

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет медичний

Кафедра акушерства та гінекології



ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи

Юрій БУРЯЧКІВСЬКИЙ
«01» вересня 2023 р.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Факультет медичний, курс 6

Навчальна дисципліна: «акушерство та гінекологія»

Практичне заняття №24. Тема: «Порушення менструальної функції в репродуктивному віці, нейроендокринні синдроми. Фізіологічні та патологічні стани репродуктивної системи у різні вікові періоди»

Затверджено:


Засіданням кафедри акушерства і гінекології
Одеського національного медичного університету
Протокол №1 від «28» серпня 2023 р.

Завідувач кафедри



(Ігор ГЛАДЧУК)

Розробник:

к.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології  Тарновська Г.П.

Практичне заняття № 24

Тема: «Порушення менструальної функції у репродуктивному віці, нейроендокринні синдроми. Фізіологічні та патологічні стани репродуктивної системи у різні вікові періоди»

Мета: сформувати професійні уміння з діагностики та лікування різних порушень менструальної функції у репродуктивному віці, нейроендокринних синдромів, засвоїти уміння самостійно використовувати знання та навички на практиці, сформувати уміння застосовувати знання в комплексі, сформувати чітке уявлення та уміння при послідовності дій при обстеженні та лікуванні фізіологічних та патологічних станів репродуктивної системи у різні вікові періоди.

Основна дидактична мета практичного заняття — розширення, поглиблення й деталізація наукових знань, отриманих здобувачами вищої освіти на лекціях та в процесі самостійної роботи, спрямованих на підвищення рівня засвоєння навчального матеріалу, формування компетентностей, розвиток наукового мислення та усного мовлення здобувачів вищої освіти.

залучити до аналітичної діяльності та до самостійного рішення клінічних задач здобувачів вищої освіти, перевірити рівень засвоєння знань.

Основними завданнями практичного заняття є: розвиток пізнавальної активності та самостійності, сприяння розвитку творчого мислення, вміння логічно висловлювати й аргументувати свої думки, слухати один одного, уміння творчо застосовувати вивчений матеріал, навчитись проводити оцінку стану пацієнтки, поглибити і закріпити знання, отриманні в процесі вивчення предмета, навчитись формулювати діагноз у тематичної хвороби, проводити диференціальну діагностику, призначати план лікування, .

Здобувачам вищої освіти за темою заняття необхідно знати:

класифікація, етіологія, патогенез, об'єм обстеження хворих з порушеннями менструального циклу, нейроендокринними синдромами, патологічними станами репродуктивної системи у різні вікові періоди, ознайомитися з деонтологічними принципами ведення хворих з даною патологією.

Основні поняття:

Нейроендокринні синдроми, порушення функцій репродуктивної системи у різні вікові періоди зустрічаються доволі часто, мають багато спільного, характеризуються тими або іншими порушеннями гіпоталамо-гіпофізарної системи, але, разом з тим, кожний з них характеризується переважанням певної групи симптомів. Своєчасна діагностика та лікування таких станів

дуже важливе для збереження репродуктивного здоров'я жінок, зниження ускладнень перебігання вагітності та пологів.

Здобувачам вищої освіти необхідно знати:

- поняття «гострі та хронічні аномальні маткові кровотечі (АМК)», система класифікації (PALM\COEIN) для визначення причин АМК, не пов'язаних з вагітністю, методи їх діагностики та лікування;
- нейроендокринні синдроми - передменструальний синдром, післяпологовий метаболічний нейроендокринний синдром, післяродовий гіпопітуїтаризм (синдром Шихана), гіперпролактинемія, клімактеричний синдром, синдром Штейна-Левенталя (оваріальна гіперандрогенія, склерополікістозні яєчники - СПКЯ), методи діагностики та лікування;
- порушення менструальної функції, статевого розвитку у дівчаток, запальні захворювання статевих органів у дівчаток та підлітків, методи контрацепції у підлітків (сучасні методи обстеження у дівчаток та підлітків з гінекологічними захворюваннями, ювенільні аномальні маткові кровотечі, аменорея у дівчаток, порушення статевого розвитку у дівчаток-підлітків, запальні захворювання вульви та піхви у дівчаток, методи контрацепції для дівчаток-підлітків);
- фізіологічні зміни в жіночих статевих органах в клімактеричному періоді, клімактеричний синдром, АМК в період пре- і перименопаузи, опущення та випадання внутрішніх статевих органів, генітоуринарні розлади в клімактерії.

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

Навчальний час: 4 год.

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

Нейроендокринні синдроми, порушення функції репродуктивної системи у різні вікові періоди зустрічається доволі часто, мають багато спільного, характеризуються тими чи іншими гіпоталамо-гіпофізарної системи, але, разом з тим, кожний з них характеризується переважанням певної групи симптомів.

Своєчасна діагностика та лікування таких станів дуже важлива для збереження репродуктивного здоров'я жінок, зниження ускладнень перебігання вагітності та пологів.

2. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, тестування онлайн, фронтальне опитування з основної термінології тощо).

Вимоги до теоретичної готовності здобувачів до виконання практичних занять.

Вимоги до знань:

- навички комунікації та клінічного обстеження пацієнта;
- здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати;
- здатність проводити консультування з питань діагностики та лікування нейроендокринних синдромів, порушення функцій репродуктивної системи у різні вікові періоди.

Перелік дидактичних одиниць:

- гострі та хронічні аномальні маткові кровотечі (АМК), система класифікації (PALM\COEIN) для визначення причин АМК, не пов'язаних з вагітністю, методи їх діагностики та лікування;
- нейроендокринні синдроми- передменструальний синдром, післяпологовий метаболічний нейроендокринний синдром, післяродовий гіпопітуїтаризм (синдром Шихана), гіперпролактинемія, клімактеричний синдром, синдром Штейна-Левенталя (оваріальна гіперандрогенія, склерополікістозні яєчники - СПКЯ), методи діагностики та лікування;
- порушення менструальної функції, статевого розвитку у дівчаток, запальні захворювання статевих органів у дівчаток та підлітків, методи контрацепції у підлітків (сучасні методи обстеження у дівчаток та підлітків з гінекологічними захворюваннями, ювенільні аномальні маткові кровотечі, аменорея у дівчаток, порушення статевого розвитку у дівчаток-підлітків, запальні захворювання вульви та піхви у дівчаток, методи контрацепції для дівчаток-підлітків);
- фізіологічні зміни в жіночих статевих органах в клімактеричному періоді, клімактеричний синдром, АМК в період пре- і перименопаузи, опущення та випадання внутрішніх статевих органів, генітоуринарні розлади в клімактерії.

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

Питання

1. Рівні регуляції менструального циклу.
2. Які існують нейроендокринні синдроми?
3. Що таке аномальна маткова кровотеча?
4. Сучасний підхід до лікування аномальних маткових кровотеч.

5. Порушення статевого розвитку у дівчаток.
6. Сучасні методи обстеження дівчаток з гінекологічними захворюваннями.
7. Запальні захворювання статевих органів у дівчаток та підлітків.
8. Методи контрацепції у підлітків.
9. Фізіологічні зміни в організмі жінки в менопаузальному періоді.
10. Патологічні стани в менопаузальному періоді (клімактеричний синдром)– аномальні маткові кровотечі, урогенітальні порушення, опущення та випадіння статевих органів.

Тестові завдання

1. Хвора 22 років скаржиться на відсутність менструацій, зростання волосся на обличчі, кінцівках. Заміжня. Менструації з 14 років, мізерні, нерегулярні. Об'єктивно: зріст - 160 см, маса тіла - 65 кг. Статура по жіночому типу. Зростання волосся на обличчі у вигляді бакенбард, на верхній губі, підборідді, предплеччях, стегнах, гомілках. Зовнішні геніталії нормальної будови. Матка звичайних розмірів, яєчники збільшені, полікістозно змінені. Який найвірогідніший діагноз?

- A. Гіперпролактинемія
- B. Хвороба Іценко-Кушинга.
- C. Адреногенітальний синдром.
- D. Синдром Шерешевського-Тернера
- E. Синдром полікістозних яєчників

2. В жіночу консультацію звернулася хвора 36 років з скаргами на підвищену дратівливість, плаксивість, головний біль, серцебиття, набряки на руках і ногах, зменшення сечовипускання, нагрубання молочних залоз. Ці прояви виникають і поступово нарастають за декілька днів до менструації і зникають з її початком. Менструальний цикл без порушень. Перераховані скарги початку відзначати протягом останнього року. Який діагноз?

- A. Адреногенітальний синдром
- B. Синдром Шихана
- C. Передменструальний синдром
- D. Синдром Штейна-Левенталя
- E. Клімактеричний синдром

3. Хвора 30 років скаржиться на відсутність менструацій протягом 2-х років після пологів. Пологи ускладнилися масивною кровотечею. Після пологів хвора відзначила випадання волосся, втрату ваги. При бімануальному дослідженні тіло матки зменшено, статеві губи гіпопластичні.

Вкажіть етіологічний чинник ускладнення:

- A. Адреногенітальний синдром
- B. Спадковий чинник.
- C. Некротичні зміни в аденогіпофізі унаслідок геморагічного шоку

в пологах.

D. Метаболічний синдром

4. Порушення функцій сечових органів можливо при:

- A. Субсерозно розташованому міоматозному вузлі.
- B. Аденоміозі.
- D. Клімактеричному синдромі.
- C. Краурозі вульви.
- E. Пухлині яєчника.

5. Нейроендокринним синдромом не є:

- A. Передменструальний.
- B. Геморагічний синдром.
- C. Полікістозних яєчників.
- D. Гіперпролактинемія.

6. При синдромі полікістозних яєчників не спостерігаються:

- A. Ановуляція.
- B. Безпліддя.
- C. Диспареунія
- D. Двостороннє збільшення яєчників.
- E. Гіперліпідемія.

7. Жінка 42 років, скаржиться на приливи жару, диспареунію і порушення сну, 1,5 міс тому перенесла гістеректомію з придатками з приводу міоми матки та пухлини яєчника. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Ендометриоз
- B. Гіперпролактинемія
- C. Клімактеричний синдром
- D. Генітальний пролапс
- E. Післякастраційний синдром

8. Хвора 37 років звернулась в жіночу консультацію з скаргами на помірні кров'яністі виділення із статевих шляхів протягом 10 днів, які з'явилися після затримки чергової менструації на 1,5 міс. При гінекологічному дослідженні: шийка матки візуально не змінена, матка не збільшена, щільна, рухома, безболісна, придатки з обох боків не збільшені, безболісні, склепіння глибокі.

Найвірогідніший діагноз?

- A. Хронічне запалення додатків матки
- B. Аномальна маткова кровотеча
- C. Позаматкова вагітність.
- D. Міома матки.
- E. Ендометриоз.

9. Хвора 14 років скаржиться на тяжкість і біль внизу живота, що посилюються

періодично. Вперше такі відчуття з'явилися 3 місяці тому. Зріст 155см., вага 49 кг. Зовнішні статеві органи розвинуті нормально, при гінекологічному огляді було виявлено випинання дівочої перетинки. При УЗД органів малого тазу тіло матки та яєчники не збільшені, відповідають віковій нормі. Про яку аномалію статевих органів йдеться?

- A. Атрезія дівочої перетинки
- B. Перегородка піхви.
- C. Аплазія матки
- D. Подвоєння матки
- E. Синехії вульви

10. В гінекологічне відділення звернулася дівчинка 12 років з скаргами на кровотечу із статевих шляхів протягом 2-х тижнів, після затримки менструації протягом 3-х місяців, слабкість, головний біль, запаморочення. Менструації з 10 років. В аналізі крові Hb=100 г/л, кількість тромбоцитів 200 тис. Живіт при пальпації безболісний, симптомів подразнення очеревини немає. Гінекологічне дослідження: virgo. При ректальному дослідженні: тіло матки і придатки без патології. Попередній діагноз?

- A. Апоплексія яєчника
- B. Аномальна маткова кровотеча у дівчаток
- C. Хвороба Верльгофа.
- D. Синдром полікістозних яєчників.
- E. Позаматкова вагітність.

Вірні відповіді 1E, 2C, 3C, 4 D, 5B, 6C, 7E, 8B, 9A, 10B

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

- зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо);
- рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтувальні карти для формування практичних вмінь і навичок тощо);
- вимоги до результатів роботи, у т.ч. до оформлення;
- матеріали контролю для заключного етапу заняття: задачі, завдання, тести тощо (у разі необхідності).

3.1. Порушення менструального циклу в репродуктивному віці

В Україні з 2016р. прийнятий Уніфікований клінічний протокол етапного надання медичної допомоги при аномальних маткових кровотечах (АМК) - Наказ МОЗ України від 13.04.16р. № 353 (зі змінами 23.09.16р. № 994).

Аномальна маткова кровотеча(АМК) – це узагальнююче поняття для будь-якого відхилення менструального циклу від норми, що включає зміни регулярності і частоти менструацій, тривалості кровотечі або кількості крові, що втрачається.

Запропонована така нова термінологія:

- 1) **Гострі АМК** - епізоди кровотеч у невагітних жінок репродуктивного віку, інтенсивність яких вимагає негайного втручання з метою попередження подальшої втрати крові;
- 2) **Хронічні АМК** - це кровотечі з відхиленнями від норми за тривалістю, об'ємом та\або частотою, які виникають впродовж більшої частини останніх 6 місяців;
- 3) **Тяжка менструальна кровотеча (ТМК)** – надмірна менструальна крововтрата, що негативно впливає на фізичний стан жінки, соціальні, емоційні та\або матеріальні аспекти її життя. ТМК може проявлятися самостійно або в поєднанні з іншими симптомами.

Запропонована термінологія спрямована на спрощення опису клінічної картини і заміщення таких застарілих термінів, як менорагія, метрорагія, поліменорея, дисфункціональні маткові кровотечі.

Межі норми для менструального циклу (FIGO, 2011)

Параметри	Кількісні характеристики
Інтервал	24-38 днів
Тривалість кровотечі	4,5-8 днів
Кількість крові	5-80 мл\цикл

Нова система класифікації (PALM\COEIN) для визначення причин АМК, не пов'язаних з вагітністю

Структурні	Неструктурні
Р – поліпи	С – коагулопатія
А – аденоміоз	О- порушення овуляції
L - лейоміома	Е – патологія ендометрію
М – злоякісні пухлини, гіперплазія	І – ятрогенні
	N – некласифіковані

Лікування гострої АМК

За умови порушення вітальних функцій проводиться стабілізація їх показників (артеріальний тиск, частота серцевих скорочень, частота дихання, температура, когнітивні функції та ліквідація гіповолемії).

Якщо дозволяють клінічні обставини, то обирають **медикаментозну терапію** – транексамова кислота, комбінований оральний контрацептив,

пероральні гестагени. Медикаментозна терапія при гострої АМК вважається неефективною при відсутності динаміки зменшення обсягу крововтрати впродовж 12 годин після призначення терапії з розвитком гемодинамічних та/або гематологічних ускладнень.

Вибір на користь **хірургічного лікування** розглядається у разі:

- нестабільності клінічного стану жінки;
- наявності протипоказань для медикаментозного лікування;
- відсутності ефекту від медикаментозного лікування

Серед хірургічних методів застосовуються:

- абляція/резекція ендометрію з обов'язковим гістологічним дослідженням ендометрію;
- кюретаж порожнини матки з обов'язковим гістологічним дослідженням ендометрію;
- емболізація маткових артерій;
- гистеректомія;
- специфічне хірургічне лікування при виявленні структурної патології (згідно відповідних протоколів)

Лікування хронічної АМК

При виявленні системного захворювання як причини АМК треба проводити його специфічне лікування. При виявленні структурної патології органів малого тазу лікування проводиться згідно відповідних клінічних протоколів.

Після виключення структурної патології органів малого тазу слід розглядати **медикаментозне лікування - корекція анемії (препарати заліза), гормональні методи (внутрішньоматкова система з прогестином, КОК, пероральні прогестини, агоністи гонадотропін-рилізінг гормону), інгібітори фібринолізу (транексамова кислота).**

Медикаментозне лікування вважається неефективним при відсутності динаміки зменшення обсягу крововтрати впродовж 3 місяців після призначення терапії. Тоді слід обирати хірургічне лікування.

3.2. Нейроендокринні синдроми

5.2.1. Передменструальний синдром (ПМС) – функціональний розлад центральної нервової системи під впливом несприятливих екзо- чи ендогенних факторів на тлі набутої вродженої лабільності гіпоталамо-гіпофізарно-оваріальної системи. Частота ПМС збільшується з віком - від 20% у 19-20-річних до 55% у 40-49-річних жінок.

Класифікація за МКХ-10

N 94.3 Синдром передменструального напруження

У розвитку ПМС певну роль відіграють нервово-психічні стреси, інфекційні захворювання, геніальна та екстрагенітальна патологія. В умовах сьогодення провідну роль у патогенезі відводять пролактину –

модулятору дії багатьох гормонів, у тому числі гормонів наднирників (цим пояснюють натрійзатримуючий ефект альдостерону й антидіуретичну дію вазопресину). Також певну роль у патогенезі відводять простагландинам, порушенням обміну нейропептидів у ЦНС – опіоїдів, серотоніну, дофаміну, норадреналіну.

Передменструальний синдром є сукупністю деяких симптомів, це залежить від індивідуальних особливостей кожної жінки та от тяжкості синдрому. В залежності від превалювання тих чи тих симптомів у клінічній картині виділяють чотири форми ПМС: 1) **нейропсихічна** (дратівливість, депресія, слабкість, агресивність); 2) **набрякова** – набряки молочних залоз, обличчя, кінцівок; 3) **цефалгічна** - головний біль, запаморочення, нудота, пітливість; 4) **кризова** – симпато-адреналові кризи.

Класифікація за ступенем тяжкості

Залежно від ступеню тяжкості захворювання розрізняють: 1) **легку** форму ПМС - поява 3-4 симптомів за 2-10 днів до менструації при значній вираженості 1-2 з них; 2) **важку** форму ПМС - поява 5-7 симптомів за 3-14 днів до менструації з різкою вираженістю 2-5 або всіх.

Класифікація за стадіями ПМС

1. **Компенсована**- симптоми хвороби з'являються в II фазі циклу, припиняються з початком менструації і з роками не прогресують;

2. **Субкомпенсована**- симптоми ПМС зникають тільки із закінченням менструації, а тяжкість захворювання з роками усугубляється;

3. **Декомпенсована**- симптоми захворювання зберігаються протягом декількох днів після закінчення менструації і світлі проміжки поступово скорочуються.

Діагностика ПМС заснована на циклічності появи симптомів. Для **диференціальної діагностики** з органічною патологією слід провести рентгенографію (або МРТ) черепа і турецького сідла, шийного відділу хребта, дослідження нирок, ЕЕГ, ЕКГ, вивчення стану очного дна.

Лікування ПМС включає **медикаментозну та немедикаментозну терапію**. Бажано починати з **немедикаментозної** - психотерапія, дотримання дієти, при більш вираженій симптоматиці рекомендується фізіотерапевтичне лікування - масаж загальний і комірної зони, бальнеотерапія, електроаналгезія, ендоназальний електрофорез vit B₁.

При ПМС середньої тяжкості і важкої показана медикаментозна терапія: препарати, які покращують метаболізм та функціональний стан ЦНС (ноотропні, психотропні препарати); препарати ангіопротекторної, нейромедіаторної дії (дофамінергічні, серотонінергічні), іммунокоректори, адаптогени, нестероїдні протизапальні препарати; гормональна терапія - призначається індивідуально – гестагени, КОК.

Післяполовий метаболічний нейроендокринний синдром

Класифікація МКБ10 - O 08.5

Післяполовий метаболічний нейроендокринний синдром (ПНЕС або післяродове ожиріння) – поліетіологічний симптомокомплекс, який характеризується різними метаболічними та гормональними порушеннями у жінок з вродженою або набутою функціональною лабільністю гіпоталамічних і екстрагіпоталамічних структур і генетичною схильністю до інсулінорезистентності. Характеризується збільшенням маси тіла, що виникло після пологів або переривання вагітності, на фоні якого розвиваються порушення менструальної і генеративної функції. Розвивається захворювання через 3-12 місяців після пологів або абортів.

Первинним є порушення нейроендокринної функції гіпоталамуса. Тому з початку маніфестують діенцефальні прояви – головний біль, порушення сну, апетиту, запаморочення. В гіпоталамусі збільшується синтез ендорфіну та зменшується утворення дофаміну, унаслідок цього підвищується секреція пролактину, порушуються секреція АКТГ, ФСГ, ЛГ, в надниркових залозах підвищується утворення гормонів кіркової речовини – глюкокортикоїдів (кортизол), мінералокортикоїдів (альдостерон).

Гіперкортицизм зумовлює розвиток гіпертензії, порушення жирового, білкового та вуглеводного обміну, що проявляється порушенням толерантності до глюкози, інсулінорезистентністю та компенсаторною гіперінсулінемією.

Діагностика заснована на даних анамнезу, клінічних проявах, зовнішньому вигляді хворих. Для анамнезу характерні – пологи, аборти, викидні, порушення менструального циклу, збільшення маси тіла в дитинстві, часті ГРВІ і інфекційні захворювання.

Серед клінічних проявів на першому місці — ожиріння (масо-ростовий коефіцієнт вище 30), помірний гіпертрихоз, тенденція до гіпертензії, гіперглікемія, помірний гіпертрихоз, жирна себорея, а також діенцефальні порушення - головний біль, стомлюваність, поліурія, поліфагія, полідипсія, гіпертермія.

Для діагностики і диференціальної діагностики додатково проводяться такі діагностичні процедури, як рентгенографія (або МРТ) черепа і турецького сідла, вимірювання внутрішньочерепного тиску, ЕКГ, визначення толерантності до глюкози, визначення рівнів АКТГ, пролактину, кортизолу, тестостерону, ДСА і 17-КС; біопсія ендометрію, УЗД.

Лікування. У 8-9% жінок відновлення нормальних менструальних циклів відбувається тільки на фоні дієтотерапії. У поєднанні з дієтою призначають регулятори нейромедіаторного обміну ЦНС - препарати адренергічної та серотонінергічної дії, у разі інсулінорезистентності – метформін, при гірсутизмі - антиандрогени. Критерій ефективності лікування - зниження маси тіла, відновлення овуляторних менструальних циклів, вагітність.

Післяродовий гіпопітуїтаризм (синдром Шихана) розвивається після масивної крововтрати в пологах або при аборті, або є результатом бактерійно-токсичного шоку при пологах або перериванні вагітності.

МКБ 10 – E 23.0

Патогенез захворювання - некротичні зміни в гіпофізі на фоні спазму або внутрішньосудинного згортання крові в судинах передньої частки гіпофіза.

Клінічна картина характеризується гіпофункцією ендокринних залоз (щитоподібної, надниркових, статевих) різного ступеня вираженості.

При **легкому** ступені синдрому наголошується головний біль, легка стомлюваність, мерзлякуватість, схильність до гіпотензії. Функції щитовидної залози і глюкокортикоїдної функції надниркових залоз понижені.

Середній ступінь тяжкості характеризується зниженням гормональної функції яєчників (аменорея, ановуляція, безплідність), щитовидної залози (сухість шкіри, набряклість, ламкість нігтів, стомлюваність).

Важка форма захворювання виявляється тотальною гіпофункцією гіпофіза з аменореею, атрофією статевих органів, мікседемою, сонливістю, зниженням пам'яті, облісінням, адинамією, гіпотензією, посиленою пігментацією шкіри. Різко знижується маса тіла, розвивається анемія, агалактія.

Діагностика заснована на даних анамнезу, клініки, гормональних досліджень, при яких виявляється різний ступінь зниження всіх гормонів гіпофіза. **Лікування** симптоматичне, полягає в призначенні анаболічних засобів, замісної терапії глюкокортикоїдними і тиреотропними гормонами. Молодим жінкам при аменореї проводиться циклічна гормональна терапія.

Клімактеричний синдром (КС) – це патологічний стан, що характеризується нервово-психічними, вегетосудинними і обмінно-трофічними розладами, ускладнюючими перебіг клімактеричного періоду.

Код МКХ-10 – N 95.1 Менопауза та клімактеричний стан у жінки

Патологічні стани КС ділять на три групи:

1. Ранні симптоми - вазомоторні і емоційно-психічні порушення, які є типовими проявами КС. Найбільш типові приливи жару, пітливість, серцебиття, сонливість, слабкість, неспокій, депресія, забудькуватість, неухважність. Захворювання з числом приливів до 10 разів на добу відноситься до легкої форми КС, до 20 разів - середньої тяжкості, більше 20 приливів в поєднанні з іншими симптомами - до важкої форми КС.

2. Середньочасові симптоми виникають через 3-5 років після менопаузи і включають генітоурінарні розлади і зміни в шкірі і придатках. Генітоурінарні розлади турбують 30-40% жінок в постменопаузі і характеризуються сверблячкою вульви, печінням і сухістю в піхві, болем при статевих стосунках, що пов'язано з порушенням синтезу глікогену у вагінальному епітелії на фоні гіпоестрогенії, зменшенням числа лактобацил, підвищенням рН піхви. Розвивається атрофічний кольпіт, можливо приєднання інфекції.

В даний час для лікування гіперпролактинемії використовуються засоби, що беруть участь в регуляції секреції пролактину. **Препаратом вибору є парлодел (бромокриптин), агонист дофаміну, який** використовується для лікування синдрому галактореї-аменореї непухлинного генеза і при пролактинсекретуючих аденомах гіпофіза. Якщо галакторею супроводять явища первинного гіпотиреозу, призначають препарати тиреоїдних гормонів. Зараз для лікування ще використовується **каберголін (алактин)**, препарат останнього покоління, також дофамінергічний препарат.

Медикаментозна терапія спрямована на відновлення функцій репродуктивної системи, стабілізацію рівня пролактину і нормалізацію менструального циклу. **Оперативне лікування** доречно тоді, коли виникає гостра необхідність у негайному видаленні прогресуючої пухлини гіпофізу. Променева лікування доречно у разі заборони операції, при неповному видаленні пухлини та неефективності та непереносимості медикаментозної терапії.

Синдром Штейна-Левенталя (оваріальна гіперандрогенія, склерополікістозні яєчники - СПКЯ Код за МКХ 10 – E28.2

Ведучими клінічними симптомами є безпліддя, метаболічні порушення – ожиріння, інсулінорезистентність, гіперандрогенія, дерматопатії – акне, гірсутизм, порушення менструального циклу на тлі оліго-ановуляції, полікістозні яєчники за даними УЗД.

Гіперандрогенія та інсулінорезистентність - дві ключові ланки патогенезу цього захворювання утворюють патологічне замкнене коло:

- високий рівень андрогенів сприяє формуванню абдомінального ожиріння та інсулінорезистентності;
- інсулінорезистентність призводить до компенсаторної гіперінсулінемії, що в свою чергу сприяє утворенню андрогенів в яєчниках і корі наднирників;
- гіперінсулінемія пригнічує утворення в печінці глобуліна, який зв'язує статеві стероїди (ГЗСС), що сприяє підвищенню в плазмі вільних фракцій андрогенів (особливо тестостерону)

Окрім цього, у таких жінок частіше діагностується гіперплазія ендометрію (внаслідок гіперестрогенії на фоні ановуляторних циклов). Гормональний дисбаланс частіше призводить до змін в молочних залозах, зокрема мастопатії. Жінки з СПКЯ являють собою групу ризику щодо розвитку ускладнень вагітності (підвищений ризик гестаційного діабету, гіпертензії, преєклампсії, передчасних пологів).

Діагностика заснована на вивченні менструального, репродуктивного, сімейного анамнезу, визначенні індексу маси тіла, ступеня тяжкості гірсутизму, акне, алопеції, необхідно провести лабораторне дослідження -

визначити вміст глюкози натщесерце, концентрацію глікозильованого гемоглобіну, індекс НОМА-IR, індексу вільного тестостерону, прогестерону на 20-24 день менструального циклу (як критерія порушення овіляції), УЗД органів малого тазу (полікістозні яєчники).

СПКЯ діагностується, коли у пацієнтки наявні хоча б 2 критерії з 3-х з нижче перерахованих при виключенні інших причин, які можуть давати схожу клінічну картину (вроджена дисфункція кори наднирників, андроген продукуючі пухлини, синдром Кушинга) : **1) надлишкова активність або секреція андрогенів (клінічні та\або біохімічні ознаки гіперандрогенії); 2) оліго\ановуляція; 3) полікістозні яєчники за даними УЗД.**

Лікування має починатися якомога раніше, воно включає лікування дерматопатій, нормалізацію менструальної функції, захист ендометрію від гіперплазії, корекцію метаболічних порушень, лікування безпліддя при актуальності вагітності.

Терапія пацієнток з оліго\ановуляцією залежить від поставлених цілей - у разі бажання завагітніти може бути показана індукція овуляції, на фоні якої лікування акне і гірсутизму не проводиться. Якщо немає репродуктивних планів, то рекомендується монотерапія КОК з можливим використанням топічного лікування акне, себореї, косметичним лікуванням гірсутизму.

На особливу увагу заслуговують естроген-гестагенні комбінації, що містять прогестини-антиандрогени. Важливе значення має використання КОК із активною формою фолатів, так як на сьогодні доведено зв'язок порушень фолатного циклу та СПКЯ. Використання КОК достовірно знижує ризик раку ендометрію. Якщо при використанні консервативних методів лікування не вдається досягти овуляції, то використовується сучасний метод оперативного втручання - дринг яєчників (при лапароскопії).

Таким чином, головним при лікуванні СПКЯ є профілактика гіперпроліферативних процесів, досягнення овуляції, це можливе консервативним та оперативним шляхом.

3.3. Порушення менструальної функції, статевого розвитку у дівчаток. Запальні захворювання статевих органів у дівчаток та підлітків. Методи контрацепції у підлітків

Сучасні методи обстеження у дівчаток та підлітків з гінекологічними захворюваннями

Обстежування дівчаток починають зі збору анамнезу, зокрема сімейного, опитування, виявлення скарг, перенесених захворювань, віку менархе (якщо почалися менструації), менструальної функції. Обов'язково

проводять загальний та гінекологічний огляд (per rectum, якщо дівчинка не живе статевим життям), оцінку статевого розвитку за методом Tanner, оцінку антропометричних параметрів (маса, зріст, розвиток жирової тканини та особливості її розподілу, індекс маси тіла, тип конституції), відповідність цих параметрів віку дівчинки.

Також проводять загально-клінічні лабораторні дослідження, УЗД органів малого тазу та черевної порожнини (при необхідності МРТ), визначення концентрацій гормонів та їх метаболітів в крові (здебільшого ФСГ, ЛГ, пролактин, естрадіол, прогестерон, тестостерон, кортизол, гормони щитоподібної залози).

При наявності запальних проявів проводять мікроскопічні та мікробіологічні дослідження, застосовують метод полімеразно-ланцюгової реакції (ПЛР), серологічні методи. Місцеві та системні зміни імунітету можна виявити при імунологічному дослідженні крові – наприклад, визначення субпопуляцій лімфоцитів крові з використанням моноклональних антитіл, визначення концентрацій основних класів імуноглобулінів IgG, IgM, IgA, оцінка інтерферонового статусу, визначення цитокінів у сироватці крові (цитокінового статусу), імуноферментні методи (ІФА) для виявлення антитіл до збудників уrogenітальних інфекцій – цитомегаловірусу, ВІЛ, ВПГ, ВПЧ, хламідій або мікоплазм.

При підозрі на генетичну патологію проводять медико-генетичне консультування, цитогенетичне дослідження (визначення каріотипу), молекулярно-генетичні дослідження.

Порушення менструальної функції у підлітковому віці

Процес статевого дозрівання складається з певних етапів і характеризується послідовними змінами ступеня зрілості надгіпоталамічних центрів ЦНС, гіпоталамуса, гіпофізу, статевих залоз і органів-мішеней статевих стероїдних гормонів.

Одним з провідних розладів менструальної функції у підлітків в період її становлення є **аномальні маткові кровотечі (ювенільні)**. Згідно з прийнятим в Україні з 2016р. Уніфікованим клінічним протоколом етапного надання медичної допомоги при аномальних маткових кровотечах (АМК) - Наказ МОЗ України від 13.04.16р. № 353 (зі змінами 23.09.16р. № 994) розроблен алгоритм надання допомоги дівчатам при аномальних маткових кровотечах.

Можливі чинники: конституціональні особливості (астенічний, інтерсексуальний, інфантильний тип статури), підвищена алергізація, несприятливі клімато-географічні і матеріально-побутові чинники, вплив ушкоджувальних чинників в ante- і інтранатальному періоді (недоношування, гестоз, резус-конфлікт), часті інфекційні захворювання в дитячому віці, психічні потрясіння, фізичне перевантаження, струс головного мозку,

простудні захворювання, поєднання декількох чинників одночасно. Серед дівчаток шкільного віку це поширене гінекологічне захворювання (10-15% у віковій групі 12-18 років).

Клінічна картина АМК. Спостерігаються частіше всього в перші 2 роки після менархе (першої менструації), але іноді вже з менархе. Виникають після затримки менструації на різний термін, продовжуються до 7 днів і більш, різні по інтенсивності, завжди безболісні, досить швидко приводять до анемізації навіть при невеликій крововтраті і вторинним порушенням згущуючої системи крові (тромбоцитопенії, уповільненню згортання, зниженню протромбінового індексу, уповільненню ретракції кров'яного згустка).

Обстеження дівчаток з АМК повинне проводитися спільно з педіатром, гематологом, ендокринологом, невропатологом, отоларингологом. Проводять загальне обстеження, спеціальне гінекологічне, УЗД, рентгенографію черепа, ендоскопічне дослідження: вивчають коагулограму, біохімічні показники крові.

Обов'язково проведення **диференціального діагнозу** із захворюваннями крові, що супроводжуються підвищеною кровоточивістю, порушеннями функції печінки, захворюваннями надниркових і щитовидної залози, диенцефальною патологією, гормонопродукуючими пухлинами яєчників, саркомою матки, патологією шийки матки, вагітністю, чужорідними тілами і пухлинами піхви.

В підлітковому віці причиною АМК переважно виступають розлади овуляції, пов'язані з незрілістю гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничкової регуляції. Особливу увагу треба звернути на виключення АМК, спричинених соматичною патологією (коагулопатія та ін.) та кровотеч внаслідок артеріо-венозних мальформацій матки.

При **лікуванні** дівчат з хронічною АМК перевага надається тактиці, спрямованій на формування двофазного менструального циклу шляхом виявлення та усунення причин його порушення. Призначається медикаментозна терапія – спочатку негормональна (інгібітори фібринолізу, антианемічна терапія), при неефективності можливо призначення гормональної терапії (за згодою дівчини та її батьків) - КОК, прогестини.

При невідкладних випадках у дівчат з гострою АМК необхідно дотримуватись загальних принципів проведення екстрених реанімаційних заходів (оцінка основних показників життєдіяльності – АД, ЧСС, частота дихання), ліквідація гіповолемії. При важкому стані хворої, обумовленому масивною крововтратою, при кровотечі, що продовжується, а також при рецидивуючих кровотечах, невіддатливих лікуванню, показаний хірургічний гемостаз з лікувальною і діагностичною метою - фракційне вишкрібання слизистої матки (для виключення органічної патології). Обов'язково усунення анемії і відновлення гемодинаміки - гемотрансфузія, переливання кровозамінників, прийом залізовмісних і гемостимулюючих препаратів.

Аменорея.

Досить часто у підлітків зустрічається таке порушення менструального циклу, як аменорея. Аменорея – це відсутність менструації з пубертатного віку або протягом 6 міс і більше після періоду нормального або порушеного менструального циклу.

Аменорея - це не самостійне захворювання, а симптом різних порушень репродуктивної системи. Обстеження включає вивчення анамнезу, оцінку психоемоційного статусу, будови тіла, наявності вторинних статевих ознак, гінекологічний огляд, УЗД органів малого тазу, КТ або МРТ головного мозку, вивчення гормонального статусу, генетичне дослідження, за потреби консультації ендокринолога, невролога, терапевта, уролога. Аменорею поділяють на первинну та вторинну.

Первинна – коли не було жодної менструації з пубертатного віку (дисгенезія гонад, аплазія матки, атрезія дівочої перетинки, затримка статевого дозрівання, функціональні та патологічні порушення гіпоталамо-гіпофізарної системи).

Вторинна – коли була хоча б одна менструація (атрезія каналу шийки матки, синдром Ашермана – внутрішньоматкові сінехії, психогенна аменорея, на тлі втрати маси тіла, гіперпролактинемії, синдром резистентних яєчників, синдром виснаження яєчників).

Показання до обстеження дівчат з аменореєю: 1) відсутність першої менструації у віці 16 років і більше; 2) відсутність менархе протягом 3 років і більше від початку та розвитку вторинних статевих ознак; 3) відсутність, крім аменореї, інших ознак статевого дозрівання (молочних залоз, статевого оволосіння) у віці 14 років і більше; 4) аменорея з невідповідністю показників росту і маси тіла хронологічному віку.

Лікування в залежності від виявлення причини.

Також аменорея може бути: 1) **фізіологічною** (до пубертатного віку, вагітність, лактація, клімактеричний період) або **патологічною** (внаслідок інших причин); 2) **справжньою** (коли в організмі жінки репродуктивного віку не відбуваються зміни, характерні для повноцінного функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничкової системи) або **несправжньою** (коли такі зміни відбуваються, але менструації немає- це зазвичай може бути внаслідок механічних причин, таких як атрезія дівочої перетинки, атрезія цервікального каналу).

Профілактика порушень менструальної функції у дівчаток

До факторів, які можуть призвести до порушень становлення менструальної функції, належать різні соматичні, гострі та хронічні інфекційні захворювання, стрес, патологічні стани ендокринних залоз (щитоподібна залоза, гіпофіз, гіпоталамус, наднирники), емоційні або фізичні перевантаження, генетичні чинники.

Тому з метою профілактики порушень менструального циклу у дівчат необхідно забезпечити умови щодо своєчасного виявлення та лікування генітальних та екстрагенітальних захворювань, санації вогнищ хронічних інфекції, запобігати у дівчат перевантажень, стресових факторів.

Аномалії розвитку статевих органів у дівчат

Усі вади розвитку піхви та матки належать до вроджених аномалій, які виникають на ранніх етапах ембріогенезу.

Аплазія матки та піхви – (Синдром Майера-Рокітанського-Кістнера-Хаузера) – відсутність матки та піхви поєднується з нормально розвинутими молочними залозами, великими та малими соромітними губами. Будова тіла за жіночим типом, вторинні статеві ознаки розвинуті добре, скарги на відсутність менструацій та неможливість статевих відносин. Лікування оперативне, пластична операція зі створенням штучної піхви (кольпопоез).

Аплазія піхви при функціонуючій матці – варіанти від аплазії по всій довжині піхви до аплазії її частки, також один із варіантів **атрезія дівочої перетинки** - скарги на щомісячні болі у нижніх відділах живота (обумовлені перешкодою відтіканню менструальної крові із матки, що функціонує). Лікування оперативне, пластична операція.

Аплазія шийки матки при функціонуючій матці – скарги також на щомісячні болі в нижніх відділах живота, зовнішній вигляд вказує на нормальний ступінь фізичного та статевого дозрівання. Лікування оперативне, пластична операція. **Подвоєння матки та піхви** - відмічають правильний розвиток зовнішніх статевих органів, нормальну довжину піхви. Лікування хірургічне. **Матка з додатковим рогом** - лікування хірургічне, видалення додаткового рога матки.

Порушення статевого розвитку у дівчаток-підлітків.

Передчасне статеве дозрівання(ПСД)

Це група захворювань, об'єднаних однією або низкою ознак, зумовлених передчасним впливом статевих гормонів на організм дівчинки. ПСД називають появу вторинних статевих ознак у дівчат до 8 років. Поява вторинних статевих ознак після 8 і до 10 років отримала назву раннього статевого дозрівання.

Розрізняють такі форми ПСД - справжнє і несправжнє, також виділяють самостійну групу захворювань - гонадотропіннезалежну форму ПСД, за якої активація діяльності статевих залоз зумовлена генетичними порушеннями (синдром Мак-К'юна-Олбрайта).

Також розрізняють ПСД за **ізосексуальним типом** (характеризується появою статевих ознак відповідно до статі), і ПСД за **гетеросексуальним типом** (статеві ознаки не відповідають статі дитини).

Виділяють **повну (справжню)** форму ПСД, за якої спостерігають розвиток усіх вторинних статевих ознак і появу менструацій, і **неповну (ізолювану) форму** - телархе (ізолюваний розвиток молочних залоз) і адренархе (ізолюваний розвиток статевого оволосіння) за відсутністю менструації.

Класифікація передчасного статевого розвитку

Справжній ПСД: 1) ідіоматичний; 2) церебральний (пухлини ЦНС); 3) ураження ЦНС не пухлинного генезу (арахноїдальні кісти, пологова травма, гідроцефалія, опромінення, хірургічне втручання); 4) вроджені синдроми – нейрофіброматоз I типу, туберозний склероз, синдром Рассела-Сільвера, Ван-Віка - Грумбаха; 5) СПД внаслідок тривалої дії статевих стероїдів (несвоєчасне лікування вродженої дисфункції кіркової речовини надниркових залоз, стан після видалення стероїдних пухлин).

Несправжній ПСД : 1) гормонально-активні пухлини яєчників;

2) пухлини надниркових залоз; 3) фолікулярні кісти яєчників.

Гонадотропіннезалежні форми ПСД- синдром Мак-К'юна-Олбрайта.

Неповні форми ПСД (прискорене телархе, адренархе).

Для обстеження потрібно зібрати анамнез, провести оцінку статевого розвитку по методу Tanner, виконати УЗИ органів малого тазу, черевної порожнини, нирок, наднирників, молочних залоз, визначити кістковий вік, провести ЄЄГ, МРТ головного мозку, необхідні консультації окуліста, невролога, нейрохірурга, ендокринолога, генетика. Необхідно також провести гормональні дослідження - визначення рівня ФСГ, ЛГ, пролактину, естрадіолу, прогестерону, тестостерону, кортизолу, ДГЕА, гормонів щитоподібної залози.

Для зменшення симптомів ПСД застосовують різні методи гормонотерапії, при новоутвореннях ЦНС проводять хірургічне та променеве лікування, пухлини яєчників підлягають хірургічному видаленню.

Передчасний статеведозрівання по гетеросексуальному типу

Причиною даного захворювання є вірільна форма природженої гіперплазії кори надниркових – адреногенітальний синдром. Його першопричиною є природжена недостатність ферментних систем кори надниркових залоз, яка призводить до недостатнього синтезу кортизолу. Внаслідок цього стимулюється синтез АКТГ і підвищується синтез адреналових андрогенів наднирниками, визначається гіперплазія надниркових залоз, що є причиною гіперандрогенії і вірілізації зовнішніх статевих органів дівчинки.

Внаслідок цього вже внутрішньоутробно виникає маскулінізація зовнішніх статевих органів плоду. Далі, з 2-3 років змінюються пропорції тіла у бік маскулінізації. Діти відстають в зростанні, грубіє голос, рано наголошується зростання волосся на лобку і обличчі, Відсутні вторинні жіночі статеві ознаки.

Лікування даного типу передчасного статевого розвитку полягає в терапії глюкокортикоїдами і хірургічному лікуванні при значній вірилізації (пластика зовнішніх статевих органів).

Затримка статевого дозрівання (ЗСД)

Відсутність або недорозвинення вторинних статевих ознак в 13-14 років, менархе впродовж 3 років після появи вторинних статевих ознак, відсутність менархе до 15 років слід вважати затримкою статевого розвитку. Затримка статевого розвитку може бути центрального і гонадного генезу.

ЗСД центрального генезу. Причиною можуть бути токсичні, інфекційні ураження ЦНС, тяжкі екстрагенітальні захворювання (цукровий діабет, гіпотиреоз, невроз, психоз), спадкові, генетичні патології, пухлини ЦНС. У таких дівчаток скарги на відсутність менструацій, недостатній розвиток вторинних статевих ознак, іноді низькорослість. Обстеження таке саме, як при передчасному статевому дозріванні. **Лікування** таких пацієнток включає негормональні методи, гормонотерапію, лікування суміжними фахівцями, органічні захворювання головного мозку вимагають спеціального лікування, яке визначає невролог та нейрохірург.

ЗСД яєчникового генезу. Найчастішою причиною даної патології є різні форми дисгенезії гонад (типова, стерта, чиста і змішана), пов'язані з генетичним або хромосомним дефектом або з важким ураженням гонад в ембріональному або ранньому постнатальному періоді.

Типова форма дисгенезії гонад – синдром Шерешевського-Тернера (45XO). При цьому мають місце: низький зріст і соматичні аномалії, первинна аменорея, індиферентна будова статевих органів, відсутність гонад, порушення набору хромосом, високий рівень гонадотропінів. Лікування полягає в гормонотерапії. Чистий гонадний дисгенез – XX46/46XY (синдром Свайера) – затримка росту, вади розвитку відсутні, вторинні статеві ознаки не розвинуті.

Змішана форма дисгенезії гонад - 46 XY (інтерсексуальна будова тіла, можливі соматичні вади розвитку, зовнішні статеві органи сформовані за жіночим типом, але гонади мають змішану будову). **Лікування** гормональне (естрогени, гестагени), спрямоване на фемінізацію фігури, зменшення проявів статевого інфантилізму, стимуляцію росту при низькорослості.

Запальні захворювання вульви, піхви, внутрішніх статевих органів у дівчат

Запальні захворювання вульви та піхви

Запальні захворювання вульви та піхви у дівчат зустрічаються доволі часто. Висока захворюваність зумовлена віковими особливостями – піхва має лужну реакцію, мікрофлора представлена переважно коками з невеликою кількістю лейкоцитів, імунні механізми захисту недостатні.

Клінічна картина характеризується появою збільшеної кількості виділень зі статевих органів, відчуття дискомфорту, відчуття печіння в ділянці зовнішніх статевих органів. **Діагностика** полягає у вивченні анамнезу, проводять гінекологічний огляд, мікроскопічне та мікробіологічне дослідження виділень з піхви, діагностику ентеробіозу, аналіз крові на вміст глюкози. **Лікування** включає рекомендації батькам щодо правил гігієни, санацію вогнищ хронічної інфекції, стимуляцію захисних сил організму дитини, зрошують піхву за допомогою катетера антисептичними розчинами, а після отримання результатів мікробіологічного дослідження призначають відповідну терапію.

Якщо не лікувати запальні захворювання вульви та піхви у дівчаток, то можуть виникнути **синехії малих соромітних губ** - їх зрощення, коли поступово перекривається вхід до піхви і уретра, що спричинює утруднення сечовипускання. Лікування полягає в роз'єднанні малих соромітних губ після місцевого знеболювання.

Запальні захворювання внутрішніх статевих органів

Запалення внутрішніх статевих органів може бути наслідком апендициту, епідемічного паротиту, хронічного тонзиліту, крім того, це може бути наслідком контактно-побутового або статевого шляху зараження ПСШ.

Клінічна картина характеризується появою відчуття болю різної інтенсивності внизу живота, збільшенням виділень зі статевих органів. Може підвищуватись температура тіла, порушення функції кишок аж до появи симптомів подразнення очеревини. За тривалого перебігу захворювання виникає вторинне порушення менструальної функції. **Діагностика** включає вивчення анамнезу, загальне, гінекологічне, клініко-лабораторне дослідження, визначення мікробіологічного збудника у виділеннях з піхви, при підозрі на ПСШ проводять верифікацію діагнозу.

Лікування є комплексним, проводять його у стаціонарних умовах, з парентеральним уведенням антибактеріальних препаратів, антимикотичних, протиалергічних, імуномодулювальних препаратів, фізичних методів терапії.

Методи контрацепції для підлітків. Особливості підбору та застосування бар'єрних та гормональних методів контрацепції

Головне завдання контрацепції у підлітків – профілактика першого абортів, ПСШ та СНІДу. Основні вимоги до контрацепції: висока ефективність; добра переносимість; безпека; оборотність; захист від ПСШ та СНІДу. Певне значення має доступність, конфіденційність, економічна вигода від придбання контрацептивів. Найбільш прийнятними для сексуально активних підлітків є КОК, що містять малі дози етинілестрадіолу (20-30 мкг) і прогестагени третього покоління. Ефективність КОК при правильному прийомі наближається до 95-98%.

До недоліків КОК необхідно віднести необхідність їх приймати регулярно і щодня, що вимагає високої мотивації поведінки і викликає проблеми у деяких дівчат, вони не захищають від ІПСШ, СНІДу. При статевих зв'язках з різними партнерами найбільш кращим є «подвійний» метод, тобто поєднання КОК з презервативом.

В даний час можливе використання альтернативних таблеток методів гормональної контрацепції (вагінальне кільце, нашкірний пластир). Ефективність цих засобів контрацепції не поступається КОК, для ряду жінок вони є кращими, особливо для молодих жінок, для яких складно щодня пам'ятати про прийом таблеток.

Малоефективними методи контрацепції у підлітків є міні-пили, ін'єкційні препарати, ритмічні методи. Однак гестагенні контрацептиви можуть бути з успіхом використані юними матерями, що годують. Не рекомендується використання ВМС дівчатами-підлітками у зв'язку з анатомо-фізіологічними особливостями репродуктивної системи в підлітковому періоді.

Посткоїтальна (екстрена, термінова) контрацепція має велике значення для підлітків, оскільки саме підлітки досить часто мають «незапланований секс», не володіючи жодними засобами контрацепції. В даний час застосовується метод Юзпе з використанням КОК, рекомендується застосування не пізніше 72 год після «незахищеного» статевого акту з інтервалом між прийомами в 12 ч.

3.4. Клімактеричний період в житті жінки

Фізіологічні зміни в жіночих статевих органах в клімактеричний період. Поняття перименопаузального періоду

Клімактеричний період – фізіологічний період життя жінки, упродовж якого на тлі вікових змін організму домінують інволюційні процеси в репродуктивній системі.

У клімактеричному періоді виділяють такі фази:

1) прменопауза (період від появи перших клімактеричних симптомів до останньої менструації);

2) менопауза (остання менструація, дата встановлюється після 12 міс відсутності менструацій);

3) перименопауза(період прменопаузи та 1 рік відсутності менструацій- менопауза);

4) постменопауза (починається з менопаузи та продовжується все життя жінки).

Гормональна функція яєчників істотно знижується, відбуваються ановуляторні цикли. За принципом зворотного гормональної регуляції за рахунок зниженого рівня естрогенних з'єднань через центральні структури і нейротрансмітерні механізми індукуються підвищена продукція і викид гонадотропних гормонів гіпофіза, зазначаються високий рівень гонадотропінів в плазмі крові жінок в перед- і постменопаузальний

періоди. Підвищення концентрації ФСГ виявляється за кілька років до настання менопаузи, а рівень ЛГ підвищується дещо пізніше. У постменопаузі на тлі різкого зниження естрогенів відзначаються вікові зміни і у всіх інших органах і системах жіночого організму: обмінної, серцево-судинної, сечової, кісткової та ін.

ПАТОЛОГІЧНІ СТАНИ В ПРЕ- ТА ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Всі вікові порушення гомеостазу, функціонального стану всіх органів і систем при старінні організму жінки компенсуються адаптаційними механізмами і в нормі не супроводжуються розвитком патологічних синдромів. Але іноді розвивається **клімактеричний синдром, при якому порушується фізіологічне протікання клімактерію**, він відноситься до нейроендокринних синдромів і більш детально розбирається в п.4.2.4. цієї методичної розробки.

АНОМАЛЬНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ (АМК) В ПЕРІОД ПРЕ- И ПЕРИМЕНОПАУЗИ

Причина їх виникнення - старіння гіпоталамічних структур, при якому порушується циклічний викид гонадотропінів, процеси дозрівання фолікулів і їх гормональна функція. Відбуваються порушення по типу персистенції фолікула. Виникаюча гіперестрогенія в цьому віці значно частіше приводить до розвитку гіперплазії атипії, аденоматоза, залозистих поліпів ендометрія, і, відповідно, підвищується ризик розвитку злоякісних захворювань ендометрія.

Алгоритм дій при АМК в клімактеричному періоді - **згідно Наказу № 353 від 13.04 2016р.** (Уніфікований клінічний протокол етапного надання медичної допомоги при аномальних маткових кровотечах).

Для діагностики, уточнення характеру патології використовуються анамнестичні і клінічні дані, УЗД, гістероскопія, гістологічне дослідження вишкріба ендометрія.

Лікування здійснюється тільки хірургічним шляхом, проводять гістероскопію з обов'язковим вишкрібом ендометрію, якщо немає такої можливості, то проводять фракційне лікувальне-діагностичне вишкрібання ендометрію, в усіх випадках вишкріб підлягає гістологічному дослідженню. Подальша тактика визначається віком хворої, супутними гінекологічними і екстрагенітальними захворюваннями, гістологічним результатом.

Показання до оперативного лікування: 1) поєднання АМК з рецидивуючою, аденоматозною атипією, гіперплазією ендометрія; 2) поєднання АМК з вузлуватою формою ендометріозу матки (аденоміоз); 3) підслизиста міома матки; 4) пухлини яєчників; 5) аденокарцинома ендометрія.

При протипоказаннях до гормонального і оперативного лікування останніми роками успішно застосовуються резекція (абляція) ендометрія під контролем гістероскопа і кріодеструкція ендометрія рідким азотом.

Опущення та випадання внутрішніх статевих органів

Опущення і випадання внутрішніх статевих органів у жінки - це порушення положення матки або стінок піхви, що проявляється зміщенням статевих органів до входу в піхву або випаданням їх за її межі (синонім генітальний пролапс).

Виділяють такі ступені пролапсу органів малого тазу:

- 1) **ступінь I** – шийка матки опускається не більше ніж на довжину піхви;
- 2) **ступінь II** – шийка матки і/або стінки піхви опускаються до входу в піхву;
- 3) **ступінь III** – шийка матки і/або стінки піхви опускаються за межі входу в піхву, а тіло матки розташовується вище входу в піхву;
- 4) **ступінь IV** – уся матка і/або стінки піхви перебувають за межами входу в піхву.

Причинами пролапсу можуть бути недостатність підвищувального (круглі та крижово-маткові зв'язки) та підтримувального апарату (м'язи тазового дна) матки, попередні пологи, менопауза.

Діагностику проводять за допомогою бімануального та ректовагінального дослідження, огляду в дзеркалах.

Лікування зазвичай хірургічне, використовують вагінальний доступ, виконують передню і/або задню кольпорафію, кольпоперінеолеваторопластику, різні варіанти слінгових операцій, операції з використанням синтетичних матеріалів – вагінальна екстраперитонеальна кольпопексія (Prolift), лапароскопічна сакрокольпопексія.

Профілактика полягає у раціональному веденні пологів та післяпологового періоду, анатомічно правильному зашиванні розривів промежини, лікуванні екстрагенітальної патології (захворювань, що призводять до підвищення внутрішньочеревного тиску), застосуванні гормональної терапії при гіпоестрогенних станах, проведення вправ для зміцнення м'язів тазового дна.

Урогенітальні розлади в клімактеричний період

Це комплекс симптомів, пов'язаних з розвитком атрофічних та дистрофічних процесів у структурах нижньої третини урогенітального тракту - сечовому міхурі, піхві, зв'язковому апараті малого тазу і тазового дна. В основі розвитку лежить дефіцит статевих гормонів, передусім естрогену, що призведе до порушення кровопостачання сечового міхура, піхви, порушення синтезу й обміну колагену, втраті еластичності, ламкості тканин, унаслідок чого відбувається зменшення об'єму та атрофія м'язової маси, цистоуретральна атрофія, нетримання сечі, диспареунія.

Лікування полягає у замісній гормональній терапії (ЗГТ), яка може бути системною або місцевою. Системна ЗГТ призначається на 5-7 років, терапія естроген-гестагенними препаратами в циклічному або

безперервному режимі. Альтернативно можна проводити місцеву терапію естрогеном (естріол) – крем, свічки.

Матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Здобувачів ділимо на 3 бригади в кількості по 3-4 чоловіка в кожній. Після наведеної ситуаційної задачі даємо завдання:

- перша бригада – поставити попередній діагноз і скласти план обстеження пацієнтки;
- друга бригада – скласти алгоритм лікування;
- третя бригада - оцінює правильність відповіді першої і другої бригади і вносить свої корективи.

Ситуаційні задачі

Задача 1

Хвора А., 25 років, звернулась у жіночу консультацію до лікаря зі скаргами на подразливість, плаксивість, головні болі, нагрубання молочних залоз, здуття кишечника. Всі ці симптоми настають за 3-5 днів до початку менструації і зникають на 2-3 день менструації. Мала 2 вагітності - з них 1 роди і один штучний аборт. При гінекологічному дослідженні змін з боку внутрішніх статевих органів не знайдено.

1. Встановити діагноз (передменструальний синдром).

2. План обстеження (УЗИ органів черевної порожнини, малого тазу та молочних залоз, МРТ голови та шийного відділу хребта, вміст пролактину в сировотці крові, ЄКГ, ЄЄГ, консультація окуліста, невролога).

3. Лікування (в залежності від результатів обстеження – психотерапія, седативні засоби, вітаміни групи В, фізіотерапія – масаж загальний та комірної зони, бальнеотерапія, діуретики, антигістамінні засоби, якщо немає ефекту - гормональна терапія КОК або гестагени).

Задача 2

Хвора К., 25 років звернулась до лікаря жіночої консультації із скаргами на відсутність менструації, мерзлякуватість, випадання волосся. Два роки тому мала 1 роди, які ускладнились матковою кровотечею. В післяродовому періоді дитину не годувала, оскільки не було лактації. Загальний стан задовільний, АТ - 90/60 мм рт. ст. При гінекологічному дослідженні встановлено атрофію зовнішніх статевих органів, тіло матки зменшене, придатки не пальпуються.

1. Встановити діагноз. Синдром Шихана.

2. План обстеження. Визначення вмісту ФСГ, ЛГ, пролактину, тиреотропних гормонів, естрадіолу, прогестерону, тестостерону, УЗИ органів малого тазу, молочних залоз, щитоподібної залози, наднирників, МРТ головного мозку, ЄЄГ, ЄКГ, консультація ендокринолога.

3. Лікування. Симптоматичне, замісна гормональна терапія в залежності від результатів обстеження, анаболічні засоби, вітамінотерапія.

Задача 3

Хвора К., 24 р. заміжня 3 роки, вагітності не було. Менструації з 15 років, кількість виділень - незначна, по 2-3 дні, через 2-3 місяці. Протягом останніх 5 років відмічає ріст волосся на обличчі. При вагінальному дослідженні встановлено побільшені яєчники, неболючі, на УЗД органів малого тазу – полікістозні яєчники, симптом «намиста». Матка зменшена від нормальних розмірів.

1. Встановити діагноз. Синдром полікістозних яєчників. Первинне безпліддя.

2. План обстеження. Вивчення менструального, репродуктивного, сімейного анамнезу, визначенні індексу маси тіла, ступеня тяжкості гірсутизму, акне, визначити вміст глюкози натщесерце, концентрацію глікозильованого гемоглобіну, індекс НОМА, індексу вільного тестостерону, прогестерону на 20-24 день менструального циклу (як критерія порушення овіляції), УЗД органів малого тазу та наднирників.

СПКЯ діагностується, коли у пацієнтки наявні хоча б 2 критерії з 3-х з нижче перерахованих при виключенні інших причин, які можуть давати схожу клінічну картину (врожена дисфункція кори наднирників, андроген продукуючі пухлини, синдром Кушинга) : **1) надлишкова активність або секреція андрогенів (клінічні та\або біохімічні ознаки гіперандрогенії); 2) оліго\ановуляція; 3) полікістозні яєчники за даними УЗД.**

Лікування має починатися якомога раніше, воно включає лікування дерматопатій, нормалізацію менструальної функції, захист ендометрію від гіперплазії, корекцію метаболічних порушень, лікування безпліддя при актуальності вагітності.

Терапія пацієнток з оліго\ановуляцією залежить від поставлених цілей - у разі бажання завагітніти може бути показана індукція овуляції, на фоні якої лікування акне і гірсутизму не проводиться. Якщо немає репродуктивних планів, то рекомендується монотерапія КОК з можливим використанням топічного лікування акне, себореї, косметичним лікуванням гірсутизму.

Застосовують естроген-гестагенні комбінації, що містять прогестини-антиандрогени (в Україні зареєстровані комбінації з ципротерон ацетатом, дроспіреноном, діенгестом, хлормадіноном). Важливе значення має використання КОК із активною формою фолатів, так як на сьогодні доведено зв'язок порушень фолатного циклу та СПКЯ. Використання КОК достовірно знижує ризик раку ендометрію. Якщо при використанні консервативних методів лікування не вдається досягти овуляції, то використовується сучасний метод оперативного втручання - дрлінг яєчників (при лапароскопії).

4. Підбиття підсумків

Підведення підсумків (критерії оцінювання результатів навчання).

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

Структура поточного оцінювання на практичному занятті:

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

Критерії поточного оцінювання на практичному занятті:

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

під час огляду пацієнтки та інтерпретації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень.

Література основна

1. Акушерство та гінекологія: нац. підручник для медичних ВНЗ ІV рівня акредитації у 4 т. //Нац підручник у 4-х томах/ Запорожан В.М., Татарчук Т.Ф., Гладчук І.З., Подольський В.В., Рожковська Н.М., Марічерда В.Г., Волянська А.Г. – К.: ВСВ «Медицина», 2017. – 696с.
2. Акушерство і гінекологія: у 2-х книгах. – Книга 2. Гінекологія: підручник (ВНЗ III-IV р.а.) / за ред. В.І. Грищенко, М.О. Щербина – К.: «Медицина», 2020. – 376с.
3. Клінічне акушерство та гінекологія: 4-е видання/ Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон. – 2021. – 454 с.
4. Oats, Jeremy Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology [Text]: Liewellyn-Jones Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology / J.Oats, S.Abraham. – 10th ed. – Edinburgh [etc.]: Elsevier, 2017. – VII, 375 p.
5. Гінекологія: керівництво для лікарів./ В.К. Ліхачов. – Вінниця: Нова Книга, 2018.- 688 с.

Додаткова

1. Ситуаційні задачі з гінекології: навчальний посібник. / І.З.Гладчук, А.Г.Волянська, Г.Б.Щербина та інш.; за ред. проф. І.З.Гладчука. – Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2018.-164 с.
2. Діагностика акушерської та гінекологічної ендокринної патології: [навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (фак.) післядиплом. освіти МОЗ України] / за ред. В.К. Ліхачова; В.К. Ліхачов, Л.М. Добровольська, О.О. Тарановська та ін.; УМСА (Полтава). – Вінниця: Видавець Максименко Є.В., 2019. – 174 с.
3. Національний консенсус щодо ведення пацієнток із гіперандрогенією /В.В.Камінський,Т.Ф.Татарчук, Ю.О. Дубоссарська – Репродуктивна ендокринологія. – 2016. –№4 (30). – с. 19-31.
4. Національний консенсус щодо ведення пацієнтів із гіперпролактинемією /М.Д. Тронько, Ю.Г. Антипкін, В.В. Камінський, Т.Ф. Татарчук. – Репродуктивна ендокринологія. – 2016. - №4 (30) – с.32-42.
5. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Аномальні маткові кровотечі». – Наказ МОЗ України від 13.04.2016р. №353.

6. Наказ МОЗ України від 13.07.2022 № 1218 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Передменструальний синдром»"
7. Наказ МОЗ України від 17.06.2022 №1039 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Менопаузальні порушення та інші розлади в перименопаузальному періоді»"
8. Наказ МОЗ України від 05.05.2021 № 869 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіперплазія ендометрія»"

Інтернет-джерела для підготовки:

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