

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Лекція №1. Нейроендокринна регуляція. Порухення функцій репродуктивної системи. Нейроендокринні синдроми в гінекології. Аномальні маткові кровотечі

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

Факультет медичний

Кафедра акушерства та гінекології



ЗАТВЕРДЖУЮ

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

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ЛЕКЦІЇ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Факультет медичний, курс IV

Навчальна дисципліна «Акушерство та гінекологія»

Лекція №1. Тема: «Нейроендокринна регуляція. Порухення функцій репродуктивної системи. Нейроендокринні синдроми в гінекології. Аномальні маткові кровотечі»

Методична розробка до лекції, ОПП «Медицина», 4 курс, медичний факультет. Дисципліна: «Акушерство та гінекологія»

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Лекція №1. Нейроендокринна регуляція. Порухення функцій репродуктивної системи. Нейроендокринні синдроми в гінекології. Аномальні маткові кровотечі

Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету

Протокол №1 від «29» серпня 2024 року

Завідувач кафедри _____ (Ігор ГЛАДЧУК)

Розробники:

к.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології Лунько Т.А.

к.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології Попова Л.М.

Лекція №1

Тема: «Нейроендокринна регуляція. Порушення функцій репродуктивної системи. Нейроендокринні синдроми в гінекології. Аномальні маткові кровотечі»

Актуальність теми: Порушення менструального циклу є одніми з найбільш складних для розуміння і засвоєння тем з гінекології, а самі захворювання найбільш тяжкі для діагностики та лікування. В структурі гінекологічних захворювань на долю порушень менструального циклу приходить майже 20 % від усіх патологічних станів.

Мета: засвоїти інформацію щодо регуляції менструальної функції, знати періоди життя жінки, класифікацію порушень менструальної функції. Засвоїти етіологію порушень менструальної функції; систематизувати знання аномальні маткові кровотечі: ановуляторні та овуляторні, засвоїти етіологію, патогенез, діагностику АМК. Розширити знання в розумінні нейроендокринних синдромів в гінекології. Навчити складати план обстеження та лікування жінок з нейроендокринними синдромами.

Основні поняття: Класифікація порушень функції репродуктивної системи. Аменорея: класифікація, діагностика. Аномальні маткові кровотечі. Клініка, сучасні методи діагностики та принципи лікування. Нейроендокринні синдроми в гінекології: передменструальний, менопаузальний, синдром полікістозних яєчників, синдром Шихана, гіперандрогенія, гіперпролактинемія. Клініка, сучасні методи діагностики та принципи лікування.

План і організаційна структура лекції.

№ п.п.	Основні етапи лекції та її зміст	Цілі у рівнях абстракції	Тип лекції, оснащення лекції
1	2	3	4

1.	Підготовчий етап Визначення навчальних цілей	$\alpha=11$	Див. п. 2
2.	Забезпечення позитивної мотивації	$\alpha=11$	Див. п. 1
3.	Основний етап Викладання лекційного матеріалу. План. Викладання лекційного матеріалу. План. 1.Регуляція менструальної функції 2.Прямі і зворотні зв'язки в регуляції менструальної функції 3.Етіологія порушень менструальної функції 4.Класифікація порушень менструальної функції. 5.Аменорея. 6.Первинна аменорея. 7.Вторинна аменорея 8.Лікування аменореї 9.Дисфункціональні маткові кровотечі. 10.Овуляторні кровотечі. 11.Ановуляторні кровотечі. 12.Кровотечі, зв'язані з органічними ураженнями. 13.Лікування аномальних маткових кровотеч	$\alpha=11$ $\alpha=11$ $\alpha=11$ $\alpha=11$ $\alpha=11$ $\alpha=11$ $\alpha=11$ $\alpha=11$ $\alpha=11$ $\alpha=11$ $\alpha=11$ $\alpha=11$ $\alpha=11$	Клінічна лекція Засоби наочності: таблиці кодограми слайди. Обладнання: відео-, звукозапису. Матеріали контролю: питання, проблемні ситуації
	Заключний етап Резюме лекції, загальні висновки.	$\alpha=11$	
4.	Відповіді лектора на можливі запитання.	$\alpha=11$	
5.	Завдання для самопідготовки студента	$\alpha=11$	Список літератури, питання завдання

Зміст лекційного матеріалу

Діяльність репродуктивної системи спрямована на відтворення, збереження наявного виду, що обумовлює виняткову надійність її

функціонування. Репродуктивна система, як і інші системи організму, є функціональною і побудована на ієрархічному принципі, що представляє собою 5 центральних і периферичних рівнів регуляції, що взаємодіють за принципом прямих і зворотних зв'язків.

I рівень регуляції - надгіпоталамічні церебральні структури.

Класичним прикладом циклічних процесів, що відбуваються в репродуктивній системі жінки в період зрілості, є оваріально-менструальний цикл.

II рівень регуляції репродуктивної системи - гіпофізотропна зона медіодазального гіпоталамуса, У нейронах аркуатних ядер гіпоталамуса відбувається пульсуюча секреція гіпоталамічних релізінг-гормонів (ГТ-РГ) у цирхоральному режимі. По аксонах нервових клітин нейросекрет (ГТ-РГ) надходить у порталну систему і з кров'ю переноситься в передню частку гіпофіза.

III рівень регуляції — аденогіпофіз (передня частка гіпофіза) В аденогіпофізі здійснюється секреція гонадотропних гормонів; лютеїнізуючого (ЛГ), фолікулостимулюючого (ФСГ), пролактину (Прл), тиреотропного гормону, чи тиреотропіна (ТТГ), соматотропного гормону, чи соматотропіну (СТГ), адренокортикотропного гормону, чи кортикотропін (АКТГ), меланоцитостимулюючого гормону, чи меланотропіна (МСТГ).

IV рівень регуляції репродуктивної системи — яєчники. Циклічні зміни в яєчниках називаються яєчковим циклом. У першій (фолікулярній) фазі відбувається розвиток примордіальних фолікулів, у II фазі — лютеїновій — із кліток граафова пухирця (фолікула, у якому відбулася овуляція) формується ендокринна залоза—жовте тіло.

До V рівня регуляції відносяться органи і тканини-мішені (статеві органи, молочні залози, волосяні фолікули, шкіра, кістки, жирова тканина). Клітини цих органів мають рецептори до статевих стероїдних гормонів (естрадіолу, прогестерону, тестостерону). Вміст стероїдних гормонів у крові коливається в залежності від фази менструального циклу. Молекула гормону захоплюється цитоплазматичним рецептором, і комплекс гормон-рецептор переноситься в ядро клітини. У ядрі комплекс зв'язується з хроматином, що регулює процеси транскрипції. До V рівня регуляції репродуктивної системи відносяться також циклічний аденозінмонофосфат (цАМФ) і простагландіни, що грають роль міжклітинних регуляторів. На V рівні регуляції найбільш виражені циклічні зміни відбуваються в ендометрії (матковий цикл), відбувається його підготовка до менструації чи імплантації.

Регулювання менструального циклу починається в гіпоталамусі. Нейрони гіпоталамуса інтегрують екзо- і ендогенну інформацію, що надходить з різних відділів центральної нервової системи (ЦНС) Через гіпоталамус на менструальний цикл можуть впливати такі фактори, як голодування, стрес і ін. Гіпоталамус бере участь у регуляції статевої поведінки, температури тіла, споживання їжі і води. ГТ-РГ є посередником для гіпофіза, секретується в пульсуючому ритмі і транспортується в аденогіпофіз через гіпоталамо-гіпофізарні порталні судини. Невеликі амплітудні і частотні коливання під

час виділення ГТ-РГ свідчать про зміни гіпоталамічних і гіпофізарних функцій, стаючи причиною початку нового менструального циклу. Пульсуюча секреція гонадотропін-рилізінг-гормона гіпоталамусом, не гноблена великим змістом естрогенів і прогестерона, сприяє збільшенню виділення гіпофізом гонадотропінів (ФСГ і, у меншому ступені ЛГ). ФСГ стимулює фолікулогенез у яєчниках. Фолікули, що розвиваються, виділяють естрогени. До 5-7 дня менструального циклу один фолікул починає домінувати й інтенсивно виділяти естрадіол, інші фолікули піддаються зворотному розвитку (атрезії). Ця фаза називається фолікулярною, і відповідає проліферативній фазі менструального циклу.

Ендометрій реагує на продукцію естрогенів яєчниками поновленням циклічних змін і розвитком слизової оболонки матки. Регенерація починається з базального шару ендометрія вже на другий день менструального циклу і супроводжується підвищенням рівня естрогенів, що і стимулює процес проліферації клітин ендометрія. У процесі підготовки до імплантації заплідненої яйцеклітини (бластоцисти), під час проліферації, у клітках слизової оболонки матки скупчується глікоген.

Гіпофіз і гіпоталамус реагують на зниження виділення ФСГ підвищенням рівня естрогенів у крові (негативний зворотний зв'язок). У середині циклу, коли розвиток фолікула й овоцита наближається до періоду повного дозрівання, високий рівень естрогенів викликає раптове і значне зростання рівня ЛГ. Овуляція відбувається через 28-32 год після початку підвищення і через 10-16 год після досягнення піка ЛГ. Пік ЛГ є найважливішою крапкою відліку для морфологічних і гормональних змін через 13-15 дн після його досягнення. На відміну від II фази, тривалість I фази менструального циклу дуже варіабельна. Пік ЛГ означає кінцевий етап дозрівання овоцита (завершення першого мейотичного розподілу) і стимулює синтез простагландинів і протеолітичних ферментів у фолікулі, що, можливо, беруть участь у розриві фолікула й овуляції. Клітки зернистого шару фолікула поглинають ліпіди і лютеїновий пігмент, здобуваючи жовтий колір. Таким чином, фолікул перетворюється на видиме неозброєним оком на поверхні постовуляторного яєчника жовте тіло. З цього моменту починається лютеїнова фаза оваріального циклу ліпотропного гормону (ЛТГ). ЛГ і ФСГ мають глікопротеїдну природу, ПрЛ - поліпептидну. Період напівжиття ЛГ складає близько 30 хв, ФСГ - до 3000 хв, ФСГ і ЛГ гуморальним шляхом стимулюють ріст фолікула, синтез стероїдів і дозрівання яйцеклітини. Підвищення рівня естрадіолу в преовуляторному фолікулі викликає викид ЛГ і ФСГ і овуляцію. Гормон-інгібін яєчника гальмує виділення ФСГ. У клітках лютеїнізованих гранульози яєчників під дією ЛГ утвориться прогестерон. ЛГ також стимулює синтез андрогенів у тека-клітинах зовнішньої тека-оболонки. Пролактин стимулює ріст маточних залоз і регулює процеси лактації. Підвищення рівня пролактину гнітить стероїдогенез у яєчниках і розвиток фолікулів.

Перший день менструальної кровотечі, що вважається першим днем менструального циклу, знаменує початок I фази маткового (ендометріального) циклу. Ця фаза характеризується відшаруванням і вигнанням з матки

поверхневого (функціонального) шару ендометрію, що обумовлено різким зменшенням у крові рівнів естрадіолу і прогестерону. Відторгнення всього зовнішнього шару ендометрію продовжується кілька днів.

Низькі рівні естрогенів і прогестерону протягом останніх днів менструального циклу викликають відповідні циклічні зміни в гіпоталамусі. У нормі частота пульсуючого виділення ГТ-РГ у фолікулярній фазі складає один імпульс у 1 годину (цирхоральний ритм секреції), а в лютеїновій фазі — один імпульс у 90 хв. ГТ-РГ не приймають участі в підвищенні рівнів ФСГ і ЛГ у середині циклу. Ці зміни відбуваються під впливом позитивного зворотного зв'язку між концентрацією циркулюючих естрогенів і прогестерону і гіпофізом, що, у свою чергу, викликає відповідну реакцію гіпоталамуса.

Секреція ГТ-РГ знаходиться під впливом нейромедіаторів: допаміну, норепінефрину, В-ендорфинів, зміст яких також залежить від дії естрогенів і прогестерону. Тому препарати, що впливають на метаболізм нейротрансмітерів, можуть діяти на секрецію ГТ-РГ і пролактину (Прл) гіпоталамусом (метилдопа, резерпін, антидепресанти).

Порушення менструального циклу може бути наслідком посиленої продукції естрогенів і прогестерону функціональними кістами яєчників (наприклад, при персистенції жовтого тіла й ін.).

Вік менархе (першої менструації в житті дівчини) коливається в нормі від 10 до 16 років і в середньому складає 12-13 років. Усталення овуляторного менструального циклу характеризується регулярними, циклічними прогнозованими менструаціями з інтервалом 24-35 днів, тривалістю кровотечі 3-8 днів і загальною крововтратою 30-80 мл.

До порушень менструального циклу по класифікації відносяться:

аменорея—відсутність менструацій протягом 6 мес;

олігоменорея—інтервал між менструаціями > 35-40 дн;

поліменорея - маткові кровотечі з міжменструальним інтервалом < 21дн;

метророгія - маткові кровотечі з нерегулярними інтервалами;

менорагія (гіперменорея) - менструальні кров'янисті виділення, що виникають з регулярними інтервалами і тривають більш 8 днів, із утратою крові понад 80мл;

менометрорагія - сильні тривалі кровотечі з короткими і нерегулярними інтервалами;

гіпоменорея — тривалість менструальної кровотечі менш 3 дн;

опсоменорея - рідкі (інтервал більш 35 дн) і невеликі (кровотеча менш 3 дн) кров'янисті виділення,

Міжменструальні кровотечі виникають у період між регулярними менструаціями

Виявлення етіологічного моменту порушення менструальної функції є дуже важливим для цілеспрямованого лікування. При виявленні етіології порушення менструального циклу слід враховувати ряд моментів:

- причини, які викликають подібні порушення, часто впливають раніше, ніж проявляється захворювання;

- причинні фактори, дуже різноманітні (соціальні, психічні, біологічні,

інфекційні, механічні, хімічні);

- причинні фактори впливають на організм не ізольовано, а в умовах середовища, яке має певне значення для виникнення захворювання;
- з суми факторів треба виділити головний, який може викликати патологічний стан;
- в розвитку патологічного стану займає важливе місце преморбідний стан.

Етіологічні моменти на сьогоднішній день представляються таким чином :

- 1.генетичні захворювання зі змінами в наднирнику та яєчнику;
- 2.інтоксикації (виробничі, побутові, паління, алкоголізм, наркоманія);
- 3.фактори інтоксикації (туберкульоз, ревматизм, інфекції центральної нервової системи, значні крововтрати під час пологів, післяпологові септичні захворювання, які викликають некротичні зміни в головному мозку, частіше у гіпофізі);
- 4.аліментарні (недоїдання, ожиріння, яке приводить до надмірного синтезу стероїдів, які виробляються жировою тканиною, надмірне або недостатнє вживання вітамінів);
- 5.токсоплазмоз, лістеріоз;
- 6.запальні захворювання органів малого тазу;
7. загальні соматичні захворювання (печінка, шлунково-кишковий тракт, підшлункова залоза);
8. зміни та пошкодження самої матки;
9. стресові ситуації, психічні захворювання;
10. Аномалії внутрішньоутробного розвитку (ця обставина дуже важлива для розвитку первинної аменореї).

Треба пам'ятати про тісний зв'язок і взаємозалежність у діяльності вищих нервових центрів кори головного мозку, гіпоталамусу, гіпофізу і самої матки. Зміни кожного з цих ланок за принципом прямого та зворотного зв'язку викликають реакцію всієї системи. Патогенез порушення менструального циклу також пов'язаний з порушенням кількості вироблених гормонів. Так, ураження яєчників веде до порушення продукції стероїдних гормонів, що за принципом зворотного зв'язку призводить до порушення секреції гонадотропних гормонів. Порушення функції гіпофізу, яке викликане функціональними або органічними його ушкодженнями, призводить, за принципом прямого зв'язку, до зміни секреції стероїдних гормонів, нерівномірному та невірному їх виділенню. Кожні зміни в секреції гормонів відображаються на функції органів-мішеней, в даному випадку, на матці. Ураження кожного з органів, які приймають участь в регуляції менструальної функції , може привести до порушення. Виявлення рівня ураження має дуже важливе значення для цілеспрямованого патогенного лікування. Тому розрізняють порушення менструального циклу центрального генезу - при ураженні кори головного мозку, гіпоталамусу, гіпофізу і периферичного генезу – при ураженні безпосередньо яєчників і матки. Порушення менструального циклу центрального генезу бувають: корково-гіпоталамічні, гіпоталамо-гіпофізарні, гіпофізарні. Бувають також порушення менструальної

функції які обумовлюються змінами функції других залоз внутрішньої секреції : наднирників, щитовидної залози. Головними завданнями при обстеження хворих з порушенням менструального циклу є слідуючи: 1) наявність або відсутність органічних уражень гіпоталамусу і гіпофізу, яєчників та матки, щитовидної залози і наднирників, а також екстрагенітальних захворювань; 2) виявлення рівня функціонального ураження ланки регуляції менструальної функції.

Обстеження проводиться в декілька етапів:

I етап – на догоспітальному етапі проводиться: збір анамнезу, вияснення менограми, загальний та гінекологічний огляд, дослідження крові та сечі, коагулограми, крові на RW та ВІЛ – інфікування. На цьому етапі також виконуються тести функціональної діагностики, рентгенографія черепа у двох проекціях, дослідження полів зору та очного дна, ультразвукове дослідження органів малого тазу, рівень цукру в крові та сечі, холестерину крові, дослідження статевого хроматину, виконання проб з токсоплазміном, туберкулінових проб, функціональних проб печінки, щитовидної залози, визначення 17–КС, 17-ОКС, визначається рівень гормонів в плазмі крові; проводяться консультації спеціалістів (невропатолог, ендокринолог, терапевт та інші).

II етап – цей етап містить додаткові, найбільш складні методи та виконується в стаціонарі: біопсія ендометрію, статевих органів (гістероскопія, кольпоскопія, лапароскопія), метросальпінгографія.

III етап дослідження – цілеспрямовані дослідження: додаткові рентгенологічні дослідження черепа, дослідження очного дна і полів зору, кількісне виявлення гормонів в плазмі крові в динаміці менструального циклу і в динаміці нагляду, проведення функціональних гормональних проб. В підсумку проведені обстеження повинні дати інформацію про стан ефекторної ланки, тобто органа-мішені, визначити рівень ураження системи.

Відсутність менструації у дорослої жінки на протязі 6 місяців називається аменореєю.

Розрізняють такі форми аменореї:

- справжня аменорея – відсутність менструації при порушенні продукції статевих органів;
- несправжня аменорея – відсутність менструації при порушенні циклічних змін в яєчнику при наявності перешкод для відтоку менструальної крові;
- первинна аменорея – відсутність менструації з пубертатного віку. Причиною первинної аменореї є захворювання матері під час вагітності та патологічні процеси, перенесені дівчиною в дитинстві або в пубертатному періоді.
- вторинна аменорея – припинення менструації після того, як вони вже були, терміном більше ніж 3 місяці. Припинення менструації відбувається внаслідок патологічних станів, які мали місце в дорослому віці.

Розрізняють також аменорею:

- фізіологічну – відсутність менструацій при різноманітних фізіологічних

станах жіночого організму (до періоду статевого дозрівання, при вагітності, під час лактації, в період постменопаузи);

- патологічну аменорею – при різноманітних захворюваннях статевих органів або екстрагенітальної патології;
- штучно викликану – після видалення обидвох яєчників або матки, після рентгенкастрації, грубого вишкрібання слизової оболонки матки, після вживання великих доз естрагенних гормонів

В залежності від рівня ураження системи регуляції менструального циклу аменорея буває:

- гіпоталамічна;
- психогенна;
- адіпозогенітальна дистрофія;
- синдром персистуючої аменореї – галактореї;
- гіпофізарна аменорея;
- гіпофізарний нанізм;
- гіпофізарний євнухїдизм;
- гіпофізарний гігантизм;
- гіпофізарна акромегалія;
- синдром Шихана;
- синдром Іценко-Кушинга;
- яєчникова аменорея;
- дизгенезія гонад;
- синдром тестикулярної фемінізації;
- гіпогормональна аменорея;
- гіпергормональна аменорея;
- маткова форма аменореї.

Лікування аменореї повинно бути направлено, перед усім, на усунення причин, що її викликали.

Забезпечення повноцінної кількості вітамінів, мінералів та антиоксидантів, застосування фолатів все це сприяє нормалізації гормонального балансу та поліпшення загального репродуктивного здоров'я.

(Фолієва кислота 400 мг, вітамінів групи В, ГАМК, вітамін Е,С,А,), фізичні фактори, кліматотерапія, нормалізація сну.

Слід широко застосовувати седативну терапію, фізіологічні методи такі як ендоназальний електрофорез з вітаміном В1, електрофорез шийно-лищевої та коміркової зони за Щербаком, голкорексфлексотерапії. Якщо ці методи виявляються неефективними, слід переходити до гормональної терапії, призначення якої повинно бути аргументовано. Необхідно пам'ятати про основні принципи гормональної терапії: гормональна терапії стимулює або пригнічує ендогенну продукцію гормонів, заміщає недостатню.

Показаннями для призначення гормонів є:

- гіпофункція яєчників, дисфункція в системі регуляції менструального циклу - проводиться стимулююча терапія статевими, гонадотропними гормонами або їх синтетичними аналогами;
- випадіння функції яєчників – проводиться замісна терапія;

- пригнічення овуляції є метою контрацепції або, навпаки, її індукції при ановуляторних циклах.

Однак існує ряд обмежень для призначення статевих гормонів:

- доброякісні пухлини яєчників;
- доброякісні пухлини матки великих розмірів;
- захворювання печінки;
- захворювання венозних судин;
- порушення зсідання крові;
- порушення ліпідного обміну;
- пубертатний період.

Аномальні маткові кровотечі(АМК) – це будь-яке відхилення МЦ від норми, що включає зміну регулярності та частоти менструацій, тривалості кровотечі або кількості втраченої крові.

Гострі АМК – це епізоди кровотеч у невагітних жінок репродуктивного віку, інтенсивність яких вимагає негайного втручання з метою запобігання подальшій втраті крові.

Хронічні АМК – це кровотечі з відхиленнями від норми за тривалістю, об'ємом та/або частотою, які виникають протягом останніх 6 міс набагато частіше.

ТМК(тяжкі) – надмірна менструальна крововтрата, що негативно впливає на фізичний стан жінки, соціальні, емоційні та/

Аномальні маткові кровотечі виникають звичайно на фоні ановуляторних менструальних циклів.

В деяких хворих домінантний фолікул досягає достатнього ступеню зрілості, але не овулює, продовжує існувати і у великій кількості продукує естрогени.

Гіперестрогенія приводить до гіперплазії ендометрію.

В іншій категорії хворих розвивається декілька фолікулів, але вони не досягають зрілості, піддаються атрезії. Тривала хвильова дія поміркованої кількості естрогенів також приводить до проліферації або гіперплазії ендометрію.

В деяких хворих АМК розвивається на фоні зберігання естрогенів. Кровотеча може виникнути в середині менструального циклу внаслідок відторгнення ендометрію через короткочасне зниження продукції естрогенів. Незначні виділення крові перед менструацією можуть свідчити про недостатньо функціонуюче жовте тіло (персистенцію, продукований в достатній кількості прогестерон та естргени тимчасово затримують відторгнення ендометрію, а потім приводить до кровотечі “прориву”.

У зв'язку з необґрунтованістю і суперечливістю багатьох причин виникнення АМК, окремі з яких можуть поєднуватись у однієї і тієї ж жінки, FIGO прийняла нову систему класифікації (PALM-COEIN) для визначення причин АМК, не пов'язаних з вагітністю (табл. 1).

Таблиця 1. Класифікація причин АМК (PALM-COEIN)

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

Приклади формулювання діагнозу: АМК-Е – аномальна маткова кровотеча на фоні дисфункції ендометрія, зокрема недостатності лютеїнової фази МЦ; АМК-О – аномальна маткова кровотеча в результаті порушення овуляції

Кожен період в житті жінки накладає свій відбиток на можливість виникнення ДМК, вимагає індивідуального підходу до проведення діагностичних заходів та терапії. Тому в клінічній практиці прийнято виділяти:

1. АМК періоду статевого дозрівання (ювенільні кровотечі);
2. АМК репродуктивного періоду;
3. АМК передменопаузального періоду (клімактеричні кровотечі) у жінок після 40 років.

4. АМК постменопаузального періоду

При лікуванні АМК слід вирішити два завдання:

1. Зупинити кровотечу
2. Попередити можливість рецидивів.

Загальні методи лікування АМК консервативні: гемостатичні заходи зупинки, гормональний гемостаз.

До хірургічних засобів зупинки кровотечі відносять: органозберігаючі (вишкрібання слизової оболонки матки, гістероскопію, вакуум-аспірацію ендометрію, кріодиструкцію, лазерну фотокоагуляцію слизовою оболонки) та органовиделяючі оперативні втручання (надпихвова ампутація матки, та екстирпація матки з та без придатків.

Діапазон консервативних методів Схеми лікування

Гостра АМК. У разі гострої АМК за умови порушення вітальних функцій проводиться стабілізація їх показників (артеріальний тиск, частота серцевих скорочень, частота дихання, температура, когнітивні функції) та ліквідація гіповолемії (див. відповідні діючі медико-технологічні документи).

Препарати для лікування гострих АМК

Препарат	Разова доза	Режим призначення
КОК	Монофазні (30-35 мкг ЕЕ)	3 рази на добу протягом 7 днів або до 4-5 разів на добу протягом 3-5 днів, потім зниження дози кожні 2

		дні на 1 табл. Загальний термін застосування – не менше 20 днів
Транексамова кислота	1,5 г перорально або 10 мг/кг в/в (максимум до 600 мг)	3 рази на добу протягом 5 днів, кожні 8 год
Лінестренол*	5 мг перорально	3 рази на добу протягом 7 днів

**Будь-які прогестини з іншими режимами застосування також можуть бути ефективними*

Вибір на користь хірургічного лікування розглядається у разі:

- нестабільності клінічного стану жінки;
- наявності протипоказань до медикаментозного лікування;
- відсутності ефекту від медикаментозної терапії.

Серед хірургічних методів при лікуванні гострої АМК залежно від клінічної ситуації та технічних можливостей застосовуються: абляція/резекція ендометрія, ЕМА, гістеректомія, специфічне хірургічне лікування при виявленні структурної патології (згідно з відповідними протоколами).

Хронічна АМК

Якщо причиною маткових кровотеч є системне захворювання, необхідно проводити його специфічне лікування у профільного спеціаліста.

При виявленні структурної патології органів малого таза лікування повинно здійснюватися згідно з відповідними клінічними протоколами.

Після виключення структурної патології органів малого таза як першу лінію терапії АМК слід розглядати медикаментозне лікування.

Лікування ставить за мету наступне:

- зменшення обсягу крововтрати при менструації;
- профілактику рецидивів;
- корекцію анемії;
- підвищення якості життя.

Медикаментозне лікування АМК: Перед призначенням лікування з'ясовуються репродуктивні плани жінки та потреба в призначенні гормональної контрацепції.

Гормональні методи лікування

Внутрішньоматкова система з прогестагеном (левоноргестрелом) чи комбінація естрадіолу валерату з дієногестом у режимі динамічного дозування; КОК; препарати пероральних гестагенів (в режимі з 5-го до 25-го дня МЦ) або ін'єкції прогестагенів тривалої дії; контрацептивні пластирі та вагінальні кільця; призначення агоністів гонадотропін-рилізінг гормона (розглядається, якщо всі інші методи лікування протипоказані чи пов'язані з високим ризиком ускладнень або якщо пацієнтка відмовляється від їх застосування)

Негормональні методи лікування

НПЗП пригнічують синтез простагландинів, змінюючи співвідношення між ними і тромбоксаном, що сприяє вазоконстрикції в матці. У плановому порядку терапію НПЗП слід починати за день до менструації і продовжувати до припинення кровотечі (3-5 днів)

Інгібітори фібринолізу Застосування НПЗП та/або транексамової кислоти припиняється, якщо не відмічається позитивна динаміка зменшення кровотечі протягом трьох МЦ.

Показання до хірургічного лікування жінок з АМК:

- неефективність медикаментозної терапії;
- неможливість застосування медикаментозної терапії (побічні реакції, протипоказання тощо);
- структурна патологія матки.

Хірургічні методи:

- гістероскопічна абляція/резекція з обов'язковим гістологічним дослідженням ендометрія;
- дилатація і кюретаж (вишкрібання порожнини матки) з обов'язковим гістологічним дослідженням ендометрія;
- абляція ендометрія;
- ЕМА;
- гістеректомія;
- хірургічні методи лікування структурної патології матки

Показання для проведення абляції ендометрія:

- для початкового лікування АМК після повного обговорення з пацієнткою ризиків і користі від інших видів лікування;
- відсутність структурних або морфологічних аномалій.

Абляція ендометрія – руйнування всієї товщі ендометрія. До проведення цієї маніпуляції використовують пайпель біопсію для проведення патогістологічного дослідження. При цієї операції неможливо взяти тканину для гістологічного дослідження.

Резекція ендометрія – висічення всієї товщі ендометрія; є можливість проведення гістологічного дослідження висіченої тканини.

Ведення післяопераційного періоду

1. Жінкам слід радити уникати наступної вагітності і (за необхідності) після абляції ендометрія застосовувати ефективні методи контрацепції.
2. Застосування ВМС-ЛНГ після гістероскопічної абляції.

Метод **дилатації і кюретажу** розглядається як лікувально-діагностична методика, що застосовується при АМК за умови неефективності медикаментозної терапії та у разі неможливості біопсійного відбору зразка ендометрія та/або виконання гістероскопії.

При певних клінічних ситуаціях у разі кровотечі може проводитися ЕМА.

Гістеректомія є радикальним методом лікування АМК, що застосовується як остаточний метод терапії.

Показаннями до проведення гістеректомії є неефективні, протипоказані або відхилені пацієнткою інші способи терапії.

Вчасна зупинка кровотечі може бути забезпечена тільки

вишкрібанням слизової оболонки матки. Крім терапевтичного ефекту, ця маніпуляція має велике діагностичне значення. Тому АМК, що вперше виникли у хворих репродуктивного віку і пременопаузального періоду раціонально зупиняти, вдаючись до цього методу. При рецидивних кровотечах до вишкрібання прибігають тільки в випадках відсутності ефекту від консервативної терапії.

Ювенільні кровотечі потребують іншого лікування. Треба пам'ятати, що застосування гормонів в підлітковому віці повинно бути максимально обмеженим, так як введення екзогенних статевих стероїдів може обумовлювати виключення функції власних ендокринних залоз та центрів гіпоталамусу. Тільки при відсутності ефекту від негормональних методів лікування у дівчат доцільно використовувати синтетичні комбіновані естроген-гестагенні препарати.

Швидкого гемостазу можна добитися і введенням естрогенних препаратів та чистих гестагенів за відзначеної схемою.

У передменопаузальному періоді треба дотримуватись використання естрогенів та комбінованих препаратів.

Складовою частиною комплексного лікування є психотерапія, застосування седативних препаратів і вітамінів (С, групи В, К, Є, А, фолієва кислота), скорочуючих матку засобів. Обов'язково включення гемостимулюючих (гемостимулін, ферум-ЛЕК, ферроплекс) та кровоспинних препаратів (транексамова кислота, діцинон).

Зупинка кровотечі завершує перший етап лікування. Задача другого етапу складається з попередження повторних кровотеч.

У жінок до 48 років це досягається нормалізацією менструального циклу, у хворих більш старшого віку – пригніченням менструальної функції.

НЕЙРОЕНДОКРИННІ СИНДРОМИ

1. Післяпологовий гіпопітуїтаризм (синдром Шихана).
2. Передменструальний синдром.
3. Полікістозні яєчники (хвороба полікістозних яєчників, первинні полікістозні яєчники, склерокістозні яєчники, синдром Штейна – Левентала; синдром полікістозних яєчників – вторинні полікістозні яєчники).
4. Гіперпролактинемія.
5. Гіперандрогенія .(пубертатна і постпубертатна форми адреногенітального синдрому).
6. Посткастраційний синдром.
7. Клімактеричні розлади.

Нейроендокринні синдроми (НЕС) – це клінічні симптомокомплекси, які обумовлені порушеннями функції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи.

Синонімом НЕС є термін «нейроендокринно-обмінні синдроми», який

підкреслює наявність порушень вуглеводного та жирового обміну речовин - ожиріння, виснаження, порушення вуглеводного обміну

Нейрообмінно – ендокринний синдром, не пов'язаний з вагітністю.

Клінічні спостереження і дослідження показують, що симптоми, характерні для ПНЕС, іноді розвиваються в жінок, які не вагітніли, не родили і навіть не жили статевим життям. Порушення менструальної, репродуктивної функції й обмінно–ендокринні порушення на фоні ожиріння описані в жінок з порушенням процесу статевого дозрівання, що визначають як пубертатний базофілізм, діенцефальний синдром або гіпоталамічний синдром періоду статевого дозрівання. Описаний нейроендокринний синдром з порушеннями репродуктивної, менструальної функції на фоні ожиріння і гіпертрихозу, що розвився після різних стресорних впливів, як гострих, так і хронічних.

Патогенез. Після перенесеної нейроінфекції, особливо в період статевого дозрівання – порушується утворення і ритм виділення гіпофізотропних рілізінг – гормонів – кортиколіберіну (РГ АКТГ) і люліберіну (РГ ЛГ), а також нейротрансмітерів (дофаміну, серотоніну, ендорфінів). Унаслідок стресорних впливів виникає збільшення утворення ендорфінів і зменшення синтезу дофаміну, що призводить до утворення гіперпролактинемії.

Наслідком цього є ановуляторна дисфункція яєчників з розвитком відносної гіперестрогенії на фоні абсолютної гіпопрогестеронемії, гіперкортицизма.

Клінічні прояви. Подібні з ПНЕС.

Лікування. Необхідно виділяти чіткі критерії ефективності проведеної терапії в залежності від кінцевої мети лікування:

- 1) зниження маси тіла;
- 2) відновлення овуляторних менструальних циклів без застосування стимуляторів овуляції;
- 3) відновлення овуляторних менструальних циклів на фоні стимуляції овуляції;
- 4) вагітність як показник відновлення функції репродуктивної системи.

Післяпологовий гіпопітуїтаризм (синдром Шихана). Це захворювання відоме з кінця XIX століття, але тільки в 1937 році Н. Sheehan науково обґрунтував зв'язок масивної кровотечі під час пологів з наступною гіпофункцією передньої частки гіпофіза.

Патогенез. Синдром Шихана розвивається внаслідок некротичних змін у гіпофізі, що виникають на фоні спазму або внутрішньосудинного згортання крові в судинах передньої частки гіпофіза після кровотеч або бактеріального шоку при пологах або при абортах. Вважається, що клінічні прояви синдрому Шихана знаходяться в прямій залежності від величини ураження гіпофіза. На думку багатьох клініцистів, виражена клінічна картина захворювання розвивається при поразці 80% тканини аденогіпофіза. Проте, були описані випадки, коли на розкритті було уражено близько 5 мм передньої частки гіпофіза, а при житті жінки клінічної симптоматики гіпопітуїтаризму не було. У той же час є повідомлення про хворих, у яких при житті була виражена картина післяпологового гіпопітуїтаризму, а на розтині знаходили незначне ураження гіпофіза.

Вважають, що до синдрому Шихана призводять повторні часті пологи (з інтервалом до 2-х років).

Клінічна картина. Характеризується різним ступенем гіпофункції ендокринних залоз – насамперед щитовидної, надпочечників і полових. Виділяють наступні форми синдрому Шихана в залежності від недостатності тропних гормонів гіпофіза:

- 1) глобальна форма – із клінічними проявами недостатності ТТГ, гонадотропинів, АКТГ. Захворювання може протікати в легкій або важкій формі;
- 2) часткова форма – з недостатністю гонадотропної, тиреотропної, аденокортикотропної функцій;
- 3) комбінована недостатність гонадотропної і тиреотропної функцій; тиреотропної і аденокортикотропної.

Калиниченко А.С. і співавтори (1987) вважають за доцільне виділяти три форми синдрому: легку, середньої важкості і важку. Легка форма характеризується головним болем, швидкою стомлюваністю, мерзлякуватістю, тенденцією до гіпотензії; знижена функція щитовидної залози і глюкостероїдної функції наднирників. Форма середньої важкості відрізняється зниженням гормональної функції яєчників (олігоменорея, ановуляторна безплідність) і щитовидної залози (пастозність, схильність до набрякості, ламкість нігтів, сухість шкіри, стомлюваність, гіпотензія зі схильністю до непритомностей, причому ці симптоми можуть зустрічатися в різних сполученнях). При важкій формі відзначається симптоматика тотальної гіпофункції гіпофіза з вираженою недостатністю гонадотропинів (стійка аменорея, гіпотрофія статевих органів і молочних залоз), тиреотропного гормону (мікседема, облісіння, сонливість, зниження пам'яті), АКТГ (гіпотензія, адінамія, слабкість, посилена пігментація шкіри). При важкій формі значно падає маса тіла, але при більш легких частіше спостерігається її збільшення в зв'язку з пастозністю і схильністю до набрякості внаслідок гіпофункції щитовидної залози. Для синдрому Шихана характерна також анемія, що погано піддається звичайної терапії.

Діагноз. При гормональних дослідженнях виявляють різні ступені зниження у введенні тропних, гіпоглікемія і гіпоглікемічний тип цукрової кривої при навантаженні глюкозою. У сечі знижений зміст 17 – КС.

Диференційований діагноз проводять з нервової анорексією, пухлиною гіпофіза, хворобою Аддісона, мікседемою. Велику допомогу при цьому робить характерний анамнез хворих – кровотеча або септичний шок при пологах або абортах.

Лікування. Призначають замісну терапію глюкостероїдними і тиреотропними препаратами при клінічних проявах гіпофункції відповідних залоз. Є думка, що доцільніше використовувати кортизон і преднізолон, а не дексакорт і дексаметазон, оскільки останні володіють вираженою антикортикотропною активністю, придушуючи і без того знижене виділення АКТГ гіпофізом. Преднізолон рекомендується призначати по 5 мг 2 рази в день протягом 2-3 тиж. курсом один раз у 2-3 міс. у залежності від клінічної

картини захворювання. При аменореї або олігоменореї жінкам до 40 років рекомендується циклічна гормонотерапія. Після 40 років використовуються андрогени, з огляду на їхній високий анаболічний ефект: метилтестостерон по 5 мг у день протягом 2-3 міс.; задовільний ефект роблять андрогени при випаданні волосся. Успішно застосовують анаболічні препарати: ретаболіл, метиландростендіол і ін. Обов'язкові вітаміни групи В, З, РР; біостимулятори – алоє, Фибс по 20-30 внутрім'язових ін'єкцій. Харчування повинне бути повноцінним, варто уникати дефіциту білка в їжі. З урахуванням анемії хворим показані препарати заліза під контролем аналізу крові.

Передменструальний синдром (ПМС). Складний патологічний симптомокомплекс, що виникає в передменструальні дні і виявляється розладами центральної нервової системи (ЦНС) під впливом екзо- чи ендогенних факторів на тлі набутої або вродженої лабільності гіпоталамо-гіпофізарно-оваріальної системи. Звичайно симптоми ПМС виникають за 2-10 днів до менструації і зникають відразу після початку менструації або в перші її дні.

Частота ПМС коливається в широких межах у різні вікові періоди. Так, у віці 19-29 років цей синдром зустрічається майже в 20% хворих, після 30 років його частота збільшується до 47%, після 40-49 років у жінок з регулярними менструаціями – до 55%. Частіше ПМС спостерігається в жінок розумової праці.

Патогенез. Складний і недостатньо вивчений, про що свідчить існування безлічі теорій, що пояснюють його: гормональна, «водної інтоксикації», психосоматичних порушень і ін.

Класифікація ПМС

Класифікація за МКХ-ІО

N 94 -Біль та інші стани, пов'язані з жіночими статевими органами та менструальним циклом, передменструальний синдром

Класифікація ПМС у залежності від особливостей клінічної симптоматики та вираженості передменструальних розладів:

- передменструальні симптоми;
- власне передменструальний синдром;
- передменструальні дисфоричні розлади;
- передменструальна магніфікація.

Класифікація за ступенем тяжкості:

- легка форма -поява 3 -4 симптомів за 2 -10 днів на передодні менструації за значної вираженості 1 -2 з них;
- тяжка форма -поява 5 -12 симптомів за 3 -14 днів напередодні менструації за значної вираженості 2 -5 з них.

Класифікація за стадіями розвитку ПМС

- компенсована стадія -поява симптомів пмс під час лютеїнової фази менструального циклу (МЦ) та їх нівелювання з початком менструації, з часом його перебіг не прогресує;
- субкомпенсована стадія -перебіг захворювання з часом погіршується, симптоматика наростає, але припиняється по закінченню менструації;

-декомпенсована стадія -тяжкий перебіг пмс -клініка наявна і після закінчення менструації, а "світлі проміжки" між зникненням та появою симптомів скорочуються.

Клініка ПМС

ПМС-складний симптомокомплекс, який характеризується різноманітними психопатологічними, вегето-судинними та обмінно-ендокринними порушеннями, що проявляються у лютеїнову фазу мц.

У залежності від переваги в клінічній картині тих або інших симптомів виділені чотири основні клінічні форми ПМС: нервово – психічна, набрякова, цефалічна, кризова.

Час появи симптомів найчастіше визначається другою фазою менструального циклу, а саме за 7-10 днів до початку менструальної кровотечі.

Синдром має кілька назв:

- Передменструальне напруження (ПМН);
- Передменструальний синдром (ПМС);
- Синдром передменструального напруження (СПМН);
- Циклічний синдром (ЦС).

У передменструальні дні можуть з'являтися симптоми розладів у будь-якій системі жіночого організму й у функції будь-якого органа. Але найбільше що часто зустрічаються симптомами є:

- Напруження, набряк і болі в молочних залозах;
- Головні болі;
- Запаморочення;
- Збільшення ваги;
- Дискомфорт у животі: здуття, понос, болі, затримка випорожень;
- Спрага;
- Нудота, блювота;
- Зміна апетиту: тяга до спиртного, гострих страв, солодкого;
- Болі у всьому тілі або в кінцівках, спині, суглобах, попереку;
- Гіперестезія в різних частинах тіла;
- Летаргія;
- Безсоння;
- Депресія;
- Втома;
- Агресивність.

Усі симптоми, як правило, нарастають до початку менструації і припиняються з початком менструальної кровотечі або за кілька годин до нього. При спробі класифікації симптомів відповідно до поразки функції тієї або іншої системи можна виділити наступні групи симптомів:

Психологічні розлади:(Часта зміна настрою; Збудливість; Відсутність можливості зосередження; Втрата й ослаблення пам'яті; Ворожість і агресія; Втома; Летаргія; Безсоння; Страх; Туга; Безпричинний плач або сміх; Суїцидальні думки; Зміна лібідо.)

Неврологічна симптоматика: головні болі, мігрень; запаморочення; нестійкість ходи; гіперестезія; дисменорея; астма; риніт; частішання або

поява випадків епілепсії; підвищення збудливості на ЕЕГ.

Дерматологічні прояви: вугри; кропивниця; лихоманка; пігментація на особі і тулубі; сухість або підвищення жирності шкіри на тілі, особі, черепі.

Розладу опорного апарата: болю в кістах, суглобах, спині; ослаблення м'язової сили; болі у м'язах; симптоми артритів - болю, набряки.

Гастроінтерстиціальні симптоми: зміна апетиту аж до булемії та анорексії; зміна смаку; нудота, блювота; здуття живота; розладу дефекації.)

Ниркові симптоми: затримка рідини внаслідок зміни функції бруньок; зміна питомої ваги сечі.)

Лікування ПМС.

Лікування ПМС включає медикаментозну та немедикаментозну терапію.

Немедикаментозна терапія:

- нормалізація режиму праці та відпочинку;

- дозовані фізичні навантаження;

- психотерапія;

- фізіотерапія, масаж;

Нормалізація режиму харчування:

Принципи лікувально-профілактичного харчування при ПМС:

1. Контрольований калораж -1200 -1500 ккал/доб., з яких:

- 30 % повинні складати протеїни;

- 20 % -жири;

- 50 % -вуглеводи.

2. Дрібний режим харчування -5 -6 разів на добу. Такий харчовий режим дозволяє нормалізувати метаболізм жирової тканини та запобігти зниженню рівня цукру крові.

3. Виключення або зменшення вживання наступних продуктів:

- солі, усіх видів консервів, заморожених овочів та фруктів, гострих сортів сиру, копчень, солінь, чіпсів тощо;

- простих вуглеводів;

- насичених жирних кислот: жирів тваринного походження;

- алкоголю, який зменшує резерви вітамінів та мінералів в організмі та порушує обмін вуглеводів;

- кави, чаю, какао, коли, що містять кофеїн, який може посилити неспокій, дратівливість, відчуття напруження у молочних залозах.

4. Доцільне включення до раціону (вітамінів груп А, В, С, Е (для прийому кожного дня): вітамін А -10-15 мг; вітаміни групи В -25 -50 мг (крім вітаміну В₆); вітамін С -50 -150 мг; вітамін Е -100 -600 мг; вітамін С -100 мг; вітамін D -100 мг; кальцій 100 -150 мг; магній -200 -300 мг; цинк -25 мг; хром -100 мг, макроелементів Mg, K, Ca, які беруть участь у регуляції стану нервової системи (в тому числі ВНС), підтримці водно-електролітного балансу та в процесах та міорелаксації;

- мікроелементів Zn, Si, Se -у якості антиоксидантів;

- поліненасичених жирних кислот, які містяться в оливковій, соняшниковій, арахісовій олії, печінці тріски, несоленій ікрі;

- соків, в першу чергу морквяного та лимонного;

-чайв з трав.

Медикаментозна терапія ПМС підбирається та проводиться диференційовано відповідно до ступеня тяжкості та клінічного перебігу синдрому. Групи препаратів наведені у послідовності, яка рекомендована при їх призначенні.

Питання для самоконтролю:

- 1.Поняття про фізіологічний менструальний цикл
- 2.Нейрон-ендокринна регуляція менструального циклу.
- 3.Статеві і гонадотропні гормони, їх біологічні властивості.
- 4.Аномальні маткові кровотечі.
- 5.Тести функціональної діагностики.
- 6.Будова і функції статевих органів.

Проблемні ситуації.

1.В 34-літньої жінки, яка мала 4 вагітності, без вказівок на наявність гінекологічних захворювань в анамнезі, на 17 день менструального циклу виникла маткова кровотеча. При бімануальному дослідженні зі сторони внутрішніх статевих органів патології не виявлено. Яке з досліджень найбільш важливе в даному випадку.?

2. Жінка 42 років звернулась до гінеколога зі скаргами на маткові кровотечі на протязі півроку. При бімануальному дослідженні зі сторони внутрішніх статевих органів патології не виявлено При дослідженні за тестами функціональної діагностики: позитивний симптом “зіниці” на протязі всього менструального циклу. Про що свідчить виражений симптом “ зіниці” на протязі менструального циклу?

3.Жінка 40 років, звернулась до гінеколога зі скаргами на маткову кровотечу на протязі 4-х місяців. При бімануальному дослідженні змін зі сторони внутрішніх статевих органів не виявлено. Назальна температура на протязі всього менструального циклу коливалась в межах 36,4° – 36,6° С. Про що свідчить монотонна базальна температура нижче 37 °С на протязі менструального циклу?

Задачі.

1. До гінеколога звернулась дівчинка 13 років зі скаргами на рясні кров'яністі виділення із статевих шляхів на протязі 10 днів.

З анамнезу: менструації з 12 років , нерегулярні, менструальний цикл 28-40 днів, тривалість менструації 6-7 днів, остання менструація 2 місяця тому.

Об'єктивно: блідість шкіряних покривів; гемоглобін 100г/л

Ректальне дослідження: патологія не визначається. Визначте попередній діагноз.

Відповідь: ювенільна кровотеча.

2. До гінекологічного відділення надійшла дівчинка 14 років зі скаргами на кровотечу з полових шляхів на протязі 12 днів, після затримки менструації на тиждень. З анамнезу: менструації з 12 років, установилися через півроку по 5-6 днів через 30 днів, безболісні, помірні.

При надходженні: шкіра і видимі слизові оболонки рожеві, пульс 76 ударів у хвилину, АД 110/70 мм рт.ст., гемоглобін 116 г/л

Живіт м'який, безболісний при пальпації. При ректальному дослідженні патології з боку внутрішніх статевих органів не виявлено. Визначте попередній діагноз.

Відповідь: ювенільна кровотеча.

3.У 34-х літньої жінки, що мала 4 вагітності, без вказівок на наявність гінекологічних захворювань в анамнезі, на 17 день менструального циклу почалася маткова кровотеча.

При звертанні: шкіра і видимі слизуваті рожеві, пульс 72 уд. у хв., АД – 120/80 мм рт. ст., гемоглобін 110 г/л. Живіт м'який, безболісний при пальпації. При бімануальному дослідженні з боку статевих органів патології не виявлено. Який з методів лікування у даному випадку є найбільш раціональним щодо зупинки кровотечі?

Відповідь: лікувально-діагностичне вишкрібання слизової оболонки матки.

4.У гінекологічне відділення звернулася хвора 48 років зі скаргами на кровотечу зі статевих шляхів. З анамнезу: менструації з 14 років, установилися відразу (по 4-5 днів через 28 днів), помірні, безболісні. Останні 2 роки інтервали між менструаціями 2-3 місяця. 15 днів назад, після 2-х місячної відсутності менструації, почалася маткова кровотеча, що продовжується дотепер. При надходженні: шкіра і видимі слизуваті бліді, пульс 76 уд. у хв., АД – 110/80 мм рт. ст., гемоглобін – 100г/л.

Живіт м'який, безболісний при пальпації. З боку внутрішніх полових органів патології не виявлено.

Встановіть діагноз. Якою повинна бути тактика лікаря?

Відповідь: АМК. Повинно виконати лікувально-діагностичне вишкрібання слизової оболонки матки з наступним гістологічним дослідженням ендометрію.

5.Хвора С., 19 років, звернулася до лікаря зі скаргами на відсутність менструації продовж 8 місяців. З анамнезу: перша менструація в 12 років, цикл установився відразу, 4-5 днів через 26 днів, менструації помірні, безболісні. Початок статевого життя в 18 років, після чого характер менструального циклу змінився, подовжилися проміжки між менструаціями, вони стали більш скудні. З'явилася волосистість в ділянці молочних залоз, передній черевній стінці, на нижніх кінцівках.

При бімануальному дослідженні встановлено: шийка матки конічної форми, довжиною 4 см., тіло матки грушоподібної форми, звичайних розмірів, рухливе, безболісне. Придатки по обидва боки пальпуються, не збільшені, безболісні. Склепіння глибокі, безболісні. Виділення – слизуваті, помірні.

Встановить попередній діагноз.

Відповідь: Аменорея

Список використаних джерел.

Основна:

1. Акушерство і гінекологія: у 2 книгах. – Книга 2. Гінекологія: підручник (ВНЗ III-IV р.а.) / за ред. В.І. Грищенка, М.О. Щербини, Б.М. Венцківського - 3-є вид., випр., 2020. – 376 с.
2. Клінічне акушерство та гінекологія: 4-е видання/ Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон. – 2021. – 454 с.
3. Obstetrics and Gynecology: in 2 volumes. Volume 2. Gynecology: textbook/ V.I. Gryshchenko, M.O. Shcherbina, B.M. Ventskivskyi et al. — 3rd edition, 2022. – 360 p.
4. Comprehensive Gynecology - 8 th Ed. / D.M. Hershenson, G.M. Lentz, F.A. Valea et al. Elsevier. 2021 – 881 p.
5. Pragmatic obstetrics and gynecology [Text]: [manual] / L. B. Markin [et al.]. - Lviv: Lviv Nat. Danylo Halytsky Med. Univ., 2021. - 236 p.
6. Oxford Textbook of Obstetrics and Gynecology / Ed. by S. Arulkumaran, W. Ledger, L. Denny, S. Doumouchsis. – Oxford University Press, 2020 – 928 p.

Додаткова:

1. Ендоскопічна хірургія: навч. посіб. / В.М. Запорожан, В.В. Грубнік, Ю.В. Грубнік, А.В. Малиновський та ін.; за ред. В.М. Запорожана, В.В. Грубніка. – К.: ВСВ «Медицина», 2019. – 592 с.
2. Діагностика акушерської та гінекологічної ендокринної патології: [навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (фак.) післядиплом. освіти МОЗ України] / за ред. В.К. Ліхачова; В.К. Ліхачов, Л.М. Добровольська, О.О. Тарановська та ін.; УМСА (Полтава). – Вінниця: Видавець Максименко Є.В., 2019. – 174 с.
3. Запорожан В.М. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи: практ. порадник / В.М. Запорожан, О.О. Тарабрін. – Суми: Університет. Книга, 2018. – 240 с.
4. Гінекологія: керівництво для лікарів./ В.К. Ліхачов. – Вінниця: Нова Книга, 2018.- 688 с.
5. Репродуктивна функція у жінок, хворих на міому матки та ендометріоз / Н.М. Рожковська, Д.М. Железов, Т.В. Коссей // Здоров'я жінки – 2018. - №2. – С.5-7.
6. Оваріальний резерв при хірургічному лікуванні ендометріом яєчників / А.Г. Волянська, Л.М. Попова, Т.П. Тодорова, О.П. Рогачевський, О.І. Шевченко

- // Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Інноваційні технології в акушерстві та гінекології: від науки до практики» - м. Івано-Франківськ, 2019р. – С. 12-13.
7. Ситуаційні задачі з гінекології: навч. посіб./ І.З. Гладчук, А.Г. Волянська, Г.Б. Щербина та ін.; за ред.проф. І.З. Гладчука. – Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2018. – 164 с.
 8. Williams Gynecology, 4th Edition by Barbara Hoffman, John Schorge et al&. - Mac Grow Hill Education. - 2020. – 1328 p.
 9. 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.
 10. Dutta, Durlav Chandra. D. C. Dutta's Textbook of Gynecology including Contraception / D.C. Dutta; ed/ Hiralal Konar. – 7th.ed. – New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers, 2016. – XX, 574 p.
 11. Наказ МОЗ України від 15.08.2023 № 1465 "Про внесення змін до Стандартів медичної допомоги "ВІЛ-інфекція".
 12. Наказ МОЗ України від 16.11.2022 № 2092 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «ВІЛ-інфекція»".
 13. Наказ МОЗ України №135 від червень 2017 «Клінічна настанова, заснована на доказах «Клінічне застосування компонентів та препаратів з донорської крові».
 14. Наказ МОЗ України № 1218 від 13.07.2022 «Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Передменструальний синдром».
 15. Наказ МОЗ України № 1039 від 17.06.2022 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Менопаузальні порушення та інші розлади в перименопаузальному періоді».
 16. Наказ МОЗ України № 353 від 13.04.2016 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Аномальні маткові кровотечі».

Електронні інформаційні ресурси:

1. <https://www.cochrane.org/> - Cochrane / Кокрейнська бібліотека
2. <https://www.acog.org/> - Американська Асоціація акушерів та гінекологів / The American College of Obstetricians and Gynecologists
3. <https://www.uptodate.com> – UpToDate
4. <https://online.lexi.com/> - Wulters Kluwer Health
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/> - Національний центр біотехнологічної інформації / National Center for Biotechnology Information
6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> - Міжнародна медична бібліотека / National Library of Medicine
7. <https://www.thelancet.com/> - The Lancet
8. <https://www.rcog.org.uk/> - Королівська Асоціація акушерів та гінекологів /

Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

9. <https://www.npwh.org/> - Практикуючі медсестри з охорони здоров'я жінок / Nurse practitioners in womens health
10. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
11. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / [American Medical Association](http://www.ama-assn.org)
12. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
13. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
14. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
15. www.gmc-uk.org - *General Medical Council (GMC)*
16. www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація
17. www.euro.who.int - Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я.