

Лекція № 13

Тема: Безплідний шлюб. Основи сексології

План

1. Безплідний шлюб.
2. Причини безпліддя у жінок.
3. Діагностика безпліддя.
4. Основи сексології.

Безпліддям (sterilitas) називають нездатність до запліднення. До недавнього часу безплідний шлюб розглядався як безпліддя, що було зв'язане з наявністю різних патологічних станів в статевих шляхах жінки. З сучасної точки зору безпліддя в більшості випадків викликається рядом причин як зі сторони жінки, так і зі сторони чоловіка, або обох разом. Одна частина цих причин вроджені порушення, інша – травматичні, інфекційні, гормональні, нейро-васкулярні, метаболічні. Іншими словами, настанню вагітності повинні передувати численні процеси, що перебігають нормально: овогенезу та овуляції, проникненню яйцеклітини в маткову трубу, її запліднення, сегментація та транспорт яйцеклітини, імплантація в ендометрій, процеси сперматогенезу, викидання сперми та її депонування у вагіні, проникнення сперматозоїдів в матку та маткові труби. Таким чином, **безплідним шлюбом** називається шлюб, при якому без застосування методів контрацепції вагітність не настала протягом 1 –го року спільного подружнього життя.

Розрізняють безпліддя:

1. Абсолютне - коли вагітність взагалі може не статися. Частіше це при аномаліях розвитку вагіни та матки (аплазія вагіни, синдром Рокітанського-Майєра), деяких генетичних захворюваннях, гермафродитизмі та ін.

2. Відносне - коли вагітність може статися при застосуванні лікування або штучного запліднення.

3. Первинне - коли вагітність не наставала жодного разу в шлюбі, який триває більше року.

4. Вторинне - виникає після одних або декількох вагітностей (пологи, викидні, позаматкова вагітність).

За літературними даними, безпліддя зустрічається в 10-15 % усіх шлюбів. Жіноче - в 55-60 % випадків, чоловіче - в 40-45 %).

Безпліддя негативно впливає на рівень народжуваності і нерідко викликає розлад сімейних відносин.

ПРИЧИНИ БЕЗПЛІДДЯ У ЖІНОК

За етіологічним принципом безпліддя поділяється на:

1. Трубне, яке пов'язане з порушенням прохідності маткових труб. Виникає в 44-65 % випадків. (С.Н. Давидов, 1982, Л.І. Іванюта та ін., 1994). Порушення прохідності маткових труб спостерігається не тільки при грубих анатомічних порушеннях (сактосальпінксі), але і при наявності ознак перенесеного сальпінгоофориту, які можуть і не визначатися при бімануальному обстеженні.

Виникнення безпліддя при сальпінгітах пов'язане з утворенням спайок і рубців, що порушують прохідність маткових труб. Виникає механічна перешкода для запліднення, оскільки порушуються умови, необхідні для з'єднання яйцеклітини з сперматозоїдом. Безпліддя часто виникає на основі запальних захворювань, які виникають після абортів, патологічних пологів. Збудниками таких захворювань можуть бути грампозитивні та

грамнегативні мікроорганізми, а також збудники специфічних захворювань геніталій (хламідії, гонококи, уреоплазми, гарднерели).

Причиною безпліддя після абортів можуть бути не тільки сальпінгофорити, а також дистрофічні процеси в ендометрії, порушення функції яєчників та інших ендокринних залоз. Особливо небезпечні наслідки після першого аборту при проявах інфантилізму. Туберкульозне ураження придатків матки, як правило, супроводжується безпліддям. Враховуючи, значний ріст проявів загального туберкульозу, слід пам'ятати про дану причину безпліддя і обов'язково проводити обстеження на туберкульоз у жінок, які мають безпліддя в анамнезі.

Запальні процеси яєчників (оофорити) рідше призводять до безпліддя, ніж сальпінгіти. Однак при хронічному оофориті виникають спайки навколо яєчника та ампулярної частини труби, що приводять до порушення поступлення заплідненої яйцеклітини в трубу.

Слід пам'ятати, що безпліддя при запальних процесах, часто супроводжується порушенням ендокринної функції яєчників.

II. Ендокринне безпліддя пов'язане з порушенням дозрівання яйцеклітини і займає друге місце серед причин безпліддя та зустрічається в 35 % випадках.

Безпліддя завжди супроводжує склерополікістозні яєчники - синдром Штейна-Левенталя. Велику роль при цій формі безпліддя відіграють ановуляторні (монофазні) цикли. При даній патології фолікул дозріває, але овуляція не настає, жовте тіло відсутнє. Фолікул, що дозріває, піддається регресивним змінам (атрезія), естрогенна активність знижується.

Безпліддя при захворюваннях залоз внутрішньої секреції може бути пов'язане з неповноцінністю жовтого тіла (знижена продукція прогестерону), або із зменшенням тривалості фолікулінової фази (гіпоестрогенія).

III. Імунне безпліддя пов'язане з виробленням в організмі жінки антиспермальних антитіл, які аглютинують сперматозоїди (спермааглютинуючі) і знижують рухову активність останніх (спермоімобілізуючі). Цей вид безпліддя зустрічається в 12-15% випадків.

IV. Інші форми безпліддя.

1. Інфантилізм і гіпоплазія внутрішніх статевих органів є одними з основних причин безпліддя. Особливо це стосується первинного безпліддя, при якому недорозвиток статевих органів займає одне із провідних місць серед інших етіологічних факторів. Частота безпліддя і прогноз його при даній аномалії залежать від ступеня недорозвитку статевих органів. Значна ступінь недорозвитку супроводжується стійким безпліддям.

При недорозвитку статевих органів виникненню безпліддя сприяє ряд взаємопов'язаних анатомічних і функціональних особливостей статевої системи.

1) Внутрішньосекреторна функція яєчників при інфантилізмі знижена. Недостатня продукція рівня статевих гормонів є безпосередньою причиною затримки анатомічного і функціонального розвитку інших відділів статевого апарату і відповідно, основною ланкою, що приводить до безпліддя.

2) Інфантильний стан маткових труб теж сприяє виникненню безпліддя. Труби довгі, звивисті, просвіт їх вузький, перистальтика знижена. Вказані особливості порушують умови транспорту яйцеклітини.

3) Недорозвиток матки (гіпоплазія) високого ступеня: довжина її - від 3,5 до 5,5 см. Часто супроводжується безпліддям.

Безпліддю, можливо, сприяють:

1. Неповноцінність циклічних процесів в ендометрії, пов'язана із зниженням гормональної функції яєчників.

2. Вузькість цервікального каналу конічної шийки матки, спазм внутрішнього маткового зіву, порушена секреція залоз шийки матки.

3. Вагіна при інфантилізмі буває вузькою, короткою, заднє склепіння неглибоке. При цих умовах сперма швидко виливається із вагіни назовні. Шийка матки стикається із спермою на короткий час, і в матку потрапляють тільки окремі сперматозоїди.

4. В 15 % випадків до безпліддя приводять, так звані “малі форми ендометріозу”, матки, труб і яєчників. Найчастіше це відноситься до жінок які довготривало лікуються з приводу безпліддя.

5. Пухлини статевих органів не завжди можуть бути причиною безпліддя, однак при міомі матки вони зустрічаються в 30,2-43,7 % випадків, особливо при субмукозному рості вузлів. Має значення непрохідність маткових труб на ґрунті стискання їх просвіту міоматозними вузлами. Доброякісні пухлини яєчників (кістоми) і кісти супроводжуються безпліддям хоча і не так часто.

V. Шийкові фактори безпліддя, які пов’язані із змінами в шийці матки внаслідок травми (розриви при родах), запальних процесів в шийці (ендоцервіцит, ерозії).

VI. Чоловіче безпліддя.

Найбільш частою причиною чоловічого безпліддя є зміни якості сперми, що залежить від порушення функції статевих залоз (impotentio generandi). Значно рідше причинами чоловічого безпліддя є статеві слабкості (impotentio coeundi), рубцеві зміни в сім’явивідних протоках і додатках сім’яника, вади розвитку уретри (гіпоспадія, епіспадія).

Зміни властивостей сперми виникають на основі важких загальних захворювань, гонорейних оорхітів і епідидимітів, інтоксикацій, ендокринних розладів. Відомо, що на статеві залози негативно впливає іонізуюча радіація.

До безпліддя призводять такі зміни в спермі:

1. Азоспермія (повна відсутність сперматозоїдів).
2. Некроспермія (наявність мертвих сперматозоїдів).
3. Аспермія (відсутність сперми).
4. Олігоспермія (знижена кількість сперматозоїдів).
5. Астеноспермія (сперматозоїди з послабленим рухом).

При олігоспермії та астеноспермії запліднення можливе, але прогноз вагітності при цьому неблагоприятний (викидні, анембріонія).

Діагностика безпліддя

Успіх лікування залежить від виявлення причин даної аномалії генеративної функції. Точне визначення причин безпліддя є необхідною передумовою для вибору найбільш ефективного методу лікування. В зв’язку з тим, що безплідний шлюб може бути наслідком не тільки жіночого, але і чоловічого безпліддя, то потрібно обстежувати шлюбну пару. Вважається аксіомою, що пари повинні обстежуватися одночасно. При цьому необхідно провести аналіз сперми чоловіка, визначити овуляцію та трубну прохідність у жінок.

Для визначення генеративної функції у чоловіків проводять мікроскопічне обстеження свіжозібраної сперми. Сперму для дослідження збирають в пробірку після перерваного статевих акту. Сперму доставляють не пізніше, ніж через 30-40 хвилин після отримання і оглядають під мікроскопом.

Краплю сперми наносять на предметне скло, вивчають в препараті рухливість сперматозоїдів, їх кількість, наявність дегенеративних, малорухомих і нерухомих клітин. В нормі спермограма: об’єм - 3 мл, кількість сперматозоїдів в 1 мл - 20-40 млн, у всьому еякуляті - 60-120 млн., рухливих - 75 %, мертвих - 25 %, лейкоцитів 0-1 в полі зору, аглютинація від’ємна.

Причини жіночого безпліддя в деяких випадках виявляють легко і швидко (інфантилізм, аномалії розвитку), іноді діагностика їх ускладнюється. Як правило, для виявлення причин безпліддя потрібно систематичне і всебічне обстеження організму жінки. При безплідді опитування та об’єктивне обстеження проводять за загальним планом, який прийнято для обстеження гінекологічних хворих.

I. Анамнез.

Насамперед потрібно з’ясувати вік жінки. Відомо, що вагітність може настати протягом всього періоду статевої активності жінки - від першої менструації до менопаузи, але найсприятливіший вік - від 18 до 35 років. До 18, як і після 35 років, а особливо 40, не

рекомендується проводити обстеження з метою з'ясування причин безпліддя.

Професія жінки деякою мірою впливає на виникнення безпліддя. Так у жінок, що працюють в рентгенологічних кабінетах, або мають контакт з токсичними речовинами, такими, як сірководень, свинець, тютюн та ін., можуть виникати проблеми з наступленням вагітностей. Найчастіше дія цих речовин пов'язана з токсичним впливом їх на процес дозрівання яйцеклітини.

Важливо встановити, чи не хворіла жінка на загальні захворювання, такі, як туберкульоз, сифіліс, хронічний пієлонефрит, діабет і ін., які можуть бути причиною безпліддя, або інколи протипоказаннями до запліднення. Якщо мова йде про жінку з первинним безпліддям, то її слід спитати, скільки часу вона знаходиться в шлюбі, чи були у неї до вступлення в шлюб статеві зносини, чи приймала вона запобіжні заходи, щоб попередити вагітність. Відомо, що в перший рік вагітність настає в 75 % випадків. Якщо протягом 3-х років вагітність не настає, то ймовірність запліднення знижується до 50 %.

Ознайомлення з дітородною функцією нерідко дозволяє передбачити причину безпліддя. Первинне безпліддя часто залежить від інфантилізму, вторинне - від запальних процесів геніталій. Наявність в анамнезі абортів, патологічних пологів, ускладнень після абортів і пологів можуть бути підставою, щоб зробити висновок про запальну природу безпліддя.

Об'єктивне обстеження. При гінекологічному обстеженні враховують всі особливості, які можуть призвести до безпліддя. Особлива увага приділяється виявленню запальних процесів (уретриту, бартолініту, кольпіту, ендоцервіциту, сальпіngoофориту) генітального інфантилізму (недорозвитку зовнішніх статевих органів, короткої, вузької вагіни, вкороченого заднього склепіння, конічної довгої шийки). Оглядають промежину (наявність розривів промежини, опущення стінок вагіни), шийку матки (ектропіон, старі розриви), положення матки, аномалії її розвитку.

Тести функціональної діагностики використовують для визначення гормональної активності яєчників і з метою виявлення овуляції.

1. Базальну температуру (ректальну) вимірюють в прямій кишці вранці в один і той самий час, не встаючи з ліжка, протягом 5-7 хвилин. Якщо різниця між показниками температури в I і II фази циклу становить понад $0,5^{\circ}$, то базальну температуру вважають двофазною.

Вкорочення тривалості II фази, повільний підйом температури, сходинкоподібний характер кривої свідчать про недостатність функції жовтого тіла. При відсутності овуляції базальна температура монофазна.

2. Феномен "зіниці" - збільшення діаметра зовнішнього вічка за рахунок підсиленої секреції слизу по мірі насичення організму естрогенами, позначається +, ++, +++, +++++. Найбільш виражений феномен "зіниці" в період овуляції.

3. Цервікальне число оцінюється сумою балів по п'яти параметрам що характеризують властивості цервікального слизу:

а) кількість слизу (вимірюється за допомогою туберкулінового шприца) 0-0,1-0,2-0,3 мл, кількість балів - 0-1-2-3;

б) в'язкість слизу - густий, в'язкий, малов'язкий, водянистий -0-1-2-3.

в) кристалізація слизу - відсутня кристалізація, атиповий малюнок, симптом "папороті", первинні і вторинні гілки "папороті", добре виражені листки "папороті", кількість балів - 0-1-2-3;

г) розтягнення слизу (розтягується між предметним та покривним склом) менше 1 см, 1-4 см, 5-8 см, 9 см і більше, кількість балів - 0-1-2-3;

д) клітинний склад - (лейкоцити) більше 11 клітин в полі зору, 6-10 клітин в полі зору, 1-5 кліток в полі зору, немає клітин. Кількість балів - 0-1-2-3.

Показники цервікального числа від 0 до 8 балів вказують на низьку естрогенну насиченість, від 9 до 11 балів - на помірну і від 12 до 15 балів - на високу.

4. Рентгенограма черепа і турецького сідла обов'язково проводиться всім хворим з порушенням ритму менструацій.

5. Гістеросальпінгографія (ГСГ) дозволяє виявити вади розвитку і гіоплазію матки, гіперпластичні процеси ендометрію, субмукозну міому, внутрішній ендометріоз, внутрішньоматкові синехії, істміко-цервікальну недостатність, спайковий процес в малому тазу. ГСГ краще проводити в II фазу менструального циклу (16-20 день). При підозрі на ендометріоз, ГСГ краще проводити в I фазу менструального циклу (рис. 19.1, 19.2, 19.3, 19.4, 19.5).



рис. 19.1. ГСГ – непрохідність маткових труб в ампулярній частині



рис. 19.2. ГСГ - непрохідність маткових труб в істмічній частині

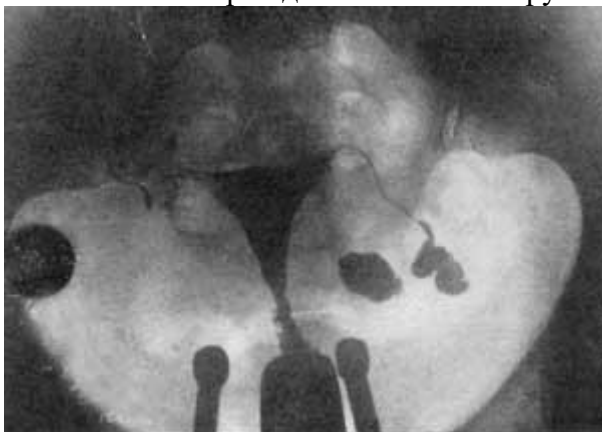


рис. 19.3. ГСГ - непрохідність маткових труб в ампулярній частині з утворенням сактосальпінксів

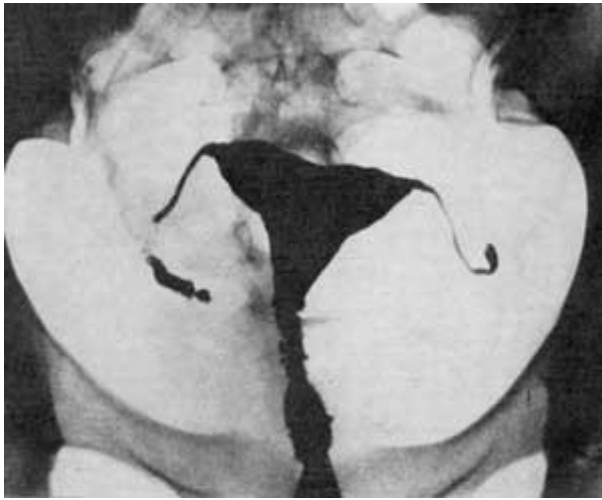


рис. 19.4. ГСГ при туберкульозі маткових труб.

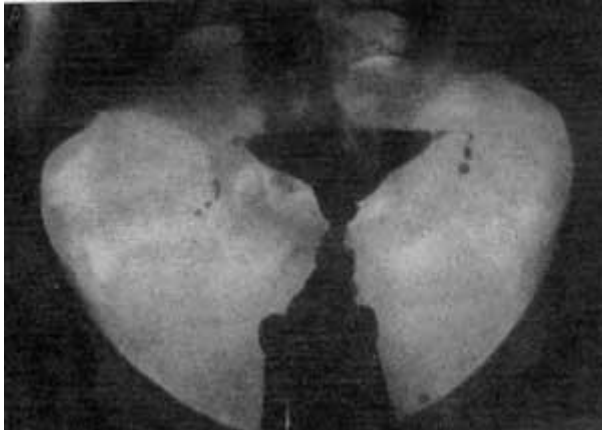


рис. 19.5. ГСГ непрохідність маткових труб в інтерстиціальній частині.

ГСГ протипоказана при гострих захворюваннях (грипі, ангіні, тромбофлебіті) захворюваннях нирок, печінки, ендометриті, сальпінгоофориті, параметриті, патологічних змінах в крові, сечі. Обов'язково за 5-7 днів до обстеження роблять аналіз крові, сечі, виділень на флору.

6. Кімографічна пертубація - проводиться на 10-11 день менструального циклу для визначення функціональної активності маткових труб і стану трубно-маткових і істміко-ампулярних зрощень у пацієнток з регулярним ритмом менструацій і при відсутності інших видимих причин безпліддя у шлюбі.

Протипоказання - ті ж самі, що і при гістеросальпінгографії.

Нормальні покази КП:

Р трубне - 50-80 мм рт.ст.,

Р максимальне - 90-100 мм рт.ст.,

Р максимальне - 200 мм рт.ст. на протязі 3-5 хвилин свідчать про непрохідність маткових труб. Порушення ритму коливань кривої розцінюється як дискоординація, а зменшення амплітуди коливань - як зниження скоротливої активності маткових труб.

7. Імунологічні тести спрямовані на виявлення імунологічної несумісності сперматозоїдів чоловіка і цервікального слизу жінки. Крім цервікального слизу аналогічним імунним бар'єром може бути вміст порожнини матки, маткової труби і блискуча оболонка яйцеклітини. Для виявлення імунологічної несумісності можна провести посткоїтальний тест.

8. Посткоїтальний тест (ПКТ) - виконується напередодні овуляції, коли цервікальний слиз має найменшу в'язкість, найбільше розтягнення і властивість кристалізуватися.

При проведенні тесту шлюбна пара повинна відмовитись від статевих зносин на протязі 2-3 днів.

При виконанні ПКТ шийку матки оголюють в дзеркалах і туберкуліновим шприцом або

корнцангом беруть вміст із заднього склепіння, цервікального каналу. Отриманий вміст переносять на предметне скло і розглядають під мікроскопом. Наявність в полі зору до 10 і більше сперматозоїдів, що рухаються, свідчить про задовільні властивості сперми та цервікального слизу.

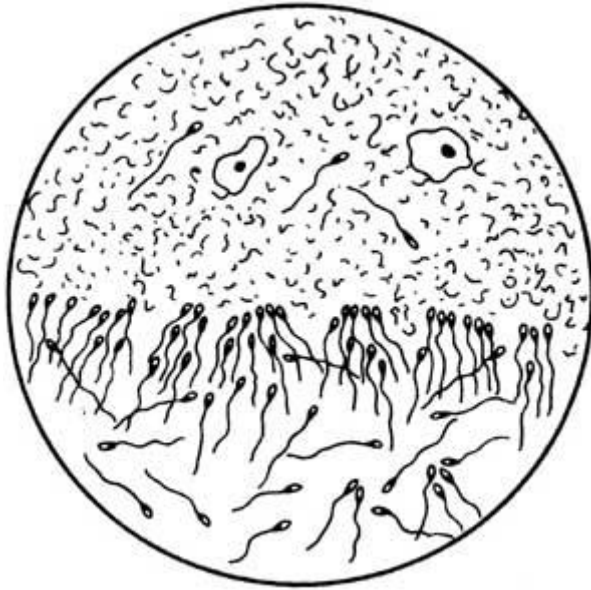


Рис. 19.6, 19.7. Посткоїтальний тест позитивний – відмічається проникнення сперматозоїдів в цервікальний слиз.

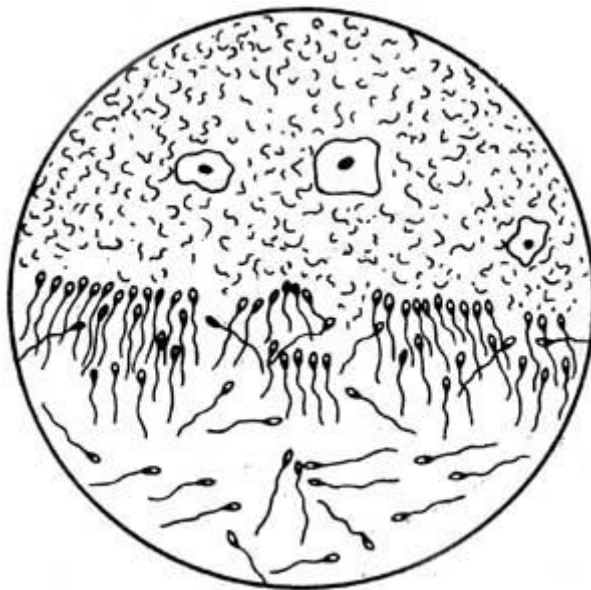


Рис. 19.8. Посткоїтальний тест від’ємний. Проникнення сперматозоїдів в цервікальний слиз не відмічається.

Виявлення в полі зору менше 10 сперматозоїдів, особливо з кволюю або маятникоподібною рухливістю, вказує на патологію з боку сперми і цервікального слизу.

Крім того, результати ПКТ можуть бути незадовільними, якщо тест виконан занадто рано або пізно стосовно овуляції, або при інфікуванні цервікального слизу.

9. Лапароскопія - найбільш інформативний метод діагностики причин жіночого безпліддя. Показами до проведення лапароскопії є підозра на

зовнішній ендометріоз, склерополікістоз яєчників, аномалії розвитку внутрішніх геніталій, при неясному генезі безпліддя, безрезультативно лікуванні безпліддя. Під час лапароскопії можна провести біопсію яєчників, роз’єднання спайок, коагуляцію ендометріюїднихгетеротопій, виявлення кіст яєчників, міоматозних вузлів невеликих розмірів.

Хворих готують, як на черевну лапаротомію. Знеболення - ендотрахеальний наркоз.

10. Гістероскопія - огляд порожнини і стінок матки, гирла маткових труб. Покази до проведення гістероскопії - підозра на гіперплазію, поліпозендометрію, міому матки, аномалії розвитку матки, внутрішньоматковісінехії, внутрішній ендометріоз, безпліддя невиясногенезу.

11. Гормональні обстеження показано пацієнткам з порушеним ритмом менструацій, при наявності галактореї.

Першим обов'язковим гормональним тестом є визначення пролактину в плазмі крові, 17-кетостероїдів (17-КС) в сечі. При виявленні підвищеного вмісту пролактину в крові виникає підозра на аденому гіпофіза, 17-КС - на патологію кори надниркових залоз.

Лікування.

Питання терапії безпліддя в шлюбі вирішується тільки після остаточного обстеження чоловіка та жінки.

Лікування жіночого безпліддя

Лікування хворих залежить від етіології безпліддя. Так, одним із основних етіологічних факторів жіночого безпліддя виявляється запалення геніталій різної тривалості. Таке лікування необхідно спрямувати на ліквідацію запального процесу і його наслідків.

На сьогодні існує такий метод консервативного етапного лікування на фоні запального процесу:

I етап - викликається загострення запального процесу додатків матки в умовах жіночої консультації. Для цього внутрішньом'язово вводять пірогенал по схемі 25-50-75 МПД з інтервалом в 2 дні до підвищення температури до 37,8-39⁰ С, в подальшому дозу зменшують в зворотному порядку. Курс лікування 10-15 ін'єкцій.

Інколи з метою стимуляції неспецифічної резистентності організму застосовується продигіозан 0,005 % в дозі 0,5-1,0-1,0 мл з інтервалом введення в 3-5 днів. Після кожної ін'єкції проводиться бактеріологічне і бактеріоскопічне обстеження вмісту із цервікального каналу і визначення чутливості флори до антибіотиків.

Після другої ін'єкції на фоні підвищення температури призначається антибактеріальна терапія краще всього призначати 2 антибіотики які діють на грам позитивну і грам негативну флору, антигістамінні препарати, аскорутін, вітамін Е, вітаміни групи В. Після прийому антибіотиків призначають фізіотерапевтичні методи лікування: електрофорез з сульфатом цинку 1 % розчин, сульфат міді 2 % розчин, при гіпофункції яєчників, саліцилат натрію 2%. Всього призначається 12-15 процедур.

II етап - бальнеогрязелікування, яке проводять в амбулаторних умовах або місцевих санаторіях-профілакторіях. Призначають родонові ванни при гіпоестрогенії, при незмінній гормональній функції яєчників -озокерит, сірководневі ванни. Грязелікування та бальнеотерапію проводять за загальноприйнятою методикою: відповідно "труси" і вагінальні тампони, загальні ванни і вагінальні зрошення. При наявності екстрагенітальної патології доцільно направляти на курорт відповідного профілю.

III етап - проводиться гістросальпінгографія через 6 місяців після II етапу. Якщо прохідність маткових труб не вдалося відновити повторюють I і II етапи.

При відсутності прохідності маткових труб після повторного I та II етапів рекомендують наступний етап - **хірургічну або ендоскопічну корекцію прохідності маткових труб**, яка проводиться в спеціалізованих кабінетах. Хірургічне лікування не показане жінкам після 35 років, і при тривалості захворювання більше 10 років.

Крім того, протипоказами є виражений злуковий процес в малому тазу, ендометріоз маткових труб, гострий і підгострийсальпінгоофорит, туберкульоз геніталій. Хірургічну корекцію проводять в I фазу менструального циклу з метою забезпечення оптимальних умов для регенерації тканин і можливості проведення реабілітаційних заходів. До операцій на маткових трубах відносяться фімбріолізис, сальпінголізис, сальпінгостоматопластика, сальпінго-сальпінгоанастомоз, імплантація труби в матку.

1. **Фімбріолізис** - звільнення фімбрій із спайок - може проводитися як під час лапароскопії, так і при лапаротомії.

2. **Сальпінголізис або туболізис** - звільнення маткової труби від спайок, викривлень гострим шляхом, перитонізаціяраневої поверхні.

3. **Сальпінгопластика** - створення нового отвору в трубі при його зарощенні в ампулярній частині. При цьому проводиться дистальна сальпінгопластика - робиться хрестоподібний утвір на кінці маткової труби, (рис. 19.9. 19.10. 19.11. 19.12) латеральний

отвір робиться збоку у вигляді овального вікна, трансверзальна - неосальпінгопластика з висіченням частини труби. (рис. 19.13).

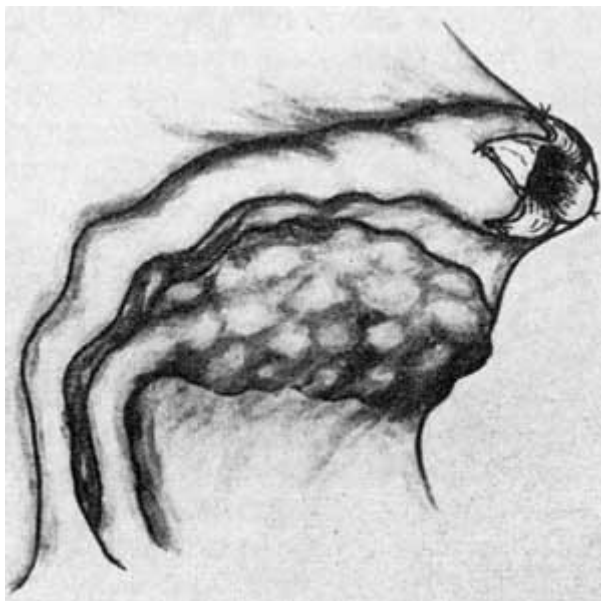
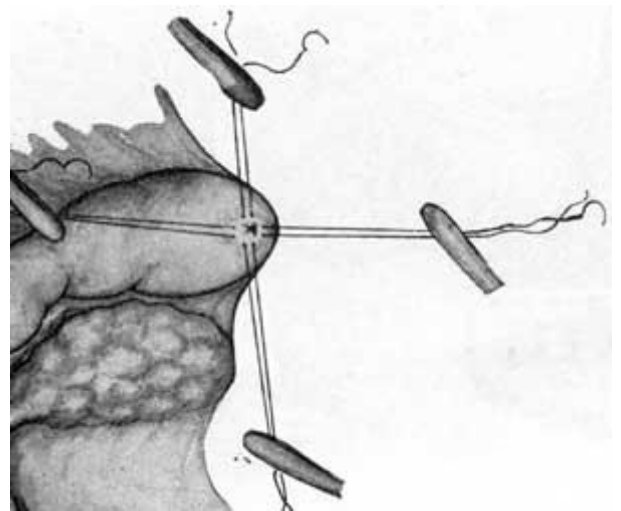
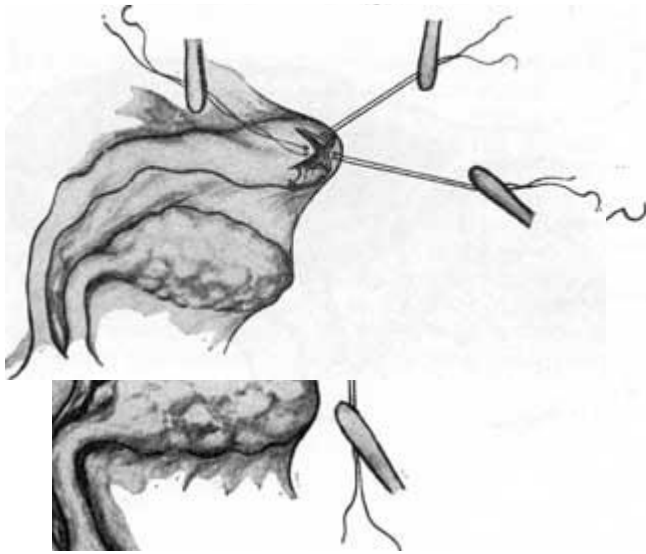


Рис. 19.9 - 19.12. Сальпінгопластика.

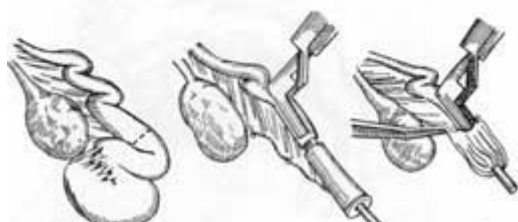
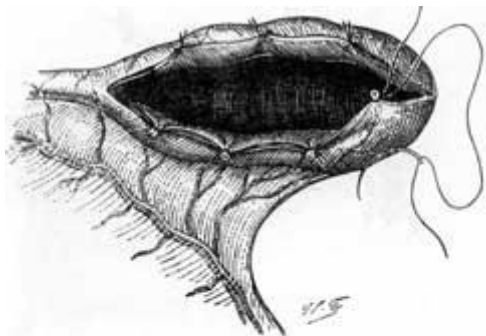


Рис.19.13. Трансверзальна - неосальпінгопластика з висіченням частини труби.

При цьому слизову оболонку труби вивертають, підшивають до очеревини, яка покриває трубу.

4. **Сальпінго-сальпінгоанастомоз** - резекція труби, при якій висікають звужену або облітеровану трубу. Трубу на поліетиленовій трубці зшивають "кінець в кінець".

5. **Імплантація труби в матку** проводиться при непрохідності труби в інтрамуральній частині. Через отвір, зроблений в розі матки, вставляють із зондом відсічений кінець труби. Край труби фіксується на поверхні матки. Протектор проведений через трубу вводиться в порожнину матки, другий кінець підшивається кетгуттом до ребра матки і витягується через 6-8 тижнів.

Для запобігання розвитку злук в післяопераційному періоді в черевну порожнину після закінчення операції вводять мікроіригатор, через який вводять розчин декстранів в кількості 400 мл з антибіотиками, гідрокортисон 50 мг, димедрол або супрастин 1,0. При значному злуковому процесі до описаної суміші додають 20-30 тис. ОД контрикалу, а з другої доби - 5 тис. ОД гепарину.

На наступий день після операції трубка мікроіригатора відкривається і рештки введеної суміші виводяться. Після чого повторно вводиться вищеописана суміш. На 3 добу трубка з черевної порожнини видаляється.

Важливим для попередження злукового процесу в післяопераційному періоді є проведення лікувальних гідротубацій, з 2 доби після операції. В суміш для гідротубацій входить: розчин новокаїну 0,5 % 40,0, антибіотик з врахуванням чутливості мікрофлори, гідрокортисон 25 мг, контрикал 10 тис. ОД. Гідротубації проводять через день. Загальна їх кількість 5-6 на курс.

Через 1-1,5 місяця після хірургічного лікування курс гідротубацій повторюється, одночасно призначаються біостимулятори (фібс, алое і інші), фізметоди (електрофорез 1 % розчином цинку, або хімотрипсином 10-14 процедур на курс). Всього після операції проводиться 3 курси гідротубацій, після яких для визначення прохідності маткових труб проводиться гістеросальпінгографія. Завершаючим етапом реабілітаційної терапії є санаторно-курортне лікування. У випадку відсутності ефекту від проведеного лікування на протязі 2 років і віку жінки більше 35 років потрібно рекомендувати нові репродуктивні технології запліднення.

ІХ. Лікування ендокринного безпліддя.

Лікування ендокринних форм безпліддя повинно бути диференційоване і залежати від причини і тривалості безпліддя.

1. **Безпліддя при регулярному ритмі менструації і олігоменореї.** Лікування потрібно починати з циклічної гормональної терапії або комбінованих гестагенних препаратів. Циклічна гормональна терапія проводиться мікрофоліном по 0,05 мг 1 раз на добу після їжі з 5 дня по 18 день циклу. З 18 по 26 день менструального циклу призначають прогестерон 1 % р-н по 1,2 мл внутрішньом'язово через день. Лікування проводиться на протязі 3 місяців з перервою в 2-3 місяці. Можливе проведення 3-х циклів терапії.

Комбіновані естроген - гестагенні препарати типу марвелон, фемоден, регівідон, овідон призначаються з 5 по 25 день менструального циклу по 1 таблетці після їжі в один і той же час. Тривалість прийому препарату складає 2-3 місяці з перервою між курсами в 3 місяці. Лікування призначається не менше 3 місяців. В подальшому стимуляція овуляції проводиться кломіфен - цитратом, клостільбегітом. Лікування призначається з 5 дня від початку менструації або менструальноподібної кровотечі після застосування прогестерону. В І циклі призначають 50 мг клостільбегіту на добу (1 таблетка) на протязі 5 днів. На протязі всього циклу лікування обов'язкове вимірювання базальної температури. При затримці менструації і підвищення температури до 37⁰ С і вище на протязі 16-18 днів необхідно провести обстеження сечі на вміст ХГ для діагностики вагітності.

Якщо доза 150 мг кломіфену не викликала овуляцію, проводиться комбіноване лікування - кломіфен - хоріогонічнийгонадотропін в дозі 3000-5000 ОД тричі через день внутрішньом'язово через 4-5 днів після прийому останньої таблетки кломіфену.

Максимально таких циклів можна провести три.

При підвищеному вмісті пролактину в крові порушуються процеси овуляції, що супроводжується галактореєю.

Для стимуляції овуляції при галактореї використовують препарати, що подавляють синтез пролактину в гіпофізі. Сюди відносяться: бромкриптин, парлодел. Прийом препаратів починають з мінімальної дози 1,25 мг (1/2 табл.). 2 рази в день під час їжі на протязі одного тижня. На наступному тижні дозу збільшують до 250 мг 2 рази в день до 21 дня менструального циклу. Лікування продовжують 3 місяці після чого роблять перерву на 2 місяці.

У випадку відсутності ефекту від терапії парлоделом до проведеного лікування додатково назначають кломіфен цитрат по загальнопроведеної схемі.

Поряд з гормональною і вітамінотерапією проводиться фізіотерапевтичний метод, що активує функцію гіпоталамуса і гіпофізу. З цією метою назначають 10-12 сеансів гальванізації з цинком (шийно-лицеве накладання електродів), або вітаміном В₁ (назальна і трансабдомінальна локалізація електродів), а також електростимуляція шийки монополярними прямокутними імпульсами струму низької частоти, з допомогою електростимулятора "Утеротон-1".

Основи сексології

Сексопатологія – розділ клінічної медицини, що вивчає статеві розлади, їхнє походження, методи розпізнавання і лікування.

Статева близькість – фундаментальний аспект природи людини, що має важливіше значення порівняно з репродуктивним елементом.

Сексуальність – складне вираження взаємодії наступних факторів:

- 1) інстинктивної потреби у розмноженні;
- 2) емоційних реакцій;
- 3) розумових процесів;
- 4) фізичних дій;
- 5) фізіологічних змін.

Порушення вираження сексуальності може бути пов'язане з:

- 1) дефіцитом інформації;
- 2) вірою в сексуальні міфи;
- 3) недостатніми навичками спілкування;
- 4) очікуваннями попереднього покоління, що викликають провину;
- 5) очікуваннями нинішнього покоління, що викликають стрес.

Труднощі в кожній із цих галузей можуть накладатися на остаточну інтеграцію реакцій, необхідну для сексуального задоволення.

Сексуальна поведінка жінок. Вивчення сексуальної поведінки жінок на межі ХХІ сторіччя показало, що:

- перші статеві зносини у жінок відбувається в досить ранньому віці;
- статеві зносини переважно відбуваються піхвовим шляхом;
- сексуальний досвід більшості жінок включає пещення без уведення статевого члена в піхву (включаючи феяцію й кунілінгус);
- рідко практикується анальний секс;
- у молодих жінок більше партнерів, ніж у жінок старших вікових груп;
- основною моделлю залишається послідовна моногамія;
- частота жіночого гомосексуалізму становить 1,5 – 4,5 % випадків;
- 85 % жінок мастурбують;
- більшість жінок вважають, що легше досягти оргазму шляхом стимуляції клітора, ніж під час статевого акту.

Сексуальний цикл складається з чотирьох фаз:

- 1) бажання;

- 2) збудження (зростання збудження та плато);
- 3) оргазм;
- 4) розслаблення;

Із фізіологічних позицій виділяють три складові сексуального циклу:

1) нейрогуморальна складова пов'язана з діяльністю глибоких структур мозку і всієї системи залоз внутрішньої секреції. Вона забезпечує вираженість статевого бажання й відповідну збудливість усіх відділів нервової системи, які регулюють статеву активність;

2) психічна складова пов'язана з діяльністю кори головного мозку, визначає спрямованість статевого бажання та забезпечує специфічні для людини форми прояву статевої активності, у тому числі відповідність поведінкових реакцій умовам конкретної ситуації і морально-етичним вимогам;

3) субстратом генітосегментарної складової є жіночі статеві органи та нерви, які регулюють їх діяльність, нервові сплетення й центри. Функціональна повноцінність генітосегментарної складової надзвичайно важлива для повноти сексуального задоволення жінки.

В основі сексуального циклу – статеве бажання.

1) у фазу збудження – приплив крові до клітора, піхви, матки; поява змащувальних виділень і розширення верхніх двох третин піхви; підняття матки;

2) під час плато – приплив крові до соромітних губ, клітора, піхви; утворення оргастичної манжетки на рівні нижньої третини піхви;

3) скорочення піхви, відкриття і скорочення шийки матки;

4) розслаблення: вульви та піхви – 10 – 15 с, матки – 20 – 30 хв.

Сексуальні розлади діагностують у 15 – 60 % жінок. Розрізняють первинні, вторинні, ситуативні та загальні розлади.

Класифікація сексуальних розладів:

1) порушення статевого бажання;

а) знижене статеве бажання;

б) відраза до сексу;

в) надмірне статеве бажання;

2) порушення збудження;

3) порушення оргазму;

4) сексуальні порушення, пов'язані з болем:

а) диспареунія;

б) вагінізм;

5) статеві пер версії:

а) порушення спрямованості статевого бажання (аутоеротизм, гомосексуалізм, педофілія, геронтофілія, трансвестизм, зоофілія);

б) порушення умов реалізації статевого бажання (фетишизм, мазохізм і садизм, ексгібіціонізм).

Сексуальна поведінка залежить від цілої низки загальних психологічних властивостей людини: комунікативних якостей, емоційної розкутості, сили та тривалості прихильностей, самоповагі тощо. При цьому статеве життя може мати зовсім різний зміст – бути засобом дітонародження, релаксації, одержання чутливого задоволення, самоствердження та ін. Хоча індивід інколи і не усвідомлює своїх мотивів, однак від них залежать і характер його психофізіологічних реакцій, і одержуване задоволення.

Етіологія і патогенез сексуальних розладів:

1) фізіологічні, органічні, ятрогенні фактори:

а) пологи, менопауза;

б) екстрагенітальна патологія (цукровий діабет, ревматоїдний артрит, спинномозкова травма, ниркова недостатність, анемія та ін.);

в) оперативні втручання в анамнезі;

г) променева терапія;

- д) побічні ефекти медикаментів (антидепресанти, антигіпертензивні засоби та ін.);
- 2) психосоціальні фактори:
- а) недостатня або неправильна інформація про секс;
 - б) статеві міфи і табу;
 - в) труднощі спілкування;
 - г) негативний досвід;
 - д) нереальні очікування.

Найпоширенішими провокуючими факторами розвитку сексуальних розладів є материнство, хвороби, випадкові невдачі, стреси, очікування невдачі, що травмує сексуальний досвід. До цих факторів також відносять жорстку поведінку з дитиною, обмежене виховання, дефіцит інформації, низьку самооцінку, переконаність у власній непривабливості, обмежене коло спілкування, психічні захворювання.

Різноманітність сексуальних розладів зумовлена ураженням нейрогуморальної, психічної й генітосегментарної складових копулятивного циклу. Під впливом патогенних факторів кожна зі складових може зазнавати патологічних змін, які проявляються синдромами, специфічними для кожної з них, супроводжується порушенням інтенсивності, спрямованості статевого бажання і способи його задоволення.

Жінка здатна відчувати оргазм протягом усього життя. Однак у віці понад 60 років сексуальна активність зазвичай знижується. Це пов'язане з інволюційними змінами, що погано піддаються лікуванню (атрофія слизової оболонки піхви тощо), а також із проблемою знайти партнера.

Аноргазмія – відсутність оргазму при статевому акті. Частота – 18 – 40 % випадків серед жінок, які живуть статевим життям не менше ніж 3 роки.

Алібідемія – зниження статевого бажання або його відсутність. У 90 % випадків аноргазмія й алібідемія поєднуються. Серед їхніх основних причин – нейроендокринні порушення, інфекції, інтоксикації наркотичними речовинами, снодійними та нейролептичними засобами, транквілізаторами, травми головного мозку; стреси, депресивні стани, дисгамія. Аноргазмія може бути також наслідком фригідності або дисгармонії статевих відносин.

Фригідність – нездатність жінки до переживання оргазму. Частота – 30 – 90 % випадків серед жінок, які перебувають у шлюбі не менше року. Розрізняють первинну і вторинну фригідність; первинна виникає з початком статевого життя, вторинна розвивається в жінок, які раніше відчували оргазм.

Форми фригідності:

1) ретардаційна форма має тимчасовий характер і пов'язана із відставанням у психосексуальному розвитку, особливостями темпераменту, вихованням. Статеве бажання при ретардаційній фригідності відсутнє або слабо виражене. Ерогенні зони ареактивні або слабо реактивні, статевий акт не викликає фрустрації. У міру усунення ретардації пробуджується статеве бажання, підвищується реактивність ерогенних зон;

2) симптоматична форма зумовлена органічними захворюваннями головного і спинного мозку, хронічними інтоксикаціями свинцем, наркотичними речовинами, ендокринними порушеннями (гіпоплазія статевих органів), неправильними положеннями матки, гінекологічними захворюваннями, авітамінозом, постінфекційною астеною, перевтомою тощо.

3) психогенна ригідність виникає внаслідок порушення сексуальних функцій під дією психічних факторів (шлюб із нелюбом, розчарування у сімейному житті, брутальна дефлорація, істерії, неврози, фобічна аноргазмія);

4) в основі конституціональної фригідності – природжена недостатність психосексуальних функцій. Вважається, що конституціональна фригідність є проявом прихованої неусвідомленої гомосексуальності.

Найчастіше фригідність не виступає причиною дестабілізації шлюбу. Навпаки, може бути чинником, що підвищує стабільність шлюбу, особливо за умови низької потенції чоловіка.

Дисгамія – дисгармонія статевих відносин, зумовлена неврахуванням під час статевого акту сексуальних потреб жінки. Він породжує статеve невдоволення, часто призводить до розладу в сім'ї, може бути однією з причин неврозів. Серед чинників дисгамії – великі або малі розміри статевого члена, недосконалість техніки статевого акту, використання перерваного статевого акту як методу контрацепції, передчасна еякуляція, тривале утримання від статевого життя – фізіологічне або у зв'язку з патологічними процесами при неврастенії, неврозах, інфекціях, інтоксикаціях нікотином.

Гіперсексуальність – патологічне посилення статевого бажання (сексоманія, німфоманія) і підвищення здатності до переживання оргазму (гіперпотенцемія). Основні її причини – порушення діяльності гіпоталамічних структур, лімбічної системи внаслідок нейроінфекцій (енцефаліт), травм, судинних уражень і пухлин головного мозку, захворювання ЦНС (шизофренія, епілепсія, маніакально-депресивний психоз), гіперфункція кіркової речовини надниркових залоз (пухлини).

Вагінізм – мимовільне судомне скорочення м'язів піхви, тазового дна (рідко – м'язів стегон, передньої черевної стінки) під впливом страху перед статевим актом або гінекологічним обстеженням. Патологія може бути зумовлена психогенними факторами, болем при дефлорації. Виділяють три ступені вагінізму: I ступінь – реакція настає в момент уведення статевого члена або гінекологічного інструмента в піхву; II ступінь – реакція настає при дотику до статевих органів; III ступінь – реакція настає при думці про статевий акт або гінекологічне обстеження.

Розрізняють істеричну і фобічну форми патології. Істеричну форму діагностують рідко. В її основі – усвідомлене або неусвідомлене небажання хворої жінки жити статевим життям з конкретною особою. Фобічна форма (коїтофобія) – нав'язливий страх перед статевим актом. Вона властива вегетативно-лабільним і тривожно-недовірливим жінкам. Серед факторів її виникнення – утворення патологічно міцного умовнорефлекторного зв'язку. Тривалий вагінізм у дружини часто призводить до послаблення потенції чоловіка, неврозу очікування, виникнення застійних явищ у передміхуровій залозі.

Віргогамія – «незайманий» шлюб. Розрізняють три форми патології: 1) фобічна форма характеризується нав'язливим страхом перед дефлорацією або коїтусом у зв'язку боязню болю. Нерідко поєднується з вагінізмом; 2) ігнорактна форма є наслідком недосвідченості подружжя, непоінформованості, недостатньої орієнтації в топографії статевих органів; 3) імпотентна форма пов'язана з порушенням статевої функції в чоловіка.

Геніталгія – болючі відчуття в ділянці статевих органів, зумовлені причинами органічного або функціонального характеру. До причин органічного характеру належать запальні процеси і травми статевих органів. З функціональних причин переважно розвиваються вагінізм і коїтофобія. Можуть спостерігатися геніталгії при істеричних неврозах. Біль локалізується здебільшого в ділянці піхви, нижньої частини живота, рідше – зовнішніх статевих органів, часто поєднується з парестезіями. Больові відчуття з'являються з початком статевого акту і пояснюються самонавіюванням з метою уникнути статевого життя.

Аутоеротизм, нарцисизм – спрямування статевого бажання на себе.

Мастурбація (онанізм) – статеve самозбудження. Надзвичайно поширена як серед жінок, так і серед чоловіків. З віком її частота підвищується (65 % жінок віком до 35 років займаються мастурбацією). З фізіологічної точки зору мастурбація не чинить патологічного впливу на організм жінки. Однак слід вирізняти мастурбацію, що є наслідком психічних захворювань (шизофренія, енцефаліт, маніакально-депресивні стани), які супроводжуються посиленням статевим бажанням. Зашкодити здоров'ю може не сама мастурбація, а каяття і острах її наслідків.

Гомосексуалізм – спрямованість статевого бажання до особи тієї самої статі. Причин цієї патології багато. Генетичні причини пов'язані з порушенням процесів диференціації жіночих і чоловічих центрів статевої поведінки, справжнім гермафродитизмом. Унаслідок приймання вагітною гормонів можливий розвиток псевдо гермафродитизму, що також може спричинити

гомосексуалізм. Часто нейрогенні порушення при ураженні лімбічної системи, скроневої і гіпоталамічної ділянок (нейроінфекції, травми, захворювання ЦНС (епілепсія)) призводять до розвитку цієї патології. Серед інших факторів можна виділити: ендокринні розлади (гіперфункція кіркової речовини надниркових залоз), застосування андрогенів. Психоаналітичні зміни можуть бути причиною пасивного гомосексуалізму у зв'язку з формуванням умовнорефлекторного зв'язку між переживанням оргазму і факторами, що його зумовили.

Виділяють активні і пасивні форми гомосексуалізму. Пацієнти з активною формою ідентифікують себе із чоловіком (поведінка, одяг тощо), пасивною – із жінкою.

Трансвестизм – прагнення носити одяг і виступати в ролі протилежної статі. Зумовлений зміною сексуальної орієнтації за рахунок порушення диференціювання статевих центрів і часто поєднується з гомосексуалізмом.

Транссексуалізм – несприйняття людиною приналежності до певної статі (вважає себе жертвою біологічної випадковості). Пацієнтки наполягають на мастектомії, гістеректомії, оофоректомії, а також прагнуть отримати терапію андрогенами для маскулінізації зовнішності і зниження тембру голосу. Вони можуть просити про пластичну операцію для створення штучного статевого члена. Академіком В.І. Грищенком було проведено низку операцій зі зміни статі. Слід ретельно відбирати пацієнтів, яких направляють на операції (обов'язковою є консультація психіатра), оскільки анатомічні результати перетворення жіночого типу на чоловічий зазвичай набагато нижчі, ніж навпаки.

Вуаеризм (візіонізм, скопофілія) – потяг до споглядання статевих органів або статевого акту.

Експібіціонізм – потяг до одержання статевого задоволення шляхом демонстрації своїх оголених статевих органів перед особами протилежної статі.

Педофілія – спрямування статевого потягу на дітей.

Геронтофілія – спрямування статевого потягу на осіб старечого віку.

Зоофілія – спрямування статевого потягу на тварин.

Садизм – одержання статевого задоволення від жорсткого поводження з партнером (поширений серед активних гомосексуалісток).

Мазохізм – одержання статевого задоволення від страждань, яких завдає партнер.

Обстеження жінок із сексуальними розладами в обов'язковому порядку включає збір сексуального анамнезу (враження дитинства і юності (взаємини в родині, культурне і релігійне тло, статеве виховання, психотравми, сексуальний досвід); дорослі враження; враження в нинішній період (сексуальні звички і вподобання, взаємини з партнером, сексуальні фантазії)) та медичного анамнезу (перенесені захворювання й операції, акушерський і гінекологічний анамнез, контрацепція)

Крім цього проводять гінекологічний огляд і призначають додаткові дослідження (клінічні і біохімічні аналізи крові та сечі, обстеження на захворювання що передаються статевим шляхом, ультразвукове дослідження, за потреби – лапароскопія).

В основі більшості сексуальних розладів – зміна психосексуальної орієнтації у зв'язку із захворюваннями ЦНС, травмами, інфекціями й інтоксикаціями. Лікування має бути патогенетичним, комплексним, індивідуальним.

При лікуванні порушень статевої функції слід встановити зв'язок із хворою, провести лікування основного захворювання, нормалізувати режим праці, відпочинку й усунути емоційне напруження. Показані заняття ЛФК, спортом, дієта, багата на білки, вітаміни (Е). Варто пам'ятати, що червоний перець, кардамон, мускатний горіх, кориця й селера підвищують статево активність.

Важливе місце в лікуванні відведено психотерапії з психоеротичним тренуванням сімейних пар, навчанням подружніх пар фізіології статевого акту й удосконалення його техніки.

З медикаментозних засобів призначають: гормональні препарати (андрогени – при фригідності), нейролептики (аміназин у дозі 50 – 150 мг на добу після їди, амітриптилін

0,025 г 1 – 2 рази на добу, транквілізатори, анти андрогени (при гіперсексуальності, гомосексуалізмі), преднізолон по 0,01г 1 – 3 рази на добу (при захворюваннях кіркової речовини надниркових залоз). При анатомічних вадах і рубцевих змінах у статевих органах нерідко проводять хірургічне лікування. Фізіотерапевтичне лікування включає гідротерапію (холодні і гарячі ванни), електростимуляцію й вібромасаж м'язів тазового дна.

Лікування сексуальних розладів проводиться у спеціалізованих кабінетах сумісно сексопатологом, психіатром, гінекологом і урологом.

Профілактика ґрунтується на дотриманні наступних принципів:

1) у період вагітності варто уникати застосування гормональних препаратів і нейролептиків у критичний термін (4 – 6 і 10 – 12 тиж.);

2) правильне статеве виховання має здійснюватися з урахуванням норм статевої поведінки, формуванням вільного природного ставлення до статевих питань, розвитком у дитини чіткого уявлення про її належність до її статі без пригнічення природного інтересу до осіб протилежної статі;

3) з метою запобігання мастурбуванню варто уникати речей і ситуацій, здатних спричинити подразнення статевих органів (тісна білизна, їзда на велосипеді, конях);

4) профілактика й лікування глистяної інвазії (гостриці);

5) профілактика травм, інфекцій, інтоксикацій;

6) боротьба з тютюнопалінням, зловживанням алкоголем, наркоманією;

7) своєчасне виявлення патологій, що зумовлюють сексуальні розлади.

Література

1. Назарова І.Б., Посипкіна Н.М. Репродуктивне здоров'я та планування сім'ї. — К.: Медицина, 2007.
2. Репродуктивне здоров'я та планування сім'ї: підручник / І.Б. Назарова, Н.М. Посипкіна. — К.: Медицина, 2008.