера. Перед постановкою теста проводиться оцінка цервікального слизу й розвернута спермограма. На предметне скло наносять краплю слизу й сперми, накривають покривним скельцем і вивчають: час проникнення сперматозоїдів у цервікальний слиз, максимальну відстань проникнення, характер рухів сперматозоїдів в цервікальному слизу (кількість сперматозоїдів із прямолінійними, коливальними рухами; кількість нерухомих), кількість патологічних форм і види патології. Дослідження проводиться при кімнатній температурі (220) на чашці Петрі (зберігаючи скло у вологій камері). Усі перераховані показники визначаються через 30, 60, 120хв. Показники тесту оцінюються так же, як і при посткоїтальному тесті. Результати дослідження заносяться у спеціальний бланк.

- **Пенетраційний тест (ПТ) – капілярний тест, проба Кремера.**

Для постановки ПТ цервікальний слиз набирають у спеціальний капіляр діаметром 1 мл, один кінець якого герметично закривають пластиліном, а другий занурюють у стакан зі спермою на глибину не більше 5 мм, ставлять в

термостат при температурі 37⁰ С на годину і розглядають капіляр під мікроскопом: визначають відстань, на яку проникли сперматозоїди, їх кількість, кількість рухливих сперматозоїдів на максимальній відстані. У нормі, через 1 годину на відстані 3-5 см повинно бути 10-15 добре рухливих сперматозоїдів.

Спеціальні дослідження.

До них відносяться: *медико-генетична консультація* з визначенням каріотипу й статевого хроматину, яке проводиться при підозрі на генетично обумовлені або спадкові форми безпліддя, а також *генікографія* з наступною біопсією яєчка й морфологічним дослідженням тканини яєчка. Спеціальні методи дослідження проводяться тоді, коли на першому етапі обстеження була виявлена олігоспермія III-IV (до 5 млн. в 1 мл еякулята), аспермія або азоспермія.

У випадку аспермії треба провести диференційну діагностику тестикулярної та обтураційної форми. Тестикулярна аспермія частіше обумовлена синдромом Клайнфельтера (каріотип XXV, малі щільні яєчка, характерний фенотип, високий рівень ФСГ, низький або нормальний рівень тестостерона) і синдромом Дель-Кастилло (каріотип 46XV, нормальний фенотип, нормальних розмірів яєчка, немає ознак гіпоандрогенії. Високий рівень ФСГ. Високий рівень ФСГ при аспермії (і при відсутності гіпоплазії яєчок (дає підставу говорити про тестикулярну її форму навіть без біопсії і рекомендувати інсемінацію спермою донора.

Гіпоплазія яєчок, каріотип 47XXV, позитивний статевий хроматин (4%), високий рівень ФСГ свідчить про синдром Клайнфельтера. У даному випадку не потрібна біопсія.

Нормальний рівень тестостерона й ФСГ при відсутності гіпоплазії яєчок свідчить про збереження сперматогенеза й обтураційний характер аспермії, яка потребує відповідного лікування. У сумнівних випадках необхідна генітографія та біопсія. При біопсії з'ясовують стан сперматогенного епітелія в сім'яних канатиках.

Діагностичний алгоритм при безплідді подружньої пари

I етап. Загальноклінічні обстеження: збір анамнеза, скарги, об'єктивне дослідження, клінічні аналізи, аналіз еякулята й секрета передміхурової залози (2-3 рази), бактеріологічне дослідження екстрематів. Одночасне обстеження жінки.

II етап. Парні тести, посткоїтальний тест, тест контакту сперми із цервікальним слизом (прямий і перехресний), пенетраційний тест (прямий і перехресний):

– якщо посткоїтальний тест задовільний – обстеження чоловіка можна припинити;

- якщо посткоітальний тест незадовільний, проводиться тест контакту сперми із цервікальним слизом і пенетраційний тест (прямий і перехресний);
- якщо результати прямих тестів не задовільні, а перехресні задовільні, можливе імунологічне безпліддя;
- якщо результати прямих і перехресних тестів незадовільні, це свідчить про зниження функціонального стану сперматозоїдів – необхідне подальше обстеження.

III етап. Резервні тести:

- резервні тести в нормі при незадовільних парних тестах – парні тести повторити;
- резервні тести знижені – свідчить про погіршення функціонального стану сперматозоїдів і зниження їх запліднюючої здатності, незалежно від спермограми на першому етапі. Показане лікування (етіопатогенетичне – при визначеній причині безпліддя).

На цьому ж етапі проводиться гормональне та імунологічне обстеження хворих, консультації відповідних спеціалістів, патопсихологічне обстеження.

Додаткові обстеження для уточнення діагнозу безпліддя

Екскреторне безпліддя.

Загальний аналіз сечі в 3-х порціях. Бактеріологічне дослідження уретральних виділень, сечі, сперми, секрета передміхурової залози на наявність патогенних мікроорганізмів, сапрофітів, грибів, мікоплазм, хламідій, уроплазм, трихомоніаза, гонореї. Функціональні проби із сперматозоїдами, парні проби. При підозрі на обтурацію 3-х разове дослідження еякулята на наявність клітин сперматогенеза в центрифугаті. При відсутності клітин сперматогенеза – генітографія, біопсія яєчок. Дослідження центральних статевих гормонів.

Секреторне безпліддя.

Біохімічне дослідження еякулята, фруктози, лимонної кислоти, фруктоліза, мікроелементів. Визначення секреції статевих гормонів ФСГ, ЛГ, Т, ПРЛ, 17-КС, естрогенів і їх фракцій. Функціональні гормональні проби з ХГ і дексометазоном. Цитогенетичне дослідження: статевий хроматин, каріотип. Дослідження функції надниркових залоз, печінки, щитовидної залози, симпатoadреналової системи (катехоламіни), визначення основного обміну. Рентгенологічне й судинне дослідження. Біопсія яєчок. Медико-генетична консультація.

Поєднане безпліддя.

Виникає при поєднанні двох і більшої кількості факторів безпліддя, у залежності від яких застосовуються відповідні додаткові методи діагностики.

Імунологічне безпліддя.

Визначення в еякуляті ступеня спермаглютинації і кількості сперматозоїдів із коливальними й маятникоподібними рухами; посткоітальний тест, тест контакту сперматозоїдів із цервікальним слизом, пенетраційний тест (прямий, перехресний), імунограма та інше.

Психогенне безпліддя.

Психологічне, патопсихологічне, психіатричне обстеження, виявлення прихованих механізмів психогенній.

Оцінка запліднюючої здатності еякулята

Основним дослідженням для оцінки запліднюючої здатності чоловіка є дослідження еякулята. Р.Б. Капанадзе запропонував оцінювати плодовитість сперми за чотирма показниками: кількість сперматозоїдів у 1 мл, % сперматозоїдів із прямолінійними рухами, % нерухомих і патологічних форм. Крім цього, автор доповнює цю схему даними про ступінь спермаглютинації, втомлюваності сперматозоїдів і її резистентності до розведення розчином натрію хлориду. Експертами ВООЗ було запропоновано для оцінки запліднюючої здатності еякулята використовувати поняття “фертильний пул”, що означає мінімальну кількість живих, морфологічно нормальних і добре рухливих спермій, достатніх для запліднення яйцеклітини. Величина “фертильного пула” складає 20 млн. спермій з нормальними характеристиками. Наявність “фертильного пула” в еякуляті свідчить про запліднюючу здатність. Тому лікар повинен оцінити й підрахувати наявність “ферментного пула” в еякуляті чоловіка.

Лікування безпліддя в чоловіків

Етіопатогенетичний алгоритм лікування безпліддя

Екскреторно-токсичне.

1 етап. Терапія, спрямована на ліквідацію запального процесу в статевих залозах. Антибактеріальна терапія, вітамінотерапія (особливо вітаміни А+Е), десенсибілізуюча терапія (димедрол, діазолін, глюконат кальцію) АТФ, адаптогени, за показаннями імунокорекція. Фітотерапія. Місцеве лікування (інстиляції уретри, уретральний діаліз), мікро клізми й свічки з лікарськими препаратами, сидячі ванни, масаж передміхурової залози.

2 етап. Через 1-2 місяці після закінчення протизапальної терапії призначається фізіотерапія й санаторно-курортне лікування, грязелікування, бальнеолікування, ректальна електростимуляція, діатермія промежини. Паралельно біостимулятори, імунокоректори. Завершується стан санацією та нормалізацією функції органів, які беруть участь у гормонопоезі.

Контроль лікування проводиться через 72 доби. Контроль включає аналіз еякулята, секрету передміхурової залози, загальноклінічні обстеження. Парні тести й функціональні проби. Визначення в еякуляті фруктози й лимонної кислоти. Визначення в плазмі крові тестостерона, ФСГ, ЛГ. Після проведеного курсу, якщо процес купіруваний, переходять до наступного етапу, якщо ні – повторний курс протизапальної терапії.

3 етап. Стимуляція спермогенезу й сперматогенезу з попередньою нормалізацією функції печінки.

Екскреторно-обтураційне.

1 етап. Протизапальна й розсмоктуюча терапія із застосуванням ферментів, вітамінів, біопрепаратів. Контроль еякулята. Психотерапевтична корекція та підготовка до оперативного лікування, інсемінації спермою донора, екстракорпорального запліднення.

2 етап. При відновленні прохідності сім'явиносних протоків – стимуляція спермато- і сперміогенезу. При неможливості відновити прохідність і зберегти сперматогенез за даними біопсії яєчок – оперативна корекція (пластика сім'явиносних протоків).

3 етап. При відсутності прохідності або при різкому пригніченні сперматогенезу – інсемінація спермою донора, репродуктивні технології.

Секреторно-ендокринне.

1 етап. Усунути етіологічні фактори, які впливають на сперматогенез, дієтотерапія, дієта №5. Санація гепатобіліарної системи (аллохол, метіонін, фолієва кислота, вітаміни, жовчогінні трави). Санація вогнищ інфекції. Санація органів, які беруть участь у гормонопоезі (печінка, нирки, простата).

2 етап. Негормональна стимуляція спермато- та сперміогенезу, дієта за спеціальною схемою (вітаміни, білкові препарати, адаптогени, амінокислоти). Стимулятори клітинного ділення (метилурацил, фолієва кислота). Контроль еякулята через 75 діб після проведеного лікування.

3 етап. Гормональна стимуляція. Андрогенна при достатній резервній функції яєчок. Андрогени в стимулюючих дозах (тестобромлід, метилтестостерон, провірон, андріол, метандростенолон). Гонадотропні препарати в стимулюючій дозі (ХГ, МПГ, парлодел, метилтестостерон, гіпофізарний ФСГ, ЛГ), на тлі прийому вітамінів, білкових препаратів; антиестрогени (кломифенцитрат, клостельбігіт, парлодел, бролекриптин).

4 етап. Контроль аналізу еякулята через 75 діб після лікування. При відсутності або низькій ефективності стимулюючої терапії призначають гормонотерапію замісникову, з наступним контролем через 3-6 місяців. При безуспішному лікуванні – інсемінація спермою донора, екстракорпоральне запліднення; при наявності ефекту – тривала замісникова гормонотерапія.

Сереторно-токсичне.

1 етап. Усунення екзогенних і ендогенних факторів (професійних і побутових). Лікування хронічних запальних процесів, екстрагенітальних (пневмонія, бронхоектатична хвороба, остеомієліти й інші). Санація органів, які

беруть участь в метаболізмі статевих гормонів (печінка, простата) і їх екскреції (нирка, шкіра).

2 етап. Дієтотерапія, апітерапія, біостимулятори, вітаміни, загальнозміцнюючі препарати. Стимулятори клітинного ділення, стимулюючі дози андрогенів. Контроль еякулята через 75 діб після лікування. При варикоцеле консервативна терапія не менше 75 діб з наступним контролем. При відсутності ефекту – проводиться оперативне лікування варикоцеле, при умові повного збереження здатності до запліднення в жінки (доведеної лабораторними та інструментальними методами дослідження).

3 етап. При значних порушеннях – лікувальна тактика відповідає тактиці при секреторно-ендокринному безплідді.

Дискореляційне.

1 етап. Етіопатогенетична терапія залежить від визначеного рівня порушень функції ендокринних залоз і направлена на корекцію гормонального балансу з першочерговою дією на пошкоджений орган або систему. Лікування проводиться сумісно з лікарем-ендокринологом або під його контролем.

2 етап. При відсутності ефекту від лікування – інсемінація спермою донора, екстракорпоральне запліднення.

Імунологічне.

Кондомтеранія (бар'єр) протягом 6-12 місяців. Білково-вітамінне харчування. Вітаміни: E, A, B12, C, D, F; мікроелементи. Ентеросорбенти: СКН, АУВМ, карболонг, активоване вугілля.

Етіопатогенетична терапія: десенсибілізуюча (супрастин, димедрол, діазолін, тавегіл, аспірин).

Неспецифічна рослинна імуномодулююча терапія: екстракти левзеї, родіюли, елеутерококу; настої женьшеню, аралії; чай, кава, соя, краплі Береш.

Апітерапія: апілак, пилеця квітів, мед, перга.

Біогенні стимулятори: екстракт алое, ФіБС, пелоїдодистилят для ін'єкцій, скловидне тіло, торфот, гумізол.

Специфічна імунотерапія: активатори Т-системи-мієлоїд, тактивін, тімоген, спленін, декарис, пірогенал.

Активна імунотерапія (за показаннями): стафілококовий анатоксин, алерген гемолітичного стрептокока, аутовакцина, трансфузія крові, плазмозамінників.

Пасивна імунотерапія: гіперімунна стафілококова плазма, антистафілоковий гаммаглобулін з високим титром антитіл.

Імуносупресивна терапія: препарати глюкокортикоїдів.

Інсемінація спермою чоловіка (внутрішньоматкова) – на тлі обстеження чоловіка, при наявності “фертильного пула” (до 20×10^6 в 1мл), з обов'язковою письмовою заявою подружжя.

Техніка ІСЧ: 1) фракційна; 2) відмитим еякулятом; збагачення плазмою сперми донора (при умові його стандартного обстеження); 3) відмитим еякулятом, збагаченими поживними речовинами.

Відносне.

Етіопатогенетична терапія після виявленої причини: інсемінація спермою чоловіка при ретроградній еякуляції – інсемінації центрифугату посткоїтальної сечі (прийом всередину до 2-х літрів лужної води протягом 4-х діб). Можна ввести стерильний фізрозчин у сечовий міхур чоловіка перед статевим актом, а потім центрифугувати сечу (випущену). Лікування копулятивних порушень у сексопатолога. Призначення симпатоміметиків, антихолінергічних препаратів. Інсемінація спермою донора.

Психогенне.

Психологічна корекція. Психотерапія з психомоторними препаратами (седативні, аналептики, тимолептики, психостимулятори)

Поєднане.

Етіопатогенетична терапія завжди починається з лікування запальних процесів, а потім лікування проводиться за розробленими схемами. При відсутності результатів від лікувальних заходів, проводиться інсемінація спермою чоловіка або донора.

Ідеопатичне.

Етіопатогенетична або симптоматична терапія препаратами калікреїна, карнітіна; гормональна стимуляція, імунотерапія, вітамінотерапія, гепатотропна терапія, психотропні препарати. ІСЧ, ІСД.

АЛГОРИТМИ ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК

Алгоритм № 1

ВЕДЕННЯ КАРТИ САМОСПОСТЕРЕЖЕННЯ

Поняття: природним методом планування сім'ї можливо користуватися за допомогою визначення періодів плідності та неплідності, що неможливо без ведення карти самопостереження.

I. Загальні правила.

1. Потрібно завжди проставити № карти (тобто зафіксувати, котрий за порядком цикл спостерігаємо).
2. Відмітити дні порушення звичного для вас режиму.
3. Записати, чи були зміни температури в попередньому циклі двофазовими (тобто, чи була овуляція).

II. Аналіз температури.

1. Чи наступив стрибок (підвищення t°):
 - до стрибка температури повинно бути щонайменше 6 низьких температур;
 - усі порушення температури, пов'язані з хворобою, прийомом ліків, стресом, подорожжю, не враховувати;
 - стрибок температури складає не менше $0,2^{\circ}\text{C}$.
2. Провести розділюючу (покривну) лінію низьких/високих температур з умовами:
 - різниця (стрибок в $0,2^{\circ}\text{C}$) має бути між найвищими значеннями базальної температури із шести попередніх нижчих і третім значенням високої температури, якщо різниця є меншою, як $0,2^{\circ}\text{C}$, то беремо наступне - четверте значення.

III. Аналіз ознак слизу.

У цьому важливо зрозуміти власне відчуття "сухо", відсутність відчуття "волого", "мокро-слизько".

"Сухо" – немає слизу.

"Відсутність відчуття" - нічого не відчувати.

"Волого" - слиз густий, мутний, грудочками.

"Мокро-слизько" - слиз рідкий, стає прозорим і тягнеться, як сирий яечний білок.

Отже, після місячних у піхві може з'явитися відчуття сухості, або повна відсутність будь-якого відчуття, буде відсутнім будь-який слиз. Потім починає з'являтися слиз густий, липкий, мутний, нетягучий - це слиз зниженої плідності.

З наближенням овуляції з'являється прозорий тягучий слиз, що дає відчуття слизькості та мокроту. Останній день наявності такого слизу окреслюється як пік слизу, тому визначити його можна лише на наступний день, коли вже не "мокро і не слизько". Позначаємо ПС (пік слизу) і наступні 1-й, 2-й та 3-й дні за днем максимального виділення плідного слизу. **Пік слизу** - це найбільша його кількість, а також найвища слизькість, прозорість,

тягучість, відчуття мокроти.

IV. Аналіз змін шийки матки.

Після місячних шийка, звичайно, **тверда** (як кінчик носа), **закрита, опущена низько** в піхві. З наближенням овуляції шийка **піднімається вгору, відкривається і** стає м'якою (як губа). Пізніше, після овуляції, знову опускається і твердіє.

Визначаємо день, коли шийка матки стоїть високо, відкрита та найбільш м'яка, а після цього на карті позначаємо 1-й, 2-й і 3-й день, коли шийка матки - тверда, закрыта і стоїть низько в піхві.

V. Визначення періоду відносної передовуляційної неплідності..

На початку спостережень впродовж першого циклу період передовуляційної неплідності не визначається. У цьому циклі початком періоду плідності вважається перший день циклу.

Лише після отримання результатів самоспостережень з 6 карток ми можемо визначити період відносної передовуляційної неплідності в наступних циклах.

Якщо попередній цикл був двофазовим, то період відносної передовуляційної неплідності триває від початку циклу до:

- *останнього дня з відчуттям "сухо" і відсутності слизу або відсутності будь-якого відчуття;*
- *дня, визначеного на підставі підрахунків.*

ВИРІШУЄ ТОЙ СИМПТОМ, ЯКИЙ З'ЯВИВСЯ РАНІШЕ!

Підрахунки.

Знаючи тривалість останніх 6 циклів:

- від тривалості **найкоротшого** з них віднімаємо **19**;
- день, отриманий в результаті підрахунків, є **1 днем плідності**.

Наприклад, у 8-ми циклах (29,29, 30, 28, 30,29,30 днів) найкоротший цикл складає 28 днів, отже:

$$28 - 19 = 9.$$

Таким чином дев'ятий день циклу є 1 днем плідності, якщо раніше не з'явиться слиз.

VI. Визначення періоду плідності. Він починається:

- *у перший день появи будь-якого відмінного в порівнянні до періоду відносної передовуляційної неплідності слизу чи зміни відчуття;*
- *у день, отриманий з підрахунків.*

ВИРІШУЄ ТОЙ СИМПТОМ, ЯКИЙ З'ЯВИВСЯ РАНІШЕ!

Період плідності закінчується:

- *увечері третього дня постійної температури з фази найбільш високих температур;*
- *увечері третього дня після піку слизу;*
- *увечері третього дня низької, твердої і закритої шийки матки.*

VII. Визначення періоду післяовуляційної неплідності.

Період післяовуляційної неплідності починається після встановленого, як описано вище, закінчення періоду плідності й триває до кінця циклу.

VIII. Відзначення плідних днів.

У рубриці таблиці "**Плідні дні**" у всі клітинки, що означають доби плідності, вписується буква П.

ВЗЯТТЯ МАЗКІВ НА БАКТЕРІОСКОПІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Поняття: бактеріоскопічне дослідження застосовується з метою діагностики запальних процесів, а також для визначення різновиду мікробного чинника. Матеріал для дослідження беруть із сечівника, каналу шийки матки та задньої частини склепіння піхви, із прямої кишки, вивідних проток парауретральних та бартолінових залоз.

Показання:

- запальні процеси жіночих статевих органів;
- перед проведенням гінекологічних операцій;
- перед проведенням діагностичних маніпуляцій;
- під час проведення профілактичних оглядів.

Матеріали та забезпечення:

- піхвові дзеркала;
- гумові рукавички;
- корнцанг або пінцет;
- предметне скло;
- ложечка Фолькмана (2);
- склограф;
- пелюшка;
- стерильний матеріал.

Положення жінки: на гінекологічному кріслі на спині, ноги зігнуті в кульшових і колінних суглобах, розведені, знаходяться на ноготримачах.

Техніка виконання:

1. Одягнути стерильні гумові рукавички.
2. Великим та вказівним пальцями лівої руки розвести статеві губи.
3. Вказівний палець правої руки ввести в піхву та провести масаж сечівника через передню стінку піхви.
4. Першу порцію із сечівника зняти ватною кулькою.
5. Ложечку Фолькмана ввести в сечівник на 1,5 – 2см і шляхом зіскоба взяти матеріал.
6. Нанести на скло з позначкою « U».
7. Ввести дзеркала в піхву.
8. Протерти шийку матки ватною кулькою.
9. Взяти другу ложечку Фолькмана й увести у канал шийки матки.
10. Шляхом зскрібка взяти матеріал.

11. Отриманий матеріал нанести на предметне скло із позначкою “С”.
12. Не виймаючи дзеркал з піхви, третьою ложечкою Фолькмана взяти матеріал із задньої частини склепіння піхви.
13. Одержаний матеріал нанести на предметне скло із позначкою “V”.
14. Вийняти дзеркала.
15. Пишуть на скельцях номер відповідно до запису в журналі.
16. Заповнюють направлення в лабораторію, вказуючи прізвище, ім'я та по батькові жінки, відділення, місце проживання, № історії хвороби, дату взяття мазка, мету дослідження, прізвище лікаря.

Примітка:

- перед дослідженням необхідно попередити жінку про те, що не можна проводити спринцювання та лікувальні процедури, пов'язані з уведенням фармакологічних засобів до піхви; не можна спорожнити сечовий міхур за 2 години до взяття мазка; не можна мати напередодні статевих зносин;
- з кожного місця матеріал необхідно брати іншим інструментом або чистим кінцем інструмента, якщо у нього є 2 кінці (наприклад, у ложечки Фолькмана).

ВЗЯТТЯ МАТЕРІАЛУ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ СИМТОМУ “ПАПОРОТІ”

Поняття: симптом “папороті”, або кристалізації, відноситься до функціональних методів дослідження в гінекології; він є діагностичним тестом естрогенної насиченості організму жінки. Феномен папороті заснований на якісних змінах виділень із каналу шийки матки, які проходять під впливом статевих гормонів у різні фази менструального циклу. Кристалізація слизу із шийки матки, яка виглядом нагадує малюнок листків папороті, спостерігається у фолікуліновій фазі, особливо чітко вона виражена у дні, які наближені до овуляції.

Показання:

- порушення менструального циклу;
- безпліддя;
- фіброміома матки;
- пухлини яєчників;
- діагностика вагітності.

Матеріали та забезпечення:

- дзеркала Куско або Сімпса;
- пінцет або корнцанг;
- ватні кульки;
- стерильні рукавички;
- дезінфікуючий розчин;
- предметне скло;
- ложечка Фолькмана.

Положення жінки: на гінекологічному кріслі на спині, ноги зігнуті в кульшових і колінних суглобах, розведені, знаходяться на ноготримачах.

Техніка виконання:

1. Покласти жінку на гінекологічне крісло (перед дослідженням хвора повинна спорожнити сечовий міхур та пряму кишку).
2. Провести туалет зовнішніх статевих органів.
3. Ввести гінекологічне дзеркало в піхву, вивести шийку матки в дзеркалах.
4. Ложечкою Фолькмана або анатомічним пінцетом взяти матеріал із каналу шийки матки на глибині 0,5см.
5. Нанести матеріал тонким шаром на предметне скло.
6. Висушити його на повітрі при кімнатній температурі.
7. Через 15 – 30 хв. препарат без забарвлення розглядають під мікроскопом.

Примітка: оцінку проводять під мікроскопом при збільшенні (10 x 10) по трьохбальній системі.

1 бал (+) – поява мілких кристалів у вигляді тонких стеблин (рання фолікулінова фаза з незначною секрецією естрогенів);

2 бали (++) – чіткий малюнок листа (середня фолікулінова фаза з помірною секрецією естрогенів);

3 бали (+++) – кристали утворюють великі листя, які відходять під кутом 90° , з товстою стеблиною (максимальна продукція естрогенів під час овуляції).

При повноцінній функції жовтого тіла в лютеїнові фазу циклу феномен папороті поступово зникає.



Кристалізація слизу шийки матки:

а — 9-й день менструального циклу; б — 12 день; в — 14-й день; г — 19-й день

ВЗЯТТЯ МАТЕРІАЛУ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЯ ЧИСТОТИ ПІХВИ

Поняття: у піхві здорової жінки постійно присутні різні види мікроорганізмів. У нормі секрет піхви має кислу реакцію, зумовлену вмістом у ньому молочної кислоти, що утворюється в результаті життєдіяльності піхвової палички Додерлейна, при наявності якої утруднюється розвиток патогенної мікрофлори. Розрізняють чотири ступені чистоти піхвового вмісту: I і II ступені виявляють у здорових жінок, III і IV – свідчать про інфікування піхви та потребують подальшого обстеження.

Показання:

- запальні процеси жіночих статевих органів;
- перед проведенням діагностичних маніпуляцій;
- перед проведенням гінекологічних операцій;

Матеріали та забезпечення:

- піхвові дзеркала;
- ложечка Фолькмана або пінцет;
- корнцанг;
- ватні кульки;
- стерильні гумові рукавички;
- пелюшка;
- дезінфікуючий розчин;
- предметне скло;
- склограф;
- направлення до лабораторії;

Положення жінки: на гінекологічному кріслі на спині, ноги зігнуті в кульшових і колінних суглобах, розведені, знаходяться на ноготримачах.

Техніка виконання:

1. Обробити зовнішні статеві органи дезінфікуючим розчином.
2. Одягнути стерильні гумові рукавички.
3. Увести піхвові дзеркала та вивести шийку матки.
4. Ложечкою Фолькмана чи довгим пінцетом взяти вміст із задньої частини склепіння піхви методом зскрібка.
5. Нанести вміст тонким шаром на предметне скло.
6. Вивести дзеркала.
7. Написати на склі номер відповідно до запису в журналі.
8. Заповнити направлення до лабораторії.

ВИЗНАЧЕННЯ СИМТОМУ “ЗІНИЦІ”

Поняття: симптом “зіниці” відноситься до функціональних методів дослідження в гінекології. Він пов’язаний зі зміною кількості шийкового слизу, а також зі зміною тонуусу шийки матки в залежності від гормональної насиченості організму.

Показання:

- порушення менструального циклу;
- безпліддя;
- фіброміома матки;
- пухлини яєчників;
- діагностика вагітності.

Матеріали та забезпечення:

- дзеркала Куско або Сімпса;
- пінцет або корнцанг;
- ватні кульки;
- стерильні рукавички;
- дезінфікуючий розчин.

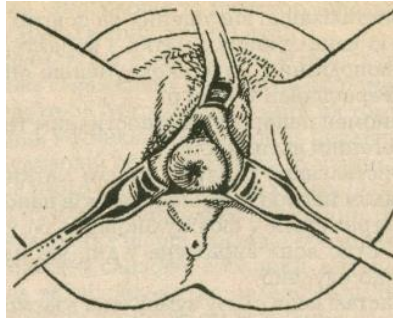
Положення жінки: на гінекологічному кріслі на спині, ноги зігнуті в кульшових і колінних суглобах, розведені, знаходяться на ноготримачах.

Техніка виконання:

1. Покласти жінку на гінекологічне крісло (перед дослідженням хвора повинна спорожнити сечовий міхур та пряму кишку).
2. Провести туалет зовнішніх статевих органів.
3. Ввести гінекологічне дзеркало в піхву, вивести шийку матки в дзеркалах.
4. Ватною кулькою, затиснутою в пінцеті, видаляють залишки слизу з піхви.
5. Оцінюють симптом “зіниці”.

Примітка: отвір матки з 8 – 9-го дня циклу (28-денний менструальний цикл) починає розширюватись і в ньому з’являється прозорий склоподібний слиз. До 10 – 14-го дня циклу отвір матки розширюється до 1\4 – 1\3 см у діаметрі, округлюється, стає чорним, блискучим і при освітленні оголеної шийки матки за допомогою піхвових дзеркал нагадує зіницю (*позитивний симптом зіниці*). У наступні дні циклу кількість слизу в отворі матки знову зменшується, а з 18 – 19-го дня отвір матки закривається, слиз зникає, шийка стає сухою (*негативний симптом зіниці*). Симптом зіниці оцінюється за

трьохбальною шкалою: при наявності невеликої темної крапки або риски (у жінок, що народжували) – 1 бал (+) (рання фолікулінова фаза); 0,2 – 0,25см – 2 бали (++) (середня фолікулінова фаза); 0,3 – 0,35см – 3 бали (+++) (максимальна продукція естрогенів під час овуляції).



Вигляд шийки матки, оголеної дзеркалами (позитивний симптом зіниці)

ВИЗНАЧЕННЯ ВАГІТНОСТІ ЗА ДОПОМОГОЮ ТЕСТІВ

Поняття: діагностика вагітності за допомогою тестів-смужок засновано на визначенні хоріонічного гонадотропіну в сечі жінки.

Показання: діагностика вагітності.

Матеріали та забезпечення:

- тест-смужка для визначення вагітності в домашніх умовах;
- ємкість для збору сечі.

Техніка виконання:

1. Зібрати в ємкість вранішню (першу) сечу.
2. Відкрити пакет і вийняти з нього тест-смужку, тримаючи її за пофарбований край.
3. Опустити тест-смужку вертикально в ємкість з сечою до лінії на 10секунд.
4. Покласти тест-смужку на суху горизонтальну поверхню.
5. Через 3-5 хвилин оцінити результат, але не пізніше, ніж через 10 хвилин.

Примітка: поява однієї риски в зоні контролю свідчить про відсутність вагітності; поява двох рисок в зоні контролю підтверджує наявність вагітності.

ВИЗНАЧЕННЯ СИМПТОМУ НАТЯГУ СЛИЗУ

Поняття: симптом натягу шийкового слизу відноситься до функціональних методів дослідження в гінекології і залежить від естрогенної насиченості організму жінки, яка впливає на в'язкість шийкового слизу. Найбільш тягучим є слиз у дні максимальної кількості екстрогенних гормонів.

Показання:

- порушення менструального циклу;
- безпліддя;
- фіброміома матки;
- пухлини яєчників;
- діагностика вагітності;
- планування вагітності.

Матеріали та забезпечення:

- дзеркала Куско або Сімпса;
- корнцанг;
- ватні кульки;
- стерильні рукавички;
- дезінфікуючий розчин.

Положення жінки: на гінекологічному кріслі на спині, ноги зігнуті в кульшових і колінних суглобах, розведені, знаходяться на ноготримачах.

Техніка виконання:

1. Покласти жінку на гінекологічне крісло (перед дослідженням хвора повинна спорожнити сечовий міхур та пряму кишку).
2. Провести туалет зовнішніх статевих органів.
3. Ввести гінекологічне дзеркало в піхву, вивести шийку матки в дзеркалах.
4. Ватною кулькою, затиснутою в пінцеті, видаляють залишки слизу з піхви.
5. Вводять корнцанг в канал шийки матки і захоплюють краплю слизу.
6. Виймають корнцанг назовні та обережно розводять бранші корнцанга.
7. Вимірюють довжину слизової нитки в сантиметрах та оцінюють результат.

Примітка: оцінку тесту здійснюють за трьохбальною системою. Довжина нитки: до 6см – 1 бал (+); 8-10см – 2 бали (++); більше, ніж 12см – 3 бали (+++). Максимальна довжина слизової нитки спостерігається в період овуляції.

ВИМІРЮВАННЯ БАЗАЛЬНОЇ ТЕМПЕРАТУРИ

Поняття: вимірювання базальної температури відноситься до функціональних методів діагностики. Він ґрунтується на гіпертермічному впливі прогестерону на центр терморегуляції гіпоталамуса, внаслідок якого відбуваються коливання температури відповідно днів менструального циклу.

Показання:

- порушення менструального циклу;
- безпліддя;
- фіброміома матки;
- пухлини яєчників;
- діагностика вагітності;
- загроза переривання вагітності;
- планування вагітності.

Матеріали та забезпечення:

- термометр;
- ручка;
- папір;
- вазелін.

Положення жінки: лежачи на ліжку.

Техніка виконання:

1. Запропонувати жінці щоденно вранці, в один і той же час, після пробудження, не встаючи з ліжка, до прийому їжі, води, паління, у стані повного спокою, вимірювати температуру у прямій кишці одним і тим же термометром впродовж 3 – 6 місяців.
2. Вийнявши термометр, зафіксувати показники термометра на папері.
3. Побудувати графік температурної кривої на папері (по вертикальній осі відкласти показники температури, а по горизонтальній – дні менструального циклу; позначити крапками місця перетину цих даних і, з'єднавши всі крапки, отримати температурну криву).

Примітка: у нормі в першу фазу менструального циклу температура нижче 37⁰С (на 0,2-0,3⁰), після овуляції вона підвищується і тримається в межах 37,1-37,4⁰С.

За змінами базальної температури можна оцінювати наявність чи відсутність овуляції.

ОБСТЕЖЕННЯ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ

Поняття: обстеження молочних залоз займає особливе місце в обстеженні гінекологічних хворих. Воно проводиться з метою оцінки їх функціонального стану та виявлення патологічних відхилень. Огляд та пальпація молочних залоз є актуальними у зв'язку з поширеним в Україні захворюванням на рак молочної залози та входить до обов'язкового переліку досліджень під час профогляду.

Показання:

- при проведенні профоглядів;
- при підозрі на захворювання молочних залоз.

Матеріали та забезпечення:

- кушетка;
- валик із рушника чи простирадла;
- пелюшка.

Положення жінки:

1. лежачи на кушетці, підклавши під плечі валик із рушника, рука з обстежуваного боку спрямована вздовж тулуба;
2. лежачи на кушетці, підклавши під плечі валик із рушника, рука з обстежуваного боку спрямована вгору за голову;
3. лежачи на кушетці, підклавши під плечі валик із рушника, рука з обстежуваного боку спрямована у бік;
4. сидячи на кушетці, рука з обстежуваного боку спрямована вздовж тулуба;
5. сидячи на кушетці, рука з обстежуваного боку спрямована вгору за голову;
6. сидячи на кушетці, рука з обстежуваного боку спрямована у бік.

Техніка виконання:

1. Оглянути молочні залози в різних положеннях рук пацієнтки.
2. Звернути увагу на такі ознаки:
 - втягнення або випинання ділянки шкіри;
 - втягнення соска;
 - зміна звичної форми або розміру одної з молочних залоз;
 - наявність жовтуватих або кров'янистих виділень із соска;
 - почервоніння та припухлість ділянок шкіри молочної залози.

3. Запропонувати жінці лягти на кушетку, підклавши під плечі валик.
 4. У трьох різних положеннях рук жінки про пальпувати весь периметр кожної молочної залози, використовуючи тиск різної сили на симетричні ділянки.
 5. Для пальпації молочної залози можна користуватися такими способами:
 - кругові рухи;
 - рухи по лінії вгору та вниз;
 - клиноподібні рухи.
 6. Легко стиснути соски між вказівним і великим пальцями та перевірити, чи немає виділень
 7. Перевірити ділянку пахових, надключичних та підключичних лімфатичних вузлів.
- Зробити висновок про стан молочних залоз та потребу в подальшому обстеженні їх.

ОГЛЯД ШИЙКИ МАТКИ І ПІХВИ ЗА ДОПОМОГОЮ ДЗЕРКАЛ

Поняття: огляд шийки матки і піхви за допомогою дзеркал відноситься до основних методів дослідження в гінекології і проводиться після огляду зовнішніх статевих органів перед піхвовим бімануальним дослідженням.

Показання:

- огляд усіх жінок, які живуть статевим життям;

Матеріали та забезпечення:

- двостулкове дзеркало Куско, або ложкаподібне дзеркало Сімпса та підіймач Отта;
- гумові рукавички;
- корнцанг або пінцет;
- розчин антисептика.

Положення жінки: на гінекологічному кріслі на спині, ноги зігнуті в кульшових і колінних суглобах, розведені, знаходяться на ноготримачах.

Техніка виконання:

Проведення дослідження за допомогою дзеркала Куско:

1. Великим та вказівним пальцями лівої руки розвести великі статеві губи.
2. У праву руку взяти дзеркало Куско.
3. Ввести дзеркало у зімкненому стані, розміщуючи стулки паралельно до статевої щілини.
4. Після введення повернути дзеркало на 90° .
5. Розкрити стулки так, щоб вагінальна частина шийки матки була між стулками.
6. При необхідності зафіксувати дзеркало за допомогою замка.
7. Оглянути шийку матки.
8. Вивести дзеркало в зворотньому напрямку.
9. Виводячи дзеркало, оглянути стінки піхви.

Проведення дослідження за допомогою дзеркала Сімпса та підіймача

Отта:

1. Великим та вказівним пальцями лівої руки розвести великі статеві губи.
2. У праву руку взяти дзеркало Сімпса.
3. Ввести дзеркало поперечним розміром паралельно статевої щілині.
4. У піхві повернути дзеркало на 90° .
5. Відтиснути задню стінку піхви в бік промежини.

6. Ввести підіймач Отта в такому ж порядку.
7. Підняти передню стінку піхви.
8. Оглянути шийку матки.
9. Вивести дзеркала в зворотньому порядку.
10. Виводячи дзеркала, оглянути стінки піхви.

Примітка: дослідження за допомогою дзеркал передують бімануальному дослідженню, оскільки під час останнього можливі зміни картини патології. За допомогою цього методу дослідження визначають стан шийки матки, стінок піхви, характер виділень, форму шийки матки, зовнішнього зіву, колір слизової оболонки піхвової частини шийки матки та піхви, наявність патологічних утворень (поліпи, ерозії, рак та ін).

ПІДГОТОВКА ЖІНКИ ДО ДІАГНОСТИЧНИХ ПРОЦЕДУР

Поняття: підготовка жінки до діагностичних процедур складається з декількох етапів – підготовка хворої (психопрофілактична, безпосередня підготовка до процедури); підготовка необхідного інструментарію, підготовка медичної сестри (акушерки). Від цього підготовчого етапу в певній мірі залежить успішне проведення процедури.

Показання: в залежності від захворювання.

Матеріали та забезпечення:

- дзеркало Куско або Сімпса;
- стерильні рукавички;
- корнцанг;
- пінцет;
- набір відповідного інструментарію для проведення діагностичної процедури або малої гінекологічної операції.

Положення жінки: на гінекологічному кріслі на спині, ноги зігнуті в кульшових і колінних суглобах, розведені, знаходяться на ноготримачах.

Підготовка медичної сестри (акушерки):

1. Провести хірургічну обробку рук.
2. Одягнути стерильні рукавички.
3. Підготувати стерильний інструментарій в залежності від виду діагностичної процедури або малої гінекологічної операції.

Підготовка хворої:

1. Заспокоїти жінку.
2. Пояснити доцільність проведення діагностичної процедури.
3. Хвора спорожнює сечовий міхур і пряму кишку. Якщо вона не спроможна самостійно спорожнити сечовий міхур, медична сестра (акушерка) вдається до катетеризації та очисної клізми (напередодні дослідження).
4. Покласти на гінекологічне крісло стерильну пелюшку.
5. Запропонувати хворій лягти на гінекологічне крісло.
6. Провести туалет зовнішніх статевих органів.

ПІХВОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Поняття: піхвове дослідження – обов’язковий метод гінекологічного обстеження жінки. Воно складається з двох етапів – одноручного та дворучного (бімануального) дослідження.

Показання:

- профогляди;
- в усіх жінок, які живуть статевим життям і звернулися за медичною допомогою незалежно від скарг.

Матеріали та забезпечення:

- гінекологічне крісло;
- пелюшка;
- стерильні гумові рукавички;
- дезінфікуючий розчин;
- корнцанг;
- ватні кульки.

Положення жінки: на гінекологічному кріслі на спині, ноги зігнуті в кульшових і колінних суглобах, розведені, знаходяться на ноготримачах.

Техніка виконання:

1. Обробити зовнішні статеві органи дезінфікуючим розчином.
2. Надягти стерильні рукавички.
3. Великим та вказівним пальцями лівої руки розвести великі статеві губи.
4. Праву руку складають таким способом: безіменний палець та мізинець притиснуті до долоні, вказівний та середній – складені до купи та випростані, великий палець відвести догори.
5. Середній та вказівний пальці правої руки вводять у піхву.
6. Проводять одноручне піхвове дослідження в такій послідовності:
 - визначити ширину отвору піхви;
 - пропальпувати бартолінові залози;
 - визначити стан м’язів тазового дна;
 - пропальпувати канал сечівника;
 - визначити довжину, ширину, складчастість слизової оболонки піхви, наявність патологічних утворень (рубці, пухлини, стеноз);
 - обстежити склепіння піхви для визначення її глибини;

- дослідити піхвову частину шийки матки (визначити її форму, розмір, консистенцію, положення відносно провідної осі таза, форму зовнішнього вічка та порушення його цілості).
- 7. Середній та вказівний пальці правої руки, не виймаючи з піхви, розташовують у передньому склепінні, шийку матки відтискають назад і приступають до проведення дворучного дослідження.
- 8. Лівою рукою обережно натискають на передню черевну стінку в напрямку до пальців, що введені в піхву.
- 9. Намагаються зблизити пальці обох рук. Якщо матка розміщена в положенні anteversio-anteflexio, вона буде знаходитися між пальцями зовнішньої та внутрішньої рук.
- 10. Якщо тіло матки відхилено назад, то пальці внутрішньої руки розміщують не у передній, а у задній частині склепіння, а пальці зовнішньої руки занурюються глибоко у напрямі до крижів.
- 11. Визначають розмір, форму, консистенцію, положення, чутливість, рухомість матки.
- 12. Пальці внутрішньої руки перемістити по чергово в праву або ліву частини склепіння піхви, а пальці зовнішньої руки – відповідно в праву або ліву пахвинні ділянки і досліджують придатки матки.
- 13. Визначають форму, величину, рухомість та чутливість яєчників. Незмінні маткові труби звичайно не промацуються.
- 14. Пальці правої руки виводять з піхви.

Примітка: піхвове одноручне дослідження може бути виконане як окремий метод, а може бути складовою частиною дворучно - піхвового методу дослідження.

Алгоритм №13

ПРОВЕДЕННЯ САНІТАРНО-ОСВІТНЬОЇ РОБОТИ З ПРОФІЛАКТИКИ НЕПЛАНОВОЇ ВАГІТНОСТІ

1. Підготувати текст бесіди стосовно різних способів контрацепції.
2. Підготувати наочні матеріали (буклети, брошури, анотації).
3. Пояснити жінці доцільність застосування контрацептивів та розказати про ускладнення штучного аборту.
4. Провести бесіду.
5. Після закінчення бесіди відповісти на запитання, що виникли у жінки.

ПРОВЕДЕННЯ СПРИНЦЮВАННЯ ПІХВИ

Поняття: спринцювання піхви – лікувальна процедура, мета якої – розчинення та механічне виведення з піхви патологічного вмісту, місцевий вплив лікарських речовин на стінки піхви та шийку матки, чим досягається санація піхви. Теплова дія розчину сприяє розсмоктуванню запальних інфільтратів у малому тазі.

Показання:

- кольпіт;
- ендоцервіцит;
- ерозія шийки матки;
- хронічні запальні процеси матки та придатків;
- хронічний пельвіоперитоніт з наявністю спайок;
- параметрит у стадії розсмоктування;
- планування вагітності.

Матеріали та забезпечення:

- кухоль Есмарха;
- водяний термометр;
- пінцет чи корнцанг;
- стерильні наконечники;
- розчин фармакологічного засобу;
- пелюшка;
- ватні кульки;
- штатив;
- гумова трубка з вентиляем;
- вазелін;
- стерильні гумові рукавички;
- клейончастий фартух.

Положення жінки: на гінекологічному кріслі на спині, ноги зігнуті в кульшових і колінних суглобах, розведені, знаходяться на ноготримачах.

Техніка виконання:

1. Підготувати кухоль Есмарха та наповнити його розчином відповідно до призначення лікаря.
2. Змастити промежину вазеліном, якщо буде виконуватися гаряче спринцювання.
3. Перевірити температуру розчину за допомогою термометра.

4. Випустити з трубки невелику кількість розчину, обмиваючи зовнішні статеві органи жінки.
5. Одягнути гумові рукавички.
6. Великим і вказівними пальцями лівої руки розводять статеві губи та обмивають присінок піхви невеликою кількістю розчину.
7. Вводять наконечник у піхву по задній стінці на глибину 8 – 10см і проводять спринцювання круговими рухами, протягом 5-10 хв.
8. Вивести наконечник.
9. Ватною кулькою на пінцеті просушити стінки піхви.

Примітка:

- Як метод попередження вагітності, спринцювання проводять в перші 3-5 хв. після статевого акту.
- Спринцювання протипоказані під час менструації, вагітності та маткових кровотечах.
- Температура рідини (37 – 38⁰С).

Перед процедурою жінка повинна спорожнити пряму кишку та сечовий міхур.

ТУАЛЕТ ЗОВНІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Поняття: туалет зовнішніх статевих органів – гігієнічна процедура, від виконання якої залежить профілактика та лікування запальних процесів.

Показання:

- перед проведенням гінекологічних методів дослідження;
- підготовка до операцій;
- в післяопераційному періоді;
- під час пологів.

Матеріали та забезпечення:

- кухоль;
- 1-2 л розчину фурациліну або перманганату калію (1:5000), підігрітого до температури 37-38 С;
- корнцанг;
- стерильні ватні кульки;
- судно;
- клейона;
- стерильна пелюшка;
- гумові рукавички.

Положення жінки: у ліжку на спині, ноги зігнуті в кульшових і колінних суглобах, розведені.

Техніка виконання:

1. Одягнути гумові рукавички.
2. У ліву руку взяти кухоль з розчином, в праву – корнцанг із затиснутою в ньому ватною кулькою.
3. Поливаючи з кухля, за допомогою корнцанга та ватної кульки обмити зовнішні статеві органи в такій послідовності: лобок, великі статеві губи, внутрішня поверхня стегон, промежина, анус. У міру забруднення кульки змінюють.
4. Узяти суху ватну кульку.
5. Просушити зовнішні статеві органи в такій самій послідовності.
6. Судно, пелюшку та клейону забрати з - під жінки і покласти в дезінфікуючий розчин.
7. Обробити дезінфектантом гінекологічне крісло.

Примітка: туалет зовнішніх статевих органів бажано проводити після фізіологічних відправлень.

САМООБСТЕЖЕННЯ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ

Поняття: самообстеження молочних залоз є важливим кроком до зниження захворюваності раком молочної залози. Його рекомендується проводити один раз на місяць в перший тиждень після менструації, так як в цей період молочні залози не збільшені та не напружені. Самообстеження можна проводити у ванній кімнаті перед дзеркалом.

Показання:

- Для зниження захворюваності на рак молочної залози.

Положення жінки:

1. Стоячи перед дзеркалом:
 - з опущеними;
 - з піднятими вгору руками.
2. Лежачі на спині з валиком під лопаткою з обстежуваного боку з трьома різними положеннями рук:
 - рука з обстежуваного боку спрямована вздовж тулуба;
 - рука спрямована вгору за голову;
 - рука спрямована у бік.

Техніка виконання:

I. Огляд

Встати перед дзеркалом спочатку з опущеними, а потім з піднятими вгору руками. Звернути увагу на такі ознаки як:

- втягнення або випинання ділянки шкіри
- втягнення соска;
- зміна звичної форми або розміру одної з молочних залоз;
- наявність жовтуватих або кров'янистих виділень з соска;
- почервоніння та припухлість ділянок шкіри молочної залози.

II. Пальпація

Пальцями протилежної руки молочна залоза прощупується використовуючи такі способи:

- кругові рухи



- рухи по лінії вверх та вниз



- клиноподібні рухи



Окремо обстежити сосок – його треба стиснути між пальцями, починаючи з країв ореоли, для того, щоб переконатися. Що з соска немає виділень.



Примітка:

Треба уникати грубої пальпації та захоплення великої ділянки тканини молочної залози, оскільки це може створити враження ущільнення, якого насправді немає.

Завжди пальпувати молочні залози треба в одній і тій самій послідовності. Це допоможе не пропустити жодної ділянки. А також запам'ятати, якими молочні залози звичайно є на дотик.

ВЗЯТТЯ МАТЕРІАЛУ З ПІХВИ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ГОРМОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ

Поняття: піхва вкрита багатошаровим плоским епітелієм. Залежно від естрогеної насиченості організму, від стінки піхви в різному співвідношенні відділяються три типи клітин: поверхневі, проміжні, парабазальні. На оцінці цих клітинних елементів та їх співвідношенні базується інтерпретація мазка на гормональну активність (гормональне дзеркало).

Показання:

- Невиношування вагітності
- Порушення менструального циклу;
- Безпліддя;
- Контроль за результатами гормонотерапії;
- Переношена вагітність.

Необхідний інструментарій:

- дзеркала Куско або ложкоподібне дзеркало Сімпса;
- пінцет або корнцанг;
- ложечка Фолькмана або гінекологічний шпатель;
- предметне скельце;
- стерильні гумові рукавички;
- стерильні серветки;
- розчин антисептика;
- направлення в лабораторію;
- склограф.

Положення жінки: жінка лежить на гінекологічному кріслі на спині, ноги зігнуті в кульшових та колінних суглобах, на ноготримачах.

Підготовка жінки: жінка перед дослідженням повинна спорожнити сечовий міхур та пряму кишку.

Техніка проведення:

1. Провести туалет зовнішніх статевих органів.
2. Ввести гінекологічні дзеркала.
3. Стерильною серветкою, затиснутою в пінцеті або корнцангові зняти залишки слизу з шийки матки.
4. Взяти матеріал для дослідження обережно, щоб в мазок потрапили лише ті клітини, що відшарувалися самі з передньобочкової частини склепіння піхви гінекологічним шпателем або ложечкою Фолькмана.

5. Нанести матеріал тонким шаром на предметне скельце.
6. Вивести дзеркало.
7. Написати склогографом на скельці номер, відповідно запису в журналі.
8. Заповнити направлення до лабораторії.

Примітка: в направленні до лабораторії обов'язково зазначити термін вагітності ,якщо жінка вагітна або день менструального циклу у невагітних жінок.

ПІДГОТОВКА СТОЛИКА ДО ВВЕДЕННЯ ВМЗ

Поняття: ВМЗ є одним з найефективніших засобів контрацепції. Введення ВМЗ проводиться тільки лікарем акушером гінекологом в асептичних умовах.

Показання:

- попередження небажаної вагітності.

Необхідний інструментарій:

1. Стерильна пелюшка;
2. Пінцет або корнцанг;
3. Ложкоподібне дзеркало Сімпса та підіймач Отта;
4. Кульові щипці;
5. Матковий зонд;
6. ВМЗ;
7. Ватні кульки;
8. Стерильні гумові рукавички;
9. Розчин антисептика,
10. Стерильні ножиці.

Техніка виконання:

1. Двічі вимити руки з милом та просушити індивідуальним рушником.
2. Накрити столик стерильною пелюшкою.
3. На стерильній пелюшці розмістити вищезазначені стерильні інструменти.
4. Розмістити поруч на столику розчин антисептику.
5. Під час введення ВМЗ медсестра асистує лікареві.
6. Після проведення маніпуляції усі використані інструменти та рукавички покласти в дезінфікуючий розчин.

ПІДГОТОВКА СТОЛИКА ДО ВИДАЛЕННЯ ВМЗ

Показання:

- закінчення терміну ВМЗ, на який вона вводилась;
- виникнення ускладнень після введення ВМЗ;
- бажання жінки завагітніти.

Необхідний інструментарій:

1. Стерильна пелюшка;
2. Пінцет або корнцанг;
3. Ложкоподібне дзеркало Сімпса та підіймач Отта;
4. Кульові щипці;
5. Гачок для видалення ВМЗ;
6. Ватні кульки;
7. Стерильні гумові рукавички;
8. Розчин антисептика.

Техніка виконання:

1. Двічі вимити руки з милом та просушити індивідуальним рушником.
2. Накрити столик стерильною пелюшкою.
3. На стерильній пелюшці розмістити вищезазначені стерильні інструменти.
4. Під час видалення ВМЗ медсестра асистує лікареві.
5. Після проведення маніпуляції усі використані інструменти та рукавички покласти в дезінфікуючий розчин.

Розмістити поруч на столику розчин антисептику.

Умовні скорочення

ППС	природні методи планування сім'ї
ЗПСШ	захворювання, які передаються статевим шляхом
ІСШ	інфекції статевих шляхів
ПС	пік слизу
ВМЗ	внутрішньоматкові засоби
ОК	оральні контрацептиви
КОК	комбіновані оральні контрацептиви
ЧПТ	чисто прогестинові таблетки (міні-пілі)
МЛА	метод лактаційної аменореї
ІК	ін'єкційні контрацептиви
КІК	комбіновані ін'єкційні контрацептиви
ЧПІК	чисто прогестинові ін'єкційні контрацептиви
ДХС	добровільна хірургічна стерилізація
ДС	добровільна стерилізація
ШОЕ	швидкість осідання еритроцитів
РНК	рибонуклеїнова кислота
ІХС	ішемічна хвороба серця
РЗК	реакція зв'язування комплементу
РНГА	реакція непрямой гемаглютинації
ВПГ	вірус простого герпесу
ФСГ	фолікулостимулюючий гормон
ЛГ	лютеїнізуючий гормон
АКТГ	адренкортикотропний гормон
ЛТГ	лютеотропний гормон
ХГ	хоріонічний гормон
ТТГ	тиреотропний гормон
УЗД	ультразвукове дослідження
ІСЧ	інсемінація спермою чоловіка
ІСД	інсемінація спермою донора

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Жученко П.Г., Тарасюк В.І. Акушерство. - К.: Здоров'я, 1995. - 477с.
2. Кретьова Н.Ю., Смирнова Л.М. Акушерство и гинекология. – М.: Медицина, 1988. – 320с.
3. Пасечко Н. Основи сестринської справи. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999.- 496с.
4. Хміль С.В., Кучма З.М., Романчук Л.І. Гінекологія. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1990.-329с.
5. Хміль С.В., Кучма З.М., Романчук Л.І., Маланчук Л.М. Медсестринство в акушерстві. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 281с.
6. Адамова Г.М., Богатирьова Р.В., Венцьковський Б.М. та ін. Керівництво по плануванню сім'ї. – К.: 1998. – 256с.
7. Федонюк Я.І., Волков К.С., Микула Н.Х. та ін. Анатомія та фізіологія з патологією. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – 676с.
8. Адельгунде, Мертензакер, Вінфрід, Пітрек. Переклад з німецької - Є.Луньо. Планування сім'ї. – Львів: 2000. – 63с.
9. Инькова А.Н. Современная контрацепция. – Ростов на-Дону: Фенікс, 2000. - 125с.
10. Серова Т.А. Секс без последствий. - Ростов на-Дону: Фенікс, 2001. – 191с.
11. Роберт Хетгер, Уорд Райнхард, Ричард Блэкберн и др. Основы контрацепции. - Университет им. Джонса Хопкинса, 2000г.
12. Филимонова И.А. Контрацептивы. - Санкт-Петербург: ЗАО «ВЕСЬ», 2000. - 159С.
13. Ворник Б.М. Репродуктивне здоров'я. – Київ: Видавничий центр „Сім'я”, 1999.

З М І С Т

Передмова.....	3
РОЗДІЛ I	
ОРГАНІЗАЦІЯ, СТРУКТУРА І ЗАВДАННЯ СЛУЖБИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї.....	4
Служба планування сім'ї в Україні.....	4
Інформація, навчання, комунікація (ІНК) у роботі служб планування сім'ї.....	6
Компоненти послуг з планування сім'ї.....	7
Консультування.....	8
Етапи консультування з планування сім'ї.....	9
Принцип „ДОВІРА”.....	10
РОЗДІЛ II	
АНАТОМІЯ ТА ФІЗІОЛОГІЯ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ.....	11
Анатомія та фізіологія жіночих статевих органів	11
Зовнішні статеві органи	11
Внутрішні статеві органи	12
Фізіологія жіночих статевих органів	17
Вікові періоди життя жінки.....	17
Нейро-гуморальна регуляція менструального циклу	20
Анатомія та фізіологія чоловічих статевих органів	25
Чоловічі статеві органи	25
Фізіологія чоловічих статевих органів	28
Плідність.....	30
Ознаки плідності	32
РОЗДІЛ III	
СЕКСУАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я. ОСНОВИ СЕКСОЛОГІЇ.....	36
Стать та статеві відносини.....	36
Сексуальність.....	36
Статеві мотивації та їх реалізація.....	39
Статеві реакції у чоловіків.....	39
Статеві реакції у жінок.....	39
Фізіологія статевого акту.....	42
РОЗДІЛ IV	
ФІЗІОЛОГІЯ ВАГІТНОСТІ. АБОРТ І ЙОГО НАСЛІДКИ.....	44
Запліднення. Імплантація. Вагітність.....	44
Передродовий розвиток дитини.....	47
Аборт і його наслідки.....	51

Фізичні наслідки штучного аборту.....	54
Психічні наслідки аборту.....	55

РОЗДІЛ V

ПРИРОДНІ МЕТОДИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї.....	57
Історія розвитку природних методів.....	57
Ефективність методу.....	58
Переваги.....	58
Недоліки.....	59
Методи природного планування.....	60
Заповнення та аналіз карти самоспостережень.....	65

РОЗДІЛ VI

СУЧАСНІ МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ.....	68
Бар'єрні методи контрацепції.....	68
Презервативи.....	69
Жіночі контрацептиви.....	73
Діафрагми та ковпачки.....	73
Шийкові ковпачки.....	74
Сперміциди.....	75
Губки.....	80
Внутрішньоматкові засоби (ВМЗ).....	81
Гормональна контрацепція.....	86
Класифікація гормональних контрацептивів.....	87
Оральні контрацептиви.....	88
Склад найпоширеніших ОК.....	88
Комбіновані оральні контрацептиви (КОК).....	90
Однокомпонентні оральні контрацептиви.....	92
Ін'єкційні контрацептиви (ІК).....	94
Комбіновані ін'єкційні контрацептиви (КІК).....	95
Чисто прогестинові ін'єкційні контрацептиви (ЧПК).....	97
Імплантанти.....	98
Метод перерваного статевого акту.....	100
Добровільна хірургічна стерилізація.....	101
Добровільна хірургічна стерилізація жінок.....	102
Міні-лапаротомія.....	103
Лапароскопія.....	104
Добровільна хірургічна стерилізація чоловіків.....	106
Форма добровільної згоди на стерилізацію.....	108
Невідкладна контрацепція.....	109
Контрацепція в післяпологовий період.....	110
Метод лактаційної аменореї.....	110
Внутрішньоматкові засоби.....	111

Бар'єрні методи.....	112
Природне планування.....	112
Добровільна хірургічна стерилізація.....	113
Комбіновані гормональні контрацептиви (КОК і КІК).....	113
Чисто прогестинові контрацептиви.....	114
Післяпологова абстиненція (утримання).....	114
Контрацепція для підлітків.....	114
Презервативи.....	116
Оральні контрацептиви.....	116
Діафрагма та сперміциди.....	119
Внутрішньо матковий засіб (ВМЗ)	119
Посткоїтальна контрацепція.....	119
Післяабортне планування сім'ї.....	120
Контрацепція залежно від періоду життя жінки.....	121
Контрацепція залежно від захворювання жінки.....	122

РОЗДІЛ VII

ЗАХВОРЮВАННЯ, ЯКІ ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ

ШЛЯХОМ.....	126
Класифікація, симптоми, наслідки і профілактика.....	126
Гонорея	127
Сифіліс.....	135
СНІД.....	138
Урогенітальний мікоплазмоз.....	140
Кандидозний вульвовагініт.....	141
Хламідіоз статевих органів.....	141
Трихомоніаз.....	142
Вірусні захворювання.....	143

РОЗДІЛ VIII

БЕЗПЛІДНИЙ ШЛЮБ.....	145
Жіноче безпліддя.....	145
Трубне безпліддя.....	145
Ендокринне безпліддя.....	146
Діагностика ендокринного безпліддя.....	147
Імунологічне безпліддя.....	148
Діагностика жіночого безпліддя.....	149
Лікування жіночого безпліддя.....	149
Чоловіче безпліддя.....	154
Класифікація і клініка чоловічого безпліддя.....	154
Лабораторна діагностика чоловічого безпліддя.....	155
Діагностичний алгоритм при безплідді подружньої пари.....	159
Додаткові обстеження.....	160

Оцінка запліднюючої здатності еякулята.....	161
Лікування безпліддя у чоловіків.....	161

ДОДАТОК

Алгоритм - 1 «Ведення карти самостереження».....	165
Алгоритм – 2 «Взяття мазків на бактеріоскопічне дослідження».....	167
Алгоритм – 3 «Взяття матеріалу для визначення симптому «папороті».....	169
Алгоритм – 4 «Взяття матеріалу для визначення ступеня чистоти піхви»...	171
Алгоритм – 5 «Визначення симптому «зіниці».....	172
Алгоритм – 6 «Визначення вагітності за допомогою тестів».....	174
Алгоритм – 7 «Визначення симптому натягу слизу».....	175
Алгоритм – 8 «Вимірювання базальної температури».....	176
Алгоритм – 9 «Обстеження молочних залоз».....	177
Алгоритм – 10 «Огляд матки і піхви за допомогою дзеркал».....	179
Алгоритм – 11 «Підготовка жінки до діагностичних процедур».....	181
Алгоритм – 12 «Піхвове дослідження».....	182
Алгоритм – 13 «Проведення санітарно-освітньої роботи з профілактики непланової вагітності».....	183
Алгоритм – 14 «Проведення спринцювання піхви».....	184
Алгоритм – 15 «Туалет зовнішніх статевих органів».....	186
Алгоритм – 16 «Самообстеження молочних залоз».....	187
Алгоритм – 17 «Взяття матеріалу з піхви для визначення гормональної активності».....	189
Алгоритм – 18 «Підготовка столика до введення ВМЗ».....	191
Алгоритм – 19 «Підготовка столика до видалення ВМЗ».....	192
Умовні скорочення	193
Список літератури.....	194
Зміст.....	195