

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра акушерства та гінекології

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи

Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ

«01» вересня 2025р.



МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ
«АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»
для здобувачів 4 курсу

Рівень вищої освіти: другий (магістерський)

Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я»

Спеціальність: 222 «Медицина»

Спеціалізація: Акушерство та гінекологія

Освітньо-професійна програма: Медицина

Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету

Протокол №1 від «27» серпня 2025р.



Завідувач кафедри, професор _____ Ігор ГЛАДЧУК

Розробники:

к.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології Ганна ЛАВРИНЕНКО

к.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології Ольга ШЕВЧЕНКО

к.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології Ганна ШИТОВА

к.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології Тетяна ЛУНЬКО

к.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології Лідія ПОПОВА

Рецензенти:

Завідувач кафедри гістології, цитології, ембріології та патологічної морфології з курсом судової медицини,

професор, доктор медичних наук _____ Варвара СИТНІКОВА

Доцент кафедри хірургії, променевої діагностики, радіаційної медицини, терапії та онкології, к.мед.н. _____ Сергій ПОЛЯК

ТЕМА №2:

«КЛІНІЧНА АНАТОМІЯ І ФІЗІОЛОГІЯ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ. МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ. ЗАГАЛЬНА СИМПТОМАТОЛОГІЯ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ».

Мета: Сформувати професійні навички в проведенні гінекологічного дослідження за допомогою дзеркал, бімануальне дослідження, обстеження молочних залоз, проведення спеціальних та сучасних методів обстеження (променеві методи діагностики в гінекології - МРТ, КТ, МСГ, ультразвукові методи дослідження, інструментальні методи, ендоскопічні методи (кольпоскопія, гістероскопія, лапароскопія), лабораторна діагностика, що дозволяє провести комплексне обстеження гінекологічних хворих.

Навчити загальної симптоматології для своєчасної діагностики гінекологічних захворювань, так як правильно і своєчасно поставлений діагноз сприятиме підвищенню ефективності лікування.

Основні поняття:

Клінічна анатомія жіночих статевих органів. Фізіологічні зміни в жіночих статевих органах в різні вікові періоди. Нейроендокринна регуляція функції статевої системи. Особливості збирання спеціального гінекологічного анамнезу. Основні методи обстеження в гінекології: огляд зовнішніх статевих органів, дослідження за допомогою дзеркал, бімануальне обстеження. Додаткові методи обстеження в гінекології. Методи функціональної діагностики стану яєчників. Променеві методи діагностики в гінекології: МРТ, КТ, МСГ. Ультразвукові методи дослідження в гінекології. Інструментальні методи обстеження: зондування порожнини матки, вишкрібання порожнини матки, біопсія, пункція черевної порожнини через заднє склепіння. Ендоскопічні методи дослідження: кольпоскопія, гістероскопія, лапароскопія. Лабораторна діагностика: онкоцитологія, бактеріоскопія, бактеріологія, ІФА, ПЛР, патоморфологічне дослідження.

Загальна симптоматологія гінекологічних захворювань (біль, білі, розлади менструального циклу та кровотечі, неплідність, сексуальні розлади, розлади функції суміжних органів).

1. Контроль опорного рівня знань

Типова ситуаційна задача.

У гінекологічне відділення доставлена жінка 46 років з аномальною матковою кровотечею після затримки менструації на 2 тижні. З чого необхідно почати лікування?

Відповідь: Бімануальне гінекологічне обстеження, УЗД органів малого тазу, Біопсія ендометрія: Гістероскопія або Фракційне лікувально-діагностичне вишкрібання слизової оболонки порожнини матки.

2. У гінекологічне відділення поступила хвора 34 років зі скаргами на гострі болі внизу живота праворуч, які почалися гостро, нудоту, блювоту. При бімануальному дослідженні: матка нормальних розмірів, зміщення її болісно, правий яєчник кілька збільшений, округлий, болісний. Склепіння піхви глибокі, пальпація праворуч болюча. У дзеркалах: шийка матки і слизова оболонка піхви не змінені. Виделень немає. Який з методів дослідження найбільш інформативний?

Відповідь: УЗД органів малого тазу.

Типові тестові завдання.

1. В гистопрепараті яєчника жінки визначаються структури, що мають велику порожнину. Овоцит першого порядку в них оточений прозорою оболонкою, променестим вінцем, і розташований у яйценосному горбику, стінка утворена шаром фолікулярних клітин і текою. Вкажіть, якій структурі яєчника належать дані морфологічні ознаки?

А. Зрілий фолікул. *

В. Примордіальний фолікул.

С. Первинний фолікул.

- D. Жовте тіло.
E. Атретичне тіло.

2. В поліклініку до лікаря звернулася жінка 32-х років зі скаргами на відсутність у неї лактації після народження дитини. Дефіцитом якого гормону, найбільш імовірно, можна пояснити дані порушення?

- A. Соматотропін.
B. Пролактин.*
C. Вазопресин.
D. Тиреокальцитонін.
E. Глюкагон.

3. Порушення функцій сечових органів можливо при:

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

4. До гінеколога звернулася жінка 54-х років зі скаргами на кров'яністі виділення з піхви протягом 1 місяця. Остання менструація була 5 років тому. В ході гінекологічного огляду патології не виявлено. Якими будуть дії лікаря?

- A. Фракційне діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки
B. Кольпоскопія
C. УЗД*
D. Взяти мазок для цитологічного дослідження
E. Призначити симптоматичну терапію до отримання додаткових результатів дослідження

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. Ендоменіоз
B. Гіперпролактинемія
C. Клімактеричний синдром
D. Генітальний пролапс
E. Післякастраційний синдром*

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою.

№ пп.	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	2	3	4
1.	Методи дослідження гінекології.	1. Класифікація методів дослідження в гінекології.	Класифікація: 1. Суб'єктивні. 2. Об'єктивні. 3. Інструментальні 4. Лабораторні.

2	Суб'єктивні методи	2. Перерахувати та описати суб'єктивні методи.	5. Медико-генетичне обстеження Скарги: - болі внизу живота (характер, періодичність) - порушення менструального циклу - виділення зі статевих шляхів - порушення функцій суміжних органів - безплідність Збір анамнезу: - <i>anamnesis morbie</i> (Необхідно розпитати пацієнтку про початок захворювання — гострий чи поступовий, де і скільки часу лікувалась. Певну роль у діагностиці захворювання може відіграти інформація про причини, які, на думку жінки, призвели до виникнення захворювання — переохолодження, фізичне перевантаження, перенесений аборт, травми і т.д. Варто з'ясувати, які методи використовувались для діагностики захворювання, про лікування, яке проводилось до цього часу, та його ефективність. Якщо захворювання хронічне, слід уточнити, коли було останнє загострення) - <i>anamnesis vitae</i> (слід з'ясувати, в яких умовах росла і формувалась жінка, а також у яких умовах вона проживає в даний час. Матеріально-побутові умови, характер харчування, умови праці, перенесені захворювання) - <i>Гінекологічний анамнез</i> - менструальна функція (вік менархе, об'єм крововтрати під час кожної менструації, наявність чи відсутність болю, тривалість менструації, її регулярність) - статева функція (вік початку статевого життя, регулярність, кількість партнерів, метод контрацепції) - генеративна функція (з'ясувати, через який проміжок часу від початку статевого життя без застосування контрацепції настала перша вагітність, скільки було всього вагітностей, яким був перебіг кожної вагітності, чим вони закінчились (пологами чи абортom), чи не було передчасних пологів, мертвонароджених дітей, чи не помирали діти у ранньому нео-натальному періоді, чи не було ускладнень під час та після пологів, які оперативні втручання проводились під час пологів. У випадку, коли були аборти, треба уточнити, чи вони були штучні (за бажанням жінки), мимовільні чи кримінальні, у які терміни переривалась вагітність, чи не було ускладнень під час та після абортів. Якщо аборти були мимовільні — чи були встановлені їх причини).
---	--------------------	--	---

3.	Об'єктивне обстеження	- секреторна функція (з'ясувати про кількість, запах, вигляд, періодичність виділень, тому що при різних гінекологічних захворюваннях характер виділень інший). <i>Загальний огляд:</i> Колір шкірних покривів Оволосіння Форма живота Пальпація молочних залоз Аускультация живота <i>Гінекологічне обстеження</i> • огляд зовнішніх статевих органів • огляд за допомогою дзеркал • дворучне: - <u>вагінально-черевностінкове дослідження</u> (Великим та вказівним пальцями лівої руки розводять малі та великі статеві губи. Середній та вказівний пальці правої руки вводять у піхву, безіменний палець та мізинець притиснуті до долоні, а великий — повернутий до лобка. Якщо вагіна вузька, дослідження проводять одним пальцем. Пальці при введенні у вагіну треба проводити по задній її стінці, щоб не було неприємних відчуттів від подразнення найбільш чутливих ділянок — передньої стінки вагіни, клітора, ділянки сечовипускального каналу. Вводячи пальці у вагіну, оцінюють таке: наявність чи відсутність болючості, ширину отвору входу у вагіну (у жінок, які живуть статевим життям, два пальці входять вільно). Натискаючи на м'язи тазового дна, визначають їх тонус, стан промежини. Поступово просуваючи пальці у глибину вапни, визначають її довжину, ширину, здатність до розтягнення, складчастість, ступінь зволоженості, наявність перегородок, пухлин, рубців, звужень. Звертають увагу на глибину склепінь, наявність чи відсутність болючості, нависання, вкорочення. Після цього пальпують шийку матки, оцінюють її форму (циліндрична, конічна, деформована), величину (недорозвинена, нормальної величини чи гіпертрофована), наявність чи відсутність розривів, стан зовнішнього вічка (відкрите, закрите, деформоване), консистенцію (щільна, склерозована, розм'якшена, неоднорідної консистенції), наявність пухлин, відношення шийки до осі таза. Потім пальці розміщують у передньому склепінні, шийку матки відтискають назад. Зовнішньою рукою обережно натискають на передню черевну стінку в напрямку до пальців, що введені у
----	-----------------------	---

			вагіну. Таким чином, матка буде знаходитись між пальцями зовнішньої та внутрішньої рук. Якщо матка відхилена назад, то внутрішні пальці розміщують у задньому склепінні. Матка розміщена в тазі таким чином, що тіло й шийка її утворюють кут, відкритий допереду (anteflexio), а вся матка нахилена теж дещо наперед (anteversio). Вона достатньо рухома при спробі зміщення. Підвищена рухомість матки спостерігається при опущеннях та випадіннях її за рахунок недосконалості зв'язкового апарату. Обмежена рухомість — за наявності у малому тазі спайкового процесу, інфільтратів. Досліджуючи матку, визначають її величину (в жінки, яка не народжувала, вона менша, ніж у тієї, яка народжувала). Зменшення матки буває при генітальному інфантилізмі, в менопаузі. Збільшеною матка може бути при вагітності, пухлинах. Форма матки в нормі подібна до груші, сплющеної в передньо-задньому напрямку, при вагітності вона може бути асиметрична за рахунок випинання ділянки, де відбулась імплантація, при субсерозній фіброміомі — горбкувата. Консистенція матки, зазвичай, туго-еластична, болючості при дослідженні матки в нормі не буває. Після дослідження матки пальпують її придатки. Для цього руки переміщують убік від матки. Труби в нормі не промацуються. Яєчники вдається пропальпувати у вигляді еластичних неболючих утворів. Вони рухомі й досить чутливі. Незмінні зв'язки матки та яєчників не визначаються. У пара-метрії немає болючості, інфільтрації). <u>-ректально-черевностінкове дослідження</u> (У дівчат, а також при атрезії чи стенозі вагіни, проводять ректально-абдомінальне дослідження. Цим методом можна скористатись для більш детального обстеження тазових органів при пухлинах. Обстеження проводять, вводячи вказівний палець у пряму кишку. Зовнішню руку, як і при попередньому дослідженні, розміщують на передній черевній стінці над лобком. Пальпують вагінальну частину шийки матки, яка безпосередньо прилягає до передньої стінки прямої кишки, визначають її величину, рухомість, потім обома руками пальпують матку, придатки, крижово-маткові зв'язки, параметри.
--	--	--	---

3	Лабораторні методи дослідження.	Визначити основні лабораторні методи обстеження та описати їх.	Бактеріоскопічне дослідження (Техніка взяття мазка на ступінь чистоти піхви): • ввести у піхву гінекологічне дзеркало; • гінекологічним пінцетом, шпателем, жолобкуватим зондом чи ложечкою Фолькмана взяти частину виділень із заднього склепіння піхви і штрихоподібними рухами нанести на предметне скельце; • вийняти дзеркало із піхви; • написати направлення в лабораторію. Даючи оцінку мазку, лаборант визначає кількість епітеліальних клітин, лейкоцитів, характер мікрофлори (палички Додерлейна, патогенна флора - грамнегативні палички, коки, гриби, трихомонади, гонококи), а також реакцію вапнального вмісту. Відповідно до характеру мазка розрізняють 4 ступені чистоти вапни. 2) Бактеріологічне дослідження проводять з метою виявлення збудників та їх чутливості до антибіотиків. Матеріалом для дослідження може бути вміст цервікального каналу, вагіни, уретри, пунктат. Цей матеріал відразу ж після отримання слід направити в бактеріологічну лабораторію. У направленні необхідно вказати дату і час, коли взято матеріал. 3) Онкоцитологічне дослідження проводять з метою ранньої діагностики онкологічних захворювань. Техніка взяття мазка на онкоцитологічне дослідження: ввести дзеркало; обережно ватною кулькою, затиснутою в пінцеті, зняти залишки слизу з шийки матки; матеріал для дослідження беруть гінекологічним одноразовим дерев'яним шпателем із передньобоківного склепіння вагіни та із зовнішнього вічка цервікального каналу, піхвової частини шийки матки та прицільно з патологічно-змінених її ділянок, виявлених під час кольпоскопії, а також щіточкою або жолобкуватим зондом потрібно зробити забір матеріалу нанести на предметні скельця вийняти дзеркало; написати направлення в лабораторію. Масове цитологічне обстеження дає можливість виділити контингент жінок, які потребують більш детального обстеження (біопсія, діагностичне вишкрібання тощо).
---	---------------------------------	--	--

			Розрізняють 5 типів мазків: I тип — незмінений епітелій; IIa тип — запальний процес; IIб тип — проліферація, метаплазія, гіперкератоз, (при відповідній клінічній картині трактують як поліп, проста лейкоплакія, ендоцервікоз); IIIa тип — слабка, помірна дисплазія на фоні доброякісних процесів і незміненого епітелію; IIIб тип — виражена дисплазія плоского епітелію на фоні доброякісних процесів і в ділянці незміненого епітелію; IV тип — підозра на малігнізацію, можливо, внутрішньоепітеліальний рак; V тип — рак; VI тип — мазок неінформативний (матеріал взято неправильно). 4) Мазок на «гормональне дзеркало». Матеріал беруть легким дотиком інструмента з верхньої третини бокових склепінь не раніше ніж через 2-3 дні після припинення будь-яких маніпуляцій у піхві. Отриманий вміст наносять на предметне скельце. У направленні вказують вік жінки, термін вагітності або день менструального циклу. Цей метод можна використовувати для діагностики загрози переривання вагітності, порушення менструального циклу, а також як контроль за результатами гормонотерапії. Методи функціональної діагностики Властивості слизу шийки матки. Під час менструального циклу завдяки дії естрогенів і прогестерону властивості шийкового слизу змінюються. Найбільша його кількість секретується під час овуляції, найменша — перед менструацією. 1. Симптом натягу слизу. Якщо браншами пінцета дістати слиз із цервікального каналу, то при обережному їх розведенні із слизу утвориться нитка, довжина якої залежатиме від в'язкості слизу. Максимальною довжина нитки буде в період овуляції, коли в'язкість слизу найбільша. Довжину нитки вимірюють в сантиметрах (чим більша продукція естрогенів, тим більша довжина нитки) і оцінюють за трибальною системою: 1 бал (+) — при довжині нитки до 6 см (рання фолікулінова фаза), 2 бали (++) — 8-10 см (середня фолікулінова фаза, помірна насиченість естрогенами) і 3 бали (+++), якщо довжина нитки 15 см і більше (максимальна насиченість естрогенами). У
--	--	--	---

			лютеїновій фазі менструального циклу симптом натягу слизу зменшується, потім зникає. 2. Симптом «зіниці». Під час менструального циклу під впливом естрогенних гормонів змінюються тонус шийки матки та діаметр зовнішнього вічка цервікального каналу. Розширення зовнішнього вічка і поява у ньому слизу починається з 8-9 дня циклу, до 14 дня вічко розширюється максимально (до 3-6 мм у діаметрі). Крапля слизу, що виступає із зовнішнього вічка, при освітленні на тлі рожевої шийки здається темною і нагадує зіницю — позитивний симптом «зіниці». У наступні дні кількість слизу починає зменшуватись і до 18-20 дня циклу цей симптом зникає, шийка стає «сухою». Такі зміни характерні для нормального менструального циклу. У випадку персистенції фолікула симптом «зіниці» не зникає до появи кровотечі, що свідчить про гіперестрогенемію і відсутність у яєчника лютеїно-вої фази. При аменореї симптом «зіниці» слабопозитивний або зовсім відсутній. Відсутній цей симптом також при вагітності. Симптом «зіниці» оцінюється за трибальною системою: наявність невеликої темної крапки — 1 бал (+), рання фолікулшова фаза; 2,0-2,5 мм — 2 бали (++), середня фолі-кулінова фаза і 3,5 мм — 3 бали (+++), овуляція. Якщо шийка матки деформована післяпологовими розривами, ерозована чи з явищами ендочервщи-ту — тест недостовірний. 3. Симптом «папороті». Шийковий слиз при висушуванні на повітрі має здатність кристалізуватися, тобто змінювати свої фізико-хімічні властивості. Інтенсивність кристалізації залежить від фази менструального циклу, тобто від естрогенного впливу яєчника. Слиз беруть пінцетом, який вводять у цервікальний канал на глибину до 5 мм, наносять на предметне скельце, висушують і розглядають під мікроскопом. Розрізняють такі різновиди симптома «папороті» а) окремі стебла (коли секреція естрогенів мізерна) — 1 бал (+), рання фолікулінова фаза; б) виражений малюнок листка — 2 бали (++), середня фолікулінова фаза з помірною секрецією естрогенів; в) товсті стебла, від яких відходять чіткі листочки під кутом 90° (у період овуляції, коли естрогенів утворюється більше) — 3 бали (+++); г) симптом негативний.
--	--	--	--

			Базальна температура. Зміна базальної температури (БТ) ґрунтується на гіпертермічному впливі прогестерону на гіпоталамус. БТ вимірюють у прямій кишці вранці одним і тим самим термометром натще, не встаючи з ліжка. У першу фазу менструального циклу температура нижча 37 °С (на 0,2-0,3°), після овуляції вона підвищується і тримається в межах 37,1-37,4 °С. За змінами базальної температури можна оцінювати наявність чи відсутність овуляції, персистенцію фолікула, загрозу переривання вагітності та деякі інші стани. Цей тест простий, легкодоступний і достатньо об'єктивний, проте слід пам'ятати, що на нього можуть вплинути будь-які причини негормонального характеру (захворювання, що супроводжуються температурною реакцією). Крім того, вимірювання БТ необхідно проводити не менше ніж протягом 2-3 циклів — лише тоді цей метод може бути діагностично цінним. 5) Цитологічне дослідження піхвових мазків Визначити ступінь естрогенної насиченості можна досліджуючи клітини вагінального епітелію, який змінюється під час менструального циклу. У багатошаровому плоскому епітелії піхви розрізняють базальний, парабазальний, проміжний, поверхневий шари. Піхвовий епітелій піддається ритмічним змінам протягом менструального циклу, що характеризується різним ступенем проліферації слизової оболонки. Залежно від ступеня естрогенної насиченості організму, від стінки піхви відділяються поверхневі, проміжні, парабазальні та базальні клітини в різному співвідношенні. Саме на визначенні кількісного складу та морфологічних особливостей клітин ґрунтується метод кольпоцитодіагностики. Визначають такі показники: • індекс дозрівання — співвідношення поверхневих, проміжних, парабазальних і базальних клітин, виражене у відсотках; записують індекс так: парабазальні/проміжні/поверхневі (парабазальні та базальні підраховують разом); • каріопікнотичний індекс (КПІ) — співвідношення поверхневих клітин із пікнотичними ядрами до загальної кількості клітин у мазку, виражене у відсотках. Величина КПІ прямо пропорційна ступеню естрогенної насиченості організму;
--	--	--	--

4	Інструментальні методи дослідження: А)Ендоскопічні методи дослідження	Визначити основні інструментальні методи обстеження та описати їх	• еозинофільний індекс — співвідношення поверхневих клітин з еозинофільне зафарбованою цитоплазмою до клітин із базофільною цитоплазмою, виражене у відсотках. Для виявлення впливу прогестерону на епітелій піхви визначають характер розташування клітин (наявність пластів) та кількість «згорнутих» клітин. Ступінь прогестеронової стимуляції оцінюють теж за трибальною системою: велика кількість «згорнутих клітин» — 3 бали (+++), помірна кількість — 2 бали (++), незначна кількість — 1 бал (+), клітини не визначаються — 0 (-). -Кольпоскопія (<i>Проста кольпоскопія</i> має орієнтовний характер і дає можливість визначити форму шийки і зовнішнього вічка, колір, рельєф слизової оболонки, межу між епітелієм, що покриває вагінальну частину шийки матки, та епітелієм цервікального каналу. Після проведення простої кольпоскопії шийку матки обробляють 3 % розчином оцтової кислоти, яка викликає тимчасовий короткочасний (до 3 хв) набряк епітелію, звуження субепітеліальних судин і зменшення кровопостачання. Цей метод носить назву розширеної кольпоскопії. Він дає можливість чітко відрізнити плоский епітелій від циліндричного, виявити трансформацію епітелію, відкриті та закриті протоки залоз тощо. Після цього обробляють шийку 3 % розчином Люголя (проба Шіллера). Йод має здатність забарвлювати клітини, багаті на глікоген, у коричневий колір. Патологічне змінені клітини (при дисплазіях), а також атрофічні клітини бідні на глікоген, тому йодом не забарвлюються і мають вигляд білих плям. Таким чином виявляють ділянки, що підлягають біопсії). -Гістероскопія — ендоскопічний метод, за допомогою якого можна оглянути слизову матки і виявити наявність поліпів, гіперплазії, раку, синехій, субмукозної фіброміоми матки, проводити контроль при вишкрібанні матки, видаленні поліпів, а також вибрати місце прицільної біопсії. Сучасні гістероскопи дають збільшення у 5 разів. Після розширення цервікального каналу в порожнину матки вводять гістероскоп. Можна проводити гістероскопію, вводячи в порожнину матки вуглекислий газ (газова гістероскопія) чи
---	--	---	---

		рідину (рідинна гістероскопія). Перевагу надають рідинній (вводять ізотонічний розчин хлориду натрію, поліглюкін тощо), позаяк вона дає можливість проводити контроль після діагностичного вишкрібання, а також при маткових кровотечах. Крім того, рідина, промиваючи стінки, покращує можливість огляду. <i>Показаннями</i> до проведення гістероскопії є циклічні та ациклічні маткові кровотечі, при яких є підозра на внутрішньоматкову патологію, а особливо продовження кровотечі після проведеного фракційного діагностичного вишкрібання. Цінним цей метод є також для контролю лікування гіперпластичних процесів. <i>Протипоказаннями</i> для проведення гістероскопи є гострі запальні захворювання статевих органів, III-IV ступені чистоти вагіни, а також екстрагенітальна патологія — тромбофлебіти, гострий пієлонефрит, важка серцево-судинна патологія). -Лапароскопія дає можливість оглянути внутрішні органи черевної порожнини, в тому числі органи малого таза. За допомогою лапароскопії можна діагностувати пухлини яєчника і матки, екстрагенітальні пухлини, позаматкову вагітність, склерокістозні яєчники, запальні утвори придатків матки. Окрім того, цим методом можна уточнити причину гострого живота. <i>Показаннями до лапароскопії у плановому порядку є:</i> • уточнення прохідності маткових труб одночасно із хромопертубацією; • діагностика полікістозу яєчників; • уточнення аномалій розвитку матки; • виконання малих оперативних втручань. В екстрених випадках лапароскопія виконується для діагностики: • розриву або мікроперфорації піосальпінкса; • перерваної позаматкової вагітності; • апоплексії яєчника. <i>Протипоказаннями</i> до лапароскопії є декомпенсовані вади серця, гіпертонічна хвороба, порушення функції нирок, печінки та інші тяжкі захворювання). -Кульдоскопія (проводять при необхідності огляду яєчників і наявності ожиріння. Цей метод проводять рідко, його майже повністю витіснила лапароскопія. Втручання проводять під місцевою анестезією 0,25 % розчином новокаїну. Дослідження проводиться у колінно-ліктьовому положенні жінки. У заднє склепіння
--	--	---

5	Інструментальні методи дослідження	під контролем дзеркал вводять голку, через неї у черевну порожнину самостійно засмоктується повітря. Петлі кишок при цьому зміщуються до діафрагми. За ходом голки у задньому склепінні роблять розріз довжиною 3-5 мм і через троакар вводять оптичну систему лапароскопа. Ділянка, доступна огляду цим методом, значно менша, ніж при лапароскопії — видно задню поверхню матки, яєчники, труби. <i>Протипоказаннями</i> до використання кульдоскопії є наявність спайкового процесу в малому газі, пухлини малого таза, а також екстрагенітальна патологія, яка є протипоказанням до лапароскопії). <u>Ультразвукове дослідження</u> (використовують для діагностики пухлин, диференціальної діагностики між пухлиною та вагітністю) 1) <u>Зондування матки.</u> Цей метод дозволяє визначити прохідність цервікального каналу, довжину і конфігурацію порожнини матки, наявність пухлин у матці. 2) <u>Біопсія</u> — це взяття клаптика тканини для гістологічного дослідження. Найчастіше біопсію беруть із шийки матки — при ерозіях, дисплазіях, папіломах, нерідко під контролем кольпоскопії. Іноді тканину для дослідження беруть з інших відділів геніталій — вульви, стінок вагіни, інших місць, залежно від локалізації процесу. Для здійснення біопсії необхідні ложкоподібне дзеркало з підіймачем, пінцет, кульові щипці, скальпель або конхотом. Шийку матки оголюють дзеркалами, дезінфікують, захоплюють двома кульовими щипцями — по обидва боки ділянки, на якій проводять біопсію. Скальпелем вирізають шматочок тканини таким чином, щоб у нього потрапила не лише змінена, а й здорова тканина. Матеріал можна взяти і за допомогою конхотома. Тканину заливають 10 % розчином формаліну і відсилають у гістологічну лабораторію. 3) <u>Діагностичне фракційне вишкрібання слизової оболонки матки.</u> Цей метод — один з різновидів біопсії. Його проводять при поліпах, дисфункціональних кровотечах, підозрі на поліпоз слизової оболонки, злоякісну пухлину. 4) <u>Пункція заднього склепіння.</u> Пункцію черевної порожнини проводять через заднє склепіння. Цей метод дає можливість діагностувати (або виключити) порушену
---	------------------------------------	--

5	В) Рентгенологічні методи дослідження Медико-генетичне обстеження	Перерахувати та описати	позаматкову вагітність, пельвіоперитоніт шляхом одержання з черевної порожнини крові або випоту того чи іншого характеру (серозного, гнійного). При наявності асцитів пункцію черевної порожнини проводять через передню черевну стінку <u>Визначення прохідності маткових труб.</u> Для дослідження прохідності маткових труб використовують введення в труби повітря (пертубація) чи рідини (гідротубація) 1. метросальпінгографія) дає можливість виявити прохідність маткових труб, вад розвитку, недорозвиток матки, ендометріоз, наявність підслизових фіброматозних вузлів, синехій. 2. Компютерна томографія Цитогенетичне дослідження проводять спеціалісти — генетики. Одним з основних методів цитогенетичного дослідження є визначення статевих хроматинів. Цей метод відіграє важливу роль у діагностиці вроджених дефектів статевих залоз. Визначення статевих хроматинів проводять у ядрах клітин поверхневого епітелію, який отримують шляхом зішкрібання його зі слизової оболонки внутрішньої поверхні щок щипцями. Одна із Х-хромосом утворює статевий Х-хроматин. У нормі його вміст складає 16-28 % (кількість ядер, що мають тільки статевий хроматин на 100 підрахованих ядер). При змінах кількості та структури статевих хромосом, як правило, змінюється відсоток вмісту статевих хроматинів. Визначення статевих хроматинів може використовуватись як скринінг-тест. Аналіз каріотипу у зв'язку з його складністю проводиться лише за певними показаннями, а саме: перш за все відхилення у кількості статевих хроматинів, наявність у пацієнток низького зросту, множинних, нерідко стертих аномалій соматичного розвитку, дисплазій, а також у тих випадках, коли при збиранні сімейного анамнезу встановлені вад розвитку, множинні вродженості або мимовільні викидні у ранні терміни вагітності. Обов'язковим є визначення каріотипу у хворих із дисгенезією гонад, тому що наявність у них Y-хромосоми вказує на високий ризик можливості злоякісного росту.
---	---	--------------------------------	--

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок.

1. Хвора 67 років звернулася до лікаря зі скаргами на появу кров'янистих виділень зі статевих шляхів протягом тижня. Постменопауза 15 років. При вагінальному обстеженні встановлено, що шийка матки без патології, матка не збільшена, придатки не пальпуються, з цервікального каналу помірні кров'яністі виділення. Який метод дослідження необхідно використати в цьому випадку?

Відповідь: АМК в постменопаузі, **Алгоритм обстеження:** УЗД органів малого тазу, проведення пайпель біопсії для виключення гіперплазії ендометрія.

2. Дівчинка 13 років надійшла до гінекологічного відділення зі скаргами на значні кров'яністі виділення зі статевих шляхів протягом 10 днів. З анамнезу відомо: менархе з 11 років, менструальний цикл нерегулярний. Під час ректо-абдомінального обстеження патології не виявлено. Який попередній діагноз?

Відповідь. Ювенільна маткова кровотеча

Алгоритм обстеження: УЗД органів малого тазу, ЗАК, коагулограма, гормональні обстеження (ПРЛ, Естрадіол, ТТГ, Е4 св.,

1. Хвора 37 років звернулася 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. Який найвірогідніший діагноз?

А. Хронічне запалення додатків матки

В. Аномальна маткова кровотеча репродуктивного віку*

С. Позаматкова вагітність

Д. Міома матки

Е. Ендометріоз

2. 14-річна дівчинка скаржиться на періодичний біль внизу живота раз на місяць, протягом півроку, відмічає відсутність менструальної кровотечі. Дівчинка нормального росту, розвиток молочних залоз відповідає віку. З анамнезу відомо, що в 11 років в неї відбувся стрибок росту, а з 12 років почався ріст лобкового та пахового волосся. Статевого життя не було. Яке дослідження найбільш доцільне?

А. *Огляд зовнішніх статевих органів, УЗД органів малого тазу

В. Визначення рівня ХГЛ у сироватці крові

С. Визначення рівня ФСГ у сироватці крові

Д. Рентгенографія гіпофізу та турецького сідла

Е. Огляд у дзеркалах

3. В гінекологічне відділення звернулася дівчинка 18 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 Нb - 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?

А. Апоплексія яєчника

В. Аномальна маткова кровотеча у дівчаток*

С. Хвороба Верльгофа

Д. Синдром полікістозних яєчників

Е. Позаматкова вагітність

ТЕМА 3.

«НЕЙРОЕНДОКРИННА РЕГУЛЯЦІЯ ФУНКЦІЇ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ. ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЙ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ»

Мета: Навчити визначенню етіологічних та патогенетичних факторів основних захворювань репродуктивної системи, що призводять до порушення її функції. Навчити проводити оцінку стану пацієнтки та медичних критеріїв в постановці діагнозу. Засвоїти план обстеження пацієнтки з порушенням нейроендокринної регуляції статевих органів. Оволодіти консультуванням з питань порушення нейроендокринної регуляції функції статевих органів. Навчити застосовувати сучасні методи обстеження для постановки діагнозу цієї категорії пацієнток різного віку.

Основні поняття: Класифікація порушень функції репродуктивної системи. Аменорея: класифікація, діагностика. Аномальні маткові кровотечі. Клініка, сучасні методи діагностики та принципи лікування. Дисменорея. Вроджені вади розвитку жіночих статевих органів.

1.Контроль опорного рівня знань

Питання:

- 1.Клінічна анатомія і фізіологія жіночих статевих органів.
- 2.Спеціальний гінекологічний анамнез.
- 3.Загальні та спеціальні методи обстеження гінекологічних хворих.
- 4.Основні спеціальні методи обстеження в гінекології: огляд зовнішніх статевих органів, обстеження за допомогою вагінального дзеркала, бімануальне обстеження.
- 5.Методи функціональної діагностики стану яєчників.
- 6.Лабораторні методи дослідження в гінекології: мікроскопія урогенітальних виділень, онкоцитологія, бактеріологічні дослідження, ПЛР, ІФА, патоморфологічні дослідження.
- 7.Інструментальні методи обстеження в гінекології: зондування порожнини матки, вишкрібання стінок порожнини матки та цервікального каналу, біопсія, пункція черевної порожнини через заднє склепіння.
- 8.Ендоскопічні методи дослідження в гінекології: кольпоскопія, гістероскопія, лапароскопія.
- 9.Ультразвукові методи дослідження в гінекології: трансвагінальне та трансабдомінальне УЗ дослідження. Променеві методи дослідження в гінекології: МРТ, КТ, МСГ.
- 10.Загальна симптоматологія гінекологічних захворювань.

Типові ситуаційні задачі:

1.У жінки 20 років менструації відсутні протягом 11 місяців. Менструації розпочалися з 16 років, по 1-2 дні, в незначній кількості, дуже болючі, були нерегулярними. При гінекологічному дослідженні: шийка матки довга, піхва вузька, матка дуже маленьких розмірів, придатки не пальпуються. Встановити попередній діагноз. Розробити та призначити план обстеження та лікування.

Відповідь: Вторинна аменорея. Генітальний інфантилізм. Альгодисменорея.

Алгоритм обстеження: Гінекологічний огляд. Мазок на флору та цитоморфологію. Клініко-лабораторні методи обстеження: ОАК, ОАМ, біохімія крові. Гормональне обстеження (ФСГ, ЛГ, ПРЛ, Естрадіол). ультразвукове дослідження органів малого тазу.

2.Хвора 26 років, скаржиться на значні виділення під час менструації протягом 8-12 днів. При гінекологічному дослідженні: матка куляста, чутлива, мало рухома. Придатки не пальпуються. Діагноз? Алгоритм обстеження.

Відповідь: Аномальні маткові кровотечі. Аденоміоз.

Для уточнення діагнозу провести: Гінекологічний огляд. Клініко-лабораторні методи обстеження: ОАК, ОАМ, біохімія крові. Гормональне обстеження. Мазок на флору та цитоморфологію. Ультразвукове дослідження органів малого тазу .

Типові тестові завдання:

1. 24-річна жінка з регулярним менструальним циклом раніше, звернулася до лікаря з скаргами на нерегулярний менструальний цикл. В крові був підвищений рівень пролактину. Самий інформативний метод дослідження?
- A. Визначення рівня гонадотропнів.
 - B. Проба з прогестероном
 - C. Визначення рівня тиреотропного гормону
 - D. Визначення рівня тестостерона в крові
2. Хвора 38 років звернулася в жіночу консультацію з скаргами на помірні кров'яні виділення із статевих шляхів, які з'явилися після затримки чергової менструації на 1,5 міс. При гінекологічному дослідженні: шийка матки епітелізована, симптом «зіниці» (++), матка не була збільшена, щільна, рухома, безболісна, придатки з обох боків не були збільшені, безболісні, зведення глибокі. Найвірогідніший діагноз?
- A. Аномальна маткова кровотеча.
 - B. Внутрішній ендометріоз.
 - C. Позаматкова вагітність.
 - D. Підслизиста міома матки.
 - E. Рак тіла матки.
3. 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. У віці 10 років хворіла на скарлатину. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, тахікардія, АТ – 100/60. В аналізі крові Hb=100 г/л, кількість тромбоцитів 200 тис. Гінекологічне дослідження: virgo. При ректальному дослідженні: тіло матки і придатки без патології. Попередній діагноз?
- A. Ювенільна маткова кровотеча.
 - B. Порушена вагітність.
 - C. Хвороба Верльгофа.
 - D. Синдром склерокістозних яєчників.
 - E. Геморагічний діатез.

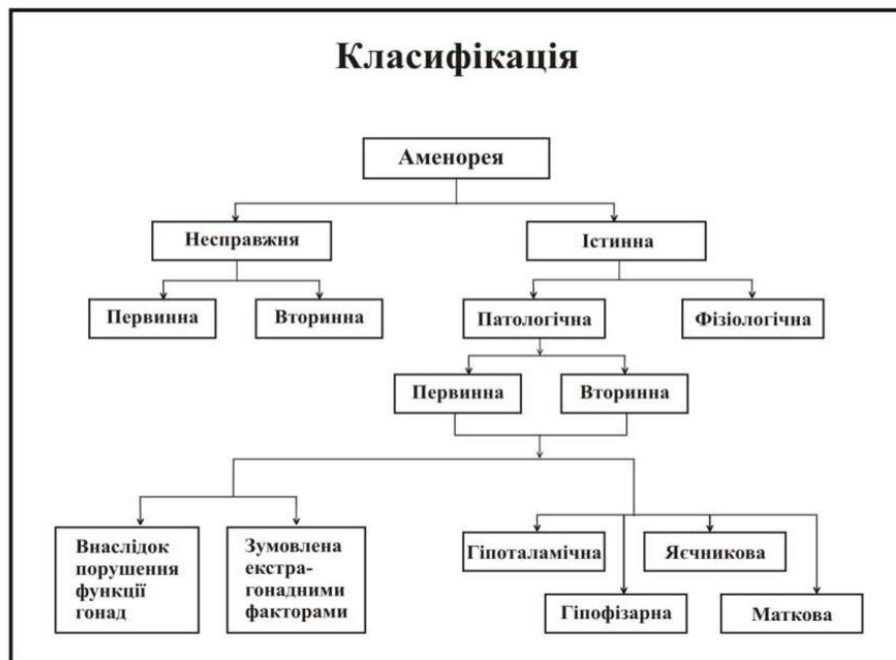
Вірні відповіді: 1D, 2A, 3A

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою.

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.

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-яєчникової 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).

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.

За віком АМК:

1.АМК ювенільного віку

2.АМК репродуктивного віку

3.АМК в менопаузального періоду

За циклічністю:

- 1.Овуляторні кровотечі(циклічні, двухфазні) за менструальним циклом;
- 2.Ановуляторні кровотечі (монофазні)

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,

За циклічністю:

- Овуляторні кровотечі(циклічні, двухфазні) за менструальним циклом;
- Ановуляторні кровотечі (монофазні)

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 анте- 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, діенцефальною 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-яєчникової 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 слизової матки (для виключення органічної патології). Обов'язково усунення анемії і відновлення гемодинаміки - гемотрансфузія, переливання кровозамінників, прийом залізовмісних і гемостимулюючих препаратів.

Аномальні маткові кровотечі складають близько 4-5% гінекологічних захворювань репродуктивного періоду і залишаються найбільш частою патологією репродуктивної системи жінки.

Діагностика:

1. вивчення анамнезу, об'єктивний загальний і гінекологічний огляди,
2. гістероскопія з роздільним діагностичним вишкрібанням і морфологічним дослідженням зіскрібків,
3. лабораторне дослідження (клінічний аналіз крові, коагулограма) для оцінки анемії та стану системи згортання крові;
4. обстеження по тестам функціональної діагностики (вимірювання базальної температури, симптом «зіниці», симптом натягу цервікального слизу, підрахунок каріопікнотического індексу);
5. рентгенографія черепа (турецького сідла), ЕЕГ і ЕхоЕГ, ЕГ;
6. визначення вмісту гормонів в плазмі крові (гормони гіпофіза, яєчників, щитовидної залози надниркових залоз);
7. УЗД, гідросонографія, гістеросальпінгографія за показаннями обстеження терапевтом, офтальмологом, ендокринологом, неврологом, гематологом, психіатром;
8. При загальному огляді звертають увагу на стан і колір шкірних покривів, розподіл підшкірної жирової клітковини при підвищеній масі тіла, вираженість і поширеність оволосіння, смуги розтягнення, стан щитовидної залози, молочних залоз.

Лікування:

1. Консервативна, при неефективності хірургічне,
2. консервативне в післяопераційному періоді для профілактики рецидивів (гормонотерапія).

АНОМАЛЬНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ ПЕРІОДУ ПЕРЕМЕНОПАУЗИ (КЛІМАКТЕРИЧНІ АМК) - найчастіша гінекологічна патологія у жінок 45-55 років.

1. Діагностика:

- анамнестичні і клінічні дані,
- УЗД,
- гістероскопія,
- гістологічне дослідження біопсія ендометрія.

2. Лікування:

- хірургічне,

- консервативне в післяопераційному періоді для профілактики рецидивів (гормонотерапія).

Аномальні маткові кровотечі складають близько 4-5% гінекологічних захворювань репродуктивного періоду і залишаються найбільш частою патологією репродуктивної системи жінки.

Діагностика:

1. вивчення анамнезу, об'єктивний загальний і гінекологічний огляди,
2. гістероскопія з роздільним діагностичним вишкрібанням і морфологічним дослідженням зіскрібків,
3. лабораторне дослідження (клінічний аналіз крові, коагулограма) для оцінки анемії та стану системи згортання крові;
4. обстеження по тестам функціональної діагностики (вимірювання базальної температури, симптом «зіниці», симптом натягу цервікального слизу, підрахунок каріопікнотического індексу);
5. рентгенографія черепа (турецького сідла), ЕЕГ і ЕхоЕГ, ЕГ;
6. визначення вмісту гормонів в плазмі крові (гормони гіпофіза, яєчників, щитовидної залози надниркових залоз);
7. УЗД, гідросонографія, гістеросальпінгографія за показаннями обстеження терапевтом, офтальмологом, ендокринологом, неврологом, гематологом, психіатром;
8. При загальному огляді звертають увагу на стан і колір шкірних покривів, розподіл підшкірної жирової клітковини при підвищеній масі тіла, вираженість і поширеність оволосіння, смуги розтягнення, стан щитовидної залози, молочних залоз.

Лікування:

1. Консервативна, при неефективності хірургічне,
2. консервативне в післяопераційному періоді для профілактики рецидивів (гормонотерапія).

АНОМАЛЬНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ ПЕРІОДУ ПЕРЕМЕНОПАУЗИ (КЛІМАКТЕРИЧНІ АМК) - найчастіша гінекологічна патологія у жінок 45-55 років.

1. Діагностика:

- анамнестичні і клінічні дані,
- УЗД,
- гістероскопія,
- гістологічне дослідження біопсія ендометрія.

2. Лікування:

- хірургічне,
- консервативне в післяопераційному періоді для профілактики рецидивів (гормонотерапія).

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

1. До лікаря акушер-гінеколога звернулася хвора 48 років зі скаргами на кровотечу із 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 тому, після 2-х місячної відсутності менструації, почалася маткова кровотеча, що продовжується дотепер. При огляді: шкіра і видимі слизові бліді, пульс 76 уд./хв, АТ – 110/80 мм.рт.ст., гемоглобін – 100г/л. Живіт м'який, безболісний при пальпації. При бімануальному дослідженні з боку внутрішніх статевих органів патології не виявлено.

■ Встановіть діагноз.

Аномальна маткова кровотеча. Вторинна анемія.

■ Які додаткові лабораторні та інструментальні методи дослідження необхідно призначити?

1.УЗД органів малого тазу, 2.Гормональне дослідження. 3.Біопсія ендометрія (аспірат з порожнини, Фракційне лікувально- діагностичне вишкрібання порожнини матки, гістероскопія).

■ Від чого залежить тактика лікування?

Від результатів гістологічного дослідження ендометрія.

■ Що необхідно призначити для лікування анемії?

Сбалансоване харчування (продукти із вмістом заліза) та антианемічні препарати.

2. У жінки 53 років після виконання ФДВ порожнини матки з приводу маткової кровотечі було отримано гістологічне дослідження ендометрія – атипічна гіперплазія ендометрія.

■ Що потрібно робити з пацієнткою в подальшому?

Рекомендувати хірургічне лікування.

■ В якому обсязі?

Екстирпація матки з додатками, у разі відказу проведення медикаментозної терапії в обсязі ГРГ.

■ Яке порушення допустив лікар вибираючи тактику хірургічного лікування? Враховуюче те, що пацієнтка вже не репродуктивного віку, то слід було їй рекомендувати радикальне хірургічне лікування, а саме – гістеректомію з додатками.

ТЕМА 4. «НЕЙРОЕНДОКРИННІ СИНДРОМИ В ГІНЕКОЛОГІЇ»

Мета: Навчити проводити оцінку стану пацієнтки, збирати спеціальний гінекологічний анамнез, оцінити результати лабораторного дослідження (загального та біохімічного аналізів крові, сечі, згортаючої системи крові та ін.). Навчити консультувати з питань порушення нейроендокринної регуляції: напрямки. Переваги сучасного процесу обстеження та план лікування хворих з цією проблемою.

Основні поняття: Нейроендокринні синдроми в гінекології: передменструальний, менопаузальний, синдром полікістозних яєчників, синдром Шихана, гіперандрогенія, гіперпролактинемія. Клініка, сучасні методи діагностики та принципи лікування.

1. Контроль опорного рівня знань

Питання:

1. Нейроендокринні синдроми в гінекології. Передменструальний синдром: клініка, діагностика, лікування, тактика лікаря загальної практики.
2. Менопаузальний синдром: клініка, діагностика, лікування, тактика лікаря загальної практики.
3. Синдром полікістозних яєчників: клініка, діагностика, принципи лікування, тактика лікаря загальної практики.
4. Синдром Шихана: клініка, діагностика, принципи лікування, тактика лікаря загальної практики.
5. Гіперандрогенія: клініка, діагностика, тактика лікаря загальної практики.
6. Гіперпролактинемія: клініка, діагностика, тактика, принципи лікування, тактика лікаря загальної практики.

Типові ситуаційні задачі:

1. У пацієнтки А, 32 років, скарги на зниження працездатності, дративливість, головну біль, серцебиття, набряки на руках і ногах, зменшення сечовиділення, напруження, болочість та нагрубання молочних залоз. Ці прояви виникають і поступово зростають напередодні менструації, зникають з її початком. Менструальний цикл без порушень. Вкажіть: Діагноз. Скласти алгоритм обстеження пацієнтки.

Відповідь: Діагноз - Передменструальний синдром.

Алгоритм обстеження: Анамнез. Гінекологічний огляд. УЗД органів малого тазу. Загальноклінічні обстеження. Гормони крові в залежності від фази менструального циклу.

Типові тестові завдання:

1. Жінка 19 років скаржиться на відсутність менструацій, млявість, схуднення. Рік тому – патологічні пологи зі значною крововтратою. Після пологів лактації не було. Вагінально: піхва вузька, матка зменшена, яєчники не пальпуються. Лабораторно виявлено гіпоестрогенемію. Який найбільш імовірний попередній діагноз?
 - A. Синдром Шихана
 - B. Гіпотиреоз
 - C. Астено-вегетативний синдром
 - D. Синдром Штейна-Левенталя
 - E. Туберкульоз геніталій
2. Жінка 25 років, яка в шлюбі 4 роки, скаржиться на неплідність, затримку місячних та малу їх кількість. При обстеженні виявлено: зріст 165 см, маса тіла 80 кг, відзначається ріст волосся на обличчі, стегнах. При бімануальному дослідженні з обох боків від матки виявлені збільшені, щільної консистенції яєчники розмірами 5*5см. Ці ж дані підтверджені при УЗД. Який ймовірний діагноз?
 - A. Синдром Штейна-Левенталя.
 - B. Андробластома яєчників.
 - C. Передменструальний синдром.

- D. Хронічний двохсторонній аднексит.
E. Адреногенітальний синдром.
3. Хвора 29 років, звернулася до гінеколога зі скаргами на дратівливість, плаксивість, головний біль, нудоту, іноді - блювоту, біль в ділянці серця, приступи тахікардії, зниження пам'яті, метеоризм. Ці скарги виникають за 6 днів до менструації та зникають на передодні або в два перші дні. Вагінально: матка та придатки без змін. Який діагноз?
- A. Передменструальний синдром
B. Апоплексія яєчників.
C. Генітальний ендометріоз.
D. Альгодисменорея. .
E. Невроз.
4. При обстеженні жінки 25-ти років, яка звернулася до жіночої консультації з приводу відсутності вагітності на протязі 3-х років регулярного статевого життя, виявлено: підвищена вага тіла, ріст волосся на лобку за чоловічим типом, підвищене оволосіння стегон, яєчники щільні, збільшені, базальна температура монофазна. Який найбільш вірогідний діагноз?
- A. Склерокістоз яєчників
B. Запалення додатків матки
C. Адреногенітальний синдром
D. Передменструальний синдром
E. Дисгенезія гонад
5. Пацієнтка В. 49 р. скаржиться на зуд, печію в ділянці зовнішніх статевих органів, почашений сечопуск. Симптоми турбують останні 7 місяців. Менструації не регулярні 1 раз в 3-4 місяці. Впродовж останніх 2 років турбують припливи жару, підвищена пітливість, порушення сну. Після обстеження патологічних змін з боку внутрішніх статевих органів не виявлено. Загальний аналіз крові та сечі без патологічних змін. В мазку з піхви –лейкоцитів 20-25 в п/з, флора змішана. Який діагноз?
- A. Клімактеричний синдром
B. Цистит.
C. Трихомонадний кольпіт
D. Вульвіт.
E. Бактеріальний вагіноз

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою.

1. ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНИЙ СИНДРОМ (ПМС) - це захворювання, що проявляється фізичними та емоційними симптомами, що впливають на повсякденне життя за 2 тижні до менструації. Ці симптоми, зазвичай, зменшуються з її початком та часто зникають до кінця менструації. Майже в усіх жінок спостерігаються деякі передменструальні симптоми. Симптоми у кожної жінки різні, але найпоширеніші включають:

- перепади настрою; почуття депресії, дратівливості чи гарячковості;
- почуття тривоги чи емоційного розлад;
- підвищену втому або проблеми зі сном;
- головний біль;
- зміни апетиту та потяг до їжі;
- почуття незграбності;
- затримку рідини та набряки;
- зміни шкіри або волосся;
- болючість молочних залоз.

У 2 - 4 зі 100 жінок спостерігається ПМС, який є досить тяжким, щоб порушувати повсякденне життя. У дуже невеликої частини жінок спостерігається ще більш інтенсивна

форма ПМС, відома як передменструальний дисфоричний розлад (ПМДР). Симптоми ПМДР включають депресію, перепади настрою, гнів, занепокоєння, почуття пригніченості, труднощі з концентрацією уваги, дратівливість та напругу.

Симптоми ПМС можуть з'явитися в будь-який час після менархе, але, як правило, після 20 років, і зазвичай, без лікування продовжуються протягом усього репродуктивного періоду. Деякі жінки відчувають більш тяжкі симптоми в пізньому репродуктивному віці, а жінки з передменструальними розладами мають більш високий ризик розвитку розладів настрою під час менопаузального переходу. ПМС повністю зникає після менопаузи та тимчасово - протягом вагітності або під час будь-якого порушення овуляції.

Фактори навколишнього середовища та генетичні фактори відіграють певну роль у розвитку передменструальних симптомів. Попередні дані свідчать про те, що ризик ПМС і ПМДР пов'язаний з генетичними варіаціями ESR1, гену альфа-рецептора естрогену. Інші можливі фактори ризику розвитку ПМС та ПМДР включають низький рівень освіти, куріння та травматичні події або тривожний розлад в анамнезі.

Різноманіття форм ПМС пов'язано із залученням у патологічний процес різних структур гіпоталамуса і лімбіко-ретикулярного комплексу. Очевидний зв'язок виникнення ПМС із коливаннями гормонів яєчників. Провідну роль відводять гіперестрогенії (абсолютній чи відносній при дефіциті прогестерону) і зумовленій нею затримці натрію і рідини в тканинах організму, насамперед у ЦНС. Аналогічний ефект має пролактин, підвищений вміст якого або зміна чутливості рецепторного апарату до нього, що діагностуються при ПМС.

Класифікація ПМС

Основний передменструальний розлад (ПМР) - це найпоширеніший та загально визнаний тип ПМС. Як і при усіх ПМР, симптоми повинні бути достатньо сильними, щоб впливати на повсякденну діяльність або перешкоджати роботі, успішності у навчанні або міжособистісним стосункам. Симптоми основного ПМР є неспецифічними і повторюються в овуляторних циклах. Вони повинні бути присутніми під час лютеїнової фази і зникати з початком менструації, після якої настає тиждень без симптомів. Обмежень щодо типу або кількості симптомів, що виникають, не існує; проте деякі жінки матимуть переважно психологічні, переважно соматичні або змішані симптоми.

Виділяють чотири підтипи ПМР, які не відповідають критеріям основного ПМР, їх називають «варіантними»:

- **Передменструальне загострення фонового захворювання (ПМЗ)**, такого як цукровий діабет, депресія, епілепсія, бронхіальна астма та мігрень. Такі пацієнтки будуть відчувати симптоми, характерні для їхнього фонового захворювання протягом усього менструального циклу.
- **Неовуляторний ПМР** виникає за наявності активності яєчників без овуляції. Наразі недостатньо доказів, але вважається, що фолікулярна активність яєчників здатна викликати симптоми.
- **Прогестаген-індукований ПМР** спричинений екзогенними прогестагенами, присутніми в гормональній терапії та комбінованих оральних контрацептивах (КОК). Симптоми ПМС можуть відновлюватися у жінок, які є особливо чутливими до прогестагенів та застосовують контрацептиви, що містять лише прогестаген. Але ці симптоми ПМС не є циклічними – тому вони не належать до варіантних ПМР і вважаються побічними ефектами безперервної терапії прогестагенами (можливо, зі схожими механізмами дії).
- **ПМР з відсутністю менструацій** спостерігається у жінок, у яких є оваріальний цикл, але відсутня менструація.

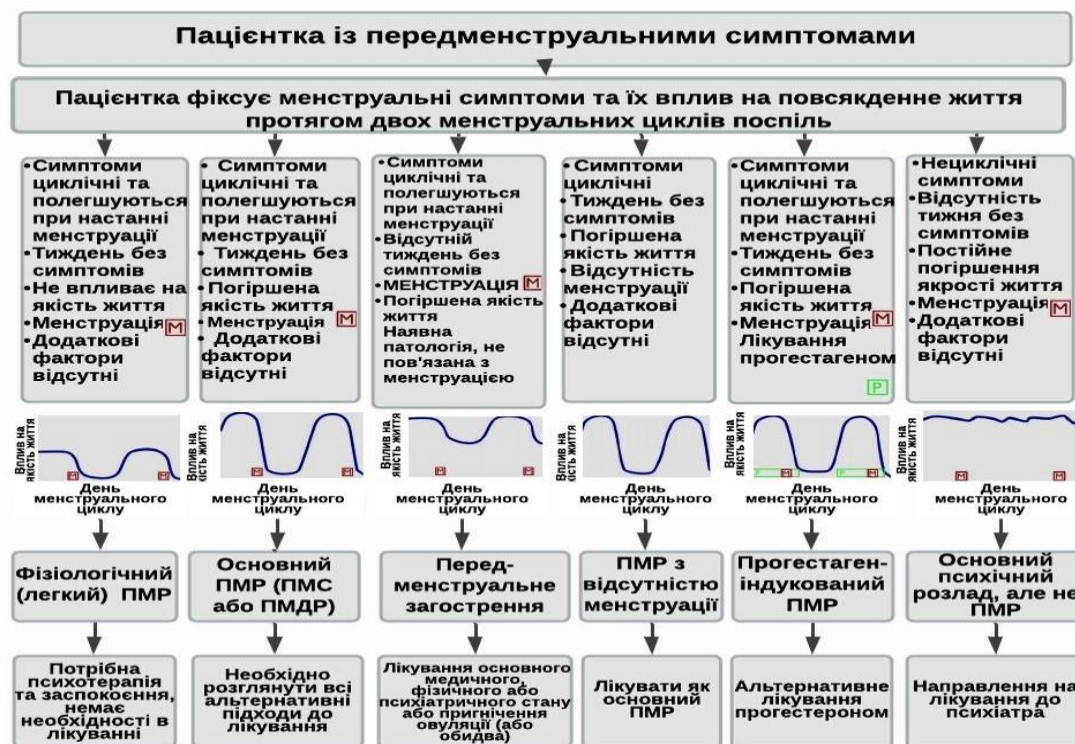
Діагностика ПМР з відсутністю менструацій у жінок з нормальною функцією яєчників та овуляцією, за відсутності менструацій, є більш складною. Ці жінки відчувають типові циклічні симптоми ПМС/ПМДР, але не можуть використовувати менструацію, як орієнтир для своїх симптомів.

Приклади включають:

- жінок, які перенесли гістеректомію (із збереженням яєчників) або абляцію ендометрія, результатом якої є аменорея приблизно у 35–40 % випадків;
- жінок, які використовують ЛНГ-ВМС (для контрацепції або лікування тяжких менструальних кровотеч). Аменорея, зазвичай, розвивається через шість місяців використання, але овуляція зберігається приблизно у 75% жінок.

Передменструальний дисфоричний розлад. На додаток до фізичних симптомів, виникає щонайменше один афективний, такий як гнів, дратівливість та/або внутрішня напруга, протягом лютеїнової фази менструального циклу, а іноді - ще у перші кілька днів менструації, однак після менструації симптоми зменшуються і зникають.

Діагноз ПМДР вимагає наявності п'яти з 11 вказаних симптомів (Додаток 1), одним з яких має бути настрій. Симптоми повинні виникати строго під час лютеїнової фази і бути досить сильними, щоб порушувати повсякденну життєдіяльність.



Додаток 1

Критерії передменструального дисфоричного розладу (ПМДР) (О'Brien S. та ін., 2011)

A.	Протягом більшості менструальних циклів принаймні 5 симптомів присутні в останній тиждень перед початком менструації, потім зменшуються впродовж кількох днів після початку менструації та стають мінімальними або відсутні протягом тижня після менструації
B.	Має бути присутній ≥ 1 симптом: • виражена афективна лабільність (наприклад, перепади настрою, безпричинний смуток, підвищена образливість); • виражений гнів чи дратівливість або часті міжособистісні конфлікти; виражене відчуття безнадії, пригнічений настрій, самопринизливі думки; виражена напруга, тривога, відчуття «на межі»

C.	Має бути присутній ≥ 1 симптом, а в сумі з вищенаведеними симптомами критерію В має бути 5 симптомів: • порушення концентрації уваги; • порушення апетиту, потяг до певної їжі, переїдання; зниження інтересу до звичайної діяльності; • швидка втомлюваність, нестача енергії; • відчуття пригніченості або неможливості контролю своєї поведінки; болючість молочних залоз, здуття живота, збільшення маси тіла або біль у м'язах/суглобах; гіперсомнія або безсоння
D.	Симптоми супроводжуються клінічно значущим дистресом або порушенням діяльності на роботі, навчанні, під час повсякденної активності або при взаємодії з іншими людьми
E.	Розлад не є звичайним загостренням симптомів іншого патологічного стану або психічного розладу, такого як великий депресивний розлад, панічний розлад, стійкий депресивний розлад (дистимія) або розлад особистості (хоча це може відбуватися одночасно з будь-яким із цих розладів)
F.	Наявність критерію А слід визначати за даними проспективного ЩС протягом щонайменше 2 циклів, під час яких наявні симптоми
G.	Симптоми не пов'язані з фізіологічним впливом певної речовини (наприклад зі зловживанням наркотиками, ліками) або іншим патологічним станом (наприклад з гіпертиреозом)

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.

Для діагностики та диференціальної діагностики ПМС слід розглянути нижченаведені аспекти/запитання (Таблиця 1)

Таблиця 1. Основні дані, необхідні для діагностики та прийняття рішення щодо лікування ПМР

Анамнез щодо менструацій/репродуктивного періоду: частота, тривалість, тяжкість, болючість, регулярність менструацій, наявність аменореї, відомості про останню менструацію, вагітності
Анамнез ПМР: вік, в якому почалися розлади, їх характер, періодичність і тяжкість, наявність або відсутність симптомів після менструації, наявність періоду без симптомів під час фолікулярної фази
Порушення діяльності: вплив симптомів на роботу, навчання, побутову, соціальну активність тощо (щонайменше 3-5 днів); ступінь дистресу
Супутні патологічні стани (психологічні, фізичні стани, захворювання), прояви яких нарастають перед початком менструації
Суїцидальні наміри
Переносимість попередньої або поточної гормональної терапії
Планування сім'ї та готовність використовувати під час лікування бар'єрні методи контрацепції
Ставлення пацієнтки до різних методів лікування ПМР
Анамнез лікування ПМР: ефективність, побічні ефекти
Прихильність до лікування

Менструальна мігрень

Слід запідозрити менструальну мігрень у жінок та дівчат, у яких мігрень виникає переважно між 2-а днями до та 3-а днями після початку менструації, щонайменше у двох із 3-х менструальних циклів.

Діагностика Діагноз ПМС підтверджується скоріше часом виникнення, а не типом симптомів, та ступенем їхнього впливу на повсякденну діяльність. Характер симптомів у окремої пацієнтки не впливає на діагноз. Для того, щоб відрізнити фізіологічні менструальні симптоми від ПМС, слід довести, що ці симптоми викликають у жінки значні розлади під час лютеїнової фази менструального циклу.

Обов'язкові:

- **Детальний збір анамнезу** щодо менструацій, симптомів ПМР та їх впливу на повсякденну діяльність, наявності факторів ризику ПМС, значущих травматичних подій нещодавно або в минулому, наявності супутньої патології, проведеного лікування та його переносимості.
- **Фізикальний огляд** (при фізикальному огляді жінок з ПМС/ПМДР, зазвичай, не виявляють специфічних ознак. Можлива наявність болючості при пальпації молочних залоз, здуття живота та збільшення маси тіла в лютеїнову фазу менструального циклу);
- **Лабораторні обстеження** Не існує специфічних біохімічних відхилень, пов'язаних із ПМС/ПМДР. Добові концентрації гонадотропінів та статевих стероїдних гормонів у сироватці крові жінок з ПМС нічим не відрізняються від жінок без ПМС. Для диференціальної діагностики проводиться визначення у сироватці крові ФСГ, пролактин, естрадіол (E2), ТТГ, кортизол на 2-5 день менструального циклу, натще, між 8.00 та 9.00 годинами ранку.

Диференціальна діагностика

Передменструальні розлади слід завжди диференціювати з: ПМЗ основного психічного розладу (афективними розладами, такими як великий депресивний розлад, малий депресивний розлад або дистимічний розлад); менопаузальним переходом;

порушенням функції щитовидної залози (гіпер- або гіпотиреозом); зловживанням алкоголем або психоактивними речовинами та іншими захворюваннями.

Лікування

Лікування ПМС потрібно проводити доти, доки у жінки продовжуються оваріальні цикли. Припинення лікування може призвести до рецидиву передменструальних симптомів, тому тривале лікування має важливе значення. Жінки з рецидивуючими симптомами, як правило, потребують лікування, доки не завагітніють або не закінчать менопаузальний перехід.

1. Емпірична терапія

Найбільш вагомими докази ефективності емпіричної терапії ПМР існують для застосування *токоферолу (вітаміну Е), екстракту плодів прутняку звичайного (Agni casti fructus) та когнітивно-поведінкової терапії (КПТ)*.

У випадку лікування жінок з тяжкою формою ПМС, КПТ слід завжди розглядати, як варіант лікування. КПТ є важливим інструментом для зменшення функціональних порушень при ПМДР. Якщо КПТ виявиться успішною для пацієнтки, це дозволить уникнути медикаментозного лікування та потенційних побічних ефектів.

2. Негормональні лікарські засоби

Селективні інгібітори зворотного нейронального захоплення серотоніну (СІЗЗС) та селективні інгібітори зворотного нейронального захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗСН) слід розглядати, як один із варіантів лікування тяжкої форми ПМС. Підставою для початку лікування антидепресантами, за неефективності немедикаментозних засобів корекції, є наявність симптомів депресії впродовж не менше 2-х тижнів.

Застосування СІЗЗС/СІЗЗСН рекомендується у лютеїнову фазу менструального циклу або у безперервному режимі. Сприятливий ефект можна очікувати протягом 48 годин після початку лікування, але, власне, антидепресивний ефект проявляється наприкінці другого тижня терапії.

3. Лікарські засоби, що містять гормони

Овуляцію можна пригнітити, використовуючи КОКи, трансдермальні естрогени у комбінації з прогестагенами, аналоги ГнРГ з додатковою терапією прикриття.

Трансдермальний естрадіол у поєднанні з циклічним прийомом прогестерону у мікронізованій формі (100 або 200 мг) перорально або вагінально циклічно у лютеїнову фазу 10-12 днів або прогестагеном ЛНГ-ВМС 52 мг протягом тривалого часу є ефективним для лікування фізичних та психологічних симптомів тяжкої форми ПМС.

Для лікування жінок з тяжким ПМС/ПМДР ефективними є монофазні КОКи, що містять етинілестрадіол, дроспіренон та левомефолат кальцію, і їх слід розглядати в якості медикаментозної терапії першої лінії, після оцінки медичних критеріїв прийнятності контрацепції.

Аналоги ГнРГ можуть застосовуватися з метою встановлення діагнозу ПМДР (у важких для діагностики випадках) та перед плануванням хірургічного лікування тяжких форм ПМДР у випадку неефективності медикаментозної терапії.

Аналоги ГнРГ пригнічують синтез стероїдних гормонів у яєчниках, а отже викликають різке полегшення або повне зникнення симптомів у пацієнток з основним ПМР, але їх негативний вплив на мінеральну щільність кісткової тканини (МЩКТ) дозволяє розглядати їх лише у тяжких випадках. Слід застосовувати додаткову терапію прикриття та проводити вимірювання МЩКТ.

4. Хірургічне лікування

Для лікування пацієнток із тяжкими формами ПМС/ПМДР може розглядатися хірургічне втручання - тотальна гістеректомія з двосторонньою сальпінгооваріоектомією у випадку:

- якщо медикаментозна терапія виявилася неефективною;
- потрібне тривале лікування аналогами ГнРГ;
- інша гінекологічна патологія є показанням для хірургічного лікування.

Для лікування жінок із тяжкою формою ПМС не рекомендуються абляція ендометрія та тотальна гістеректомія зі збереженням яєчників. Залишення яєчників призведе до збереження ПМС (за класифікацією - «варіантний» ПМР з відсутністю менструацій).

Жінкам після хірургічного лікування ПМС, за відсутності протипоказань, рекомендовано застосовувати гормональну терапію, особливо якщо їх вік молодше 45 років.

2. МЕНОПАУЗАЛЬНИЙ (КЛІМАКТЕРИЧНИЙ) СИНДРОМ

Симптоми:

- ВС (припливи та пітливість);
- психоемоційні симптоми (перепади настрою, проблеми зі сном);
- урогенітальні симптоми (дискомфорт та сухість піхви);
- сексуальні розлади (знижене лібідо);
- симптоми з боку опорно-рухової системи (болі в суглобах та м'язах).

Для усіх жінок, старше 40 років, які прийшли на прийом, доцільно задати 6 запитань для виявлення менопаузального синдрому.

Таблиця 1. Опитування щодо виявлення менопаузального синдрому:

Запитання 1	- (щодо розуміння зміни характеру менструацій з віком, наявність менструацій / їх відсутність): Коли у вас останній раз була менструація (регулярність, періодичність, зміна тривалості і обсягу)?
Запитання 2	- (щодо оцінки змін емоційного та фізичного стану пацієнтки): Чи бувають у вас припливи жару або нічна пітливість (кількість, тривалість)?
Запитання 3	- Чи страждаєте Ви від депресії, перепадів настрою або безсоння?
Запитання 4	- Чи є у вас неприємні відчуття в ділянці серця або за грудиною, чи пов'язані ці відчуття з фізичним навантаженням; чи є епізоди підвищеного АТ (посилене серцебиття, порушення серцевого ритму)?
Запитання 5	- Чи є у вас відчуття сухості та печіння слизової оболонки піхви, проблеми із сечовиділенням (збільшення частоти сечовиділення, нетримання сечі), проблеми зі статевим життям (зміна сексуального бажання, сексуальної активності)?
Запитання 6	- Чи бувають у вас неприємні відчуття в суглобах та м'язах (біль у суглобах, скарги, подібні до ревматизму)?

Для визначення оцінки тяжкості симптомів використовують міжнародну шкалу MRS з оцінки симптомів менопаузи (Menopause Rating Scale)

Які з перелічених нижче симптомів зараз вас турбують? Будь ласка, зазначте квадрат, що найбільше відповідає прояву кожного симптому. Якщо якийсь симптом у вас відсутній, то зазначте квадрат із позначкою «немає симптому».					
Симптоми:	Немає симптому	Виражений незначно	Виражений помірно	Значно виражений	Надзвичайно виражений
Бали	0	1	2	3	4
1. Напади відчуття жару, пітливості (епізоди пітливості)	☐	☐	☐	☐	☐
2. Неприємні відчуття у ділянці серця (незвичне відчуття серцебиття, порушення серцевого ритму, прискорення серцебиття, відчуття стиснення у грудній клітці)	☐	☐	☐	☐	☐
3. Проблеми зі сном (важкість засинання, прокидання вночі, завчасне прокидання)	☐	☐	☐	☐	☐
4. Депресивний настрій (відчуття пригнічення, суму, плаксивість, відсутність мотивації, зміни настрою)	☐	☐	☐	☐	☐
5. Дратівливість (нервованість, внутрішня напруга, агресивність)	☐	☐	☐	☐	☐
6. Відчуття стурбованості (внутрішній неспокій, панічний настрій)	☐	☐	☐	☐	☐
7. Відчуття фізичного та психічного виснаження (зниження загальної працездатності, погіршення пам'яті, послаблення концентрації уваги, забудькуватість)	☐	☐	☐	☐	☐
8. Проблеми зі статевим життям (зміна сексуального бажання, сексуальної активності та задоволення від сексу)	☐	☐	☐	☐	☐
9. Проблеми із сечовиділенням (важкість сечовиділення, збільшена необхідність сечовиділення, нетримання сечі)	☐	☐	☐	☐	☐
10. Сухість слизової оболонки піхви (відчуття сухості та печіння у піхві, важкість проведення статевого акту)	☐	☐	☐	☐	☐
11. Неприємні відчуття у суглобах та м'язах (біль у суглобах, скарги, подібні до ревматизму)	☐	☐	☐	☐	☐

Інтерпретація результатів оцінки симптомів менопаузи:

0-4 балів - немає симптомів або слабо виражені;

5-8 балів - слабкі симптоми;

9-15 балів - помірні симптоми;

більше 16 балів - тяжкі симптоми.

Генітоуринарний менопаузальний синдром (ГУМС) включає симптоми та ознаки, зумовлені впливом дефіциту естрогенів на сечостатеві шляхи жінки, включаючи піхву, статеві губи, уретру та сечовий міхур. Цей синдром включає:

- симптоми вагінальної сухості, печіння та подразнення;
- сечові симптоми та стани дизурії, гострі та рецидивуючі інфекції сечовивідних шляхів;
- дискомфортні відчуття болю та сухості під час інтимних стосунків.

На відміну від ВС, які, зазвичай, зменшуються з часом ГУМС, як правило, прогресує без ефективної терапії.

Серцево-судинні захворювання (ССЗ). Менопауза запускає розвиток артеріальної гіпертензії, дисліпідемії, ожиріння за абдомінальним типом, виникнення інсулінорезистентності, збільшення симпатoadреналового тону, порушення ендотеліальної функції, запальні судинні реакції. Базовий ризик ішемічної хвороби серця (ІХС) та інсульту у жінок менопаузального віку варіює залежно від наявності чинників ризику. З метою визначення критеріїв для діагностичного пошуку супутньої соматичної патології та подальшого вибору оптимального обсягу обстежень, крім оцінки ризиків ССЗ доцільно з'ясувати особистий анамнез супутніх захворювань та факторів ризику виникнення: раку молочної залози; остеопорозу (за допомогою онлайн-інструменту, такого як FRAX) <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/>; цукрового діабету; венозної тромбоемболії; та наявності: сімейного та особистого анамнезу раку ендометрія (РЕ), яєчників та кишечника (наприклад, синдром Лінча) та абсолютних або відносних протипоказань для МГТ.

Постменопаузальний остеопороз - це системне захворювання скелету, яке характеризується зменшенням міцності кісток з ризиком виникнення перелому при падінні з висоти власного росту (остеопоротичного перелому). Виникнення постменопаузального остеопорозу (ПО) пов'язано з відсутністю досягнення пікової ЩКТ, прискореною втратою кісткової маси після настання менопаузи, віковою втратою кісткової маси або комбінацією факторів. Прискорене зниження кісткової маси в постменопаузі пов'язано з недостатністю естрогенів.

Переломи стегна обумовлюють найбільшу частку пов'язаного з остеопорозом фінансового навантаження на систему охорони здоров'я, але інші переломи, пов'язані з остеопорозом, особливо переломи хребців, є значущою причиною захворюваності.

Діагностика остеопорозу - оцінка мінеральної ЩКТ методом подвійної рентгенівської абсорціометрії (DXA).

Діагностика

Обов'язкові:

1. Детальний збір анамнезу щодо дати останньої менструації, менопаузальних симптомів, їх вираженості та впливу на повсякденну діяльність, наявності факторів ризику ССЗ, супутньої патології, проведеного лікування та його ефективності; визначення стадій репродуктивного старіння за допомогою використання критеріїв STRAW +10 (обов'язкових, додаткових та описових критеріїв).

Критерії STRAW +10: етапи старіння репродуктивної системи жінки

	Менархе						ОМ (0)			
Етап	-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	-1 a	+1b	+1c	+2
Термінологія	РЕПРОДУКТИВНИЙ				МЕНОПАУЗА		ПОСТМЕНОПАУЗА			
	Ранній етап		Пік		Пізній етап		Ранній етап		Пізній етап	
					Перименопауза					
Тривалість	змінна				змінна		1-3 років		2 роки (1+1)	
ПРИНЦИПОВІ КРИТЕРІЇ										
Менструальний цикл	Різний або регулярний характер	Регулярний	Регулярний	Незначні зміни у кількості/тривалості	Різна тривалість, стабільні (від 7 днів і більше) коливання у тривалості послідовних циклів	Тривалість аменореї 60 днів і більше				
ДОДАТКОВІ КРИТЕРІЇ										
Ендокринні - ФСГ - АМГ - Інгібін В			Низький	Змінний	↑ Змінний *	↑ >25 МО/л **	↑ Змінний **	Стабільний		
Кількість антральних фолікулів			Низький	Низький	Низький	Низький	Дуже низький	Дуже низький		
ОПИСОВІ ХАРАКТЕРИСТИКИ										
Симптоми						Вазомоторні симптоми Вірогідно	Вазомоторні симптоми Найбільш вірогідно			Посилення симптомів сечостатевої атрофії
* Кров взята на 2-5 день циклу ** Приблизний очікуваний рівень на підставі кількісного визначення з використанням дійсного міжнародного гіпофізарного стандарту ↑ = збільшується										

* Кров взята на 2-5 день циклу

** Приблизний очікуваний рівень на підставі кількісного визначення з використанням дійсного міжнародного гіпофізарного стандарту

↑ = збільшується

Примітки. ОМ - остання менструація; ФСГ - фолікулостимулюючий гормон; АМГ - антимюлерів гормон, МО - міжнародні одиниці

2. Фізикальне обстеження:

- індексу маси тіла (ІМТ);
- окружності талії;
- артеріального тиску (АТ);
- обстеження органів малого тазу (дослідження шийки матки в дзеркалах, бімануальне дослідження).

3. Лабораторне обстеження: Тест на ФСГ у жінок віком від 40 до 45 років із симптомами менопаузи (крім жінок, які застосовують комбіновану естроген-гестагенну контрацепцію або високі дози прогестагенів)

4. Інструментальне обстеження (перед призначенням МГТ):

- УЗД органів малого тазу з визначенням товщини та структури ендометрія;
- УЗД комплексу інтима-медіа каротидних та стегнових артерій у пацієнок низького та помірного ризику ССЗ, визначених за шкалою SCORE.

5. Диференціальна діагностика проводиться у молодих жінок 40 - 45 років із симптомами менопаузи.

Бажані: Перед призначенням МГТ консультація лікаря-гематолога для жінок з менопаузальними порушеннями і високим ризиком розвитку венозної тромбоемболії (ВТЕ) (насамперед, з сімейним анамнезом ВТЕ або спадковою тромбофілією високого ризику).

Лікування

1. Немедикаментозне лікування

Слід зосереджувати увагу на здоровому способі життя, включаючи регулярне фізичне навантаження, споживання кальцію/вітаміну D, відмову від куріння, надмірного споживання алкоголю та кофеїну, підтримання оптимальної ваги та зменшення стресу.

Контрольоване дихання, когнітивно-поведінкова терапія, тренування усвідомленості, акупунктура, гіпноз та блокування зірчастих гангліїв можуть бути корисними методами, які слід враховувати при лікуванні ВС, особливо у випадках коли МГТ протипоказана.

2. Менопаузальна гормональна терапія

Мета МГТ – частково компенсувати знижену функцію яєчників при дефіциті статевих гормонів, використовуючи оптимальні дози гормональних препаратів, які покращують якість життя та загальний стан пацієнток, забезпечують профілактику пізніх обмінних порушень.

Базові обстеження перед призначенням МГТ:

- Збір анамнезу – виявлення факторів ризику. Особлива увага: тютюнопаління, наявність родичок першої лінії з раком молочної залози та/або яєчників, наявність тромбозів в анамнезі у пацієнтки або близьких родичів, остеопороз в сімейному анамнезі.
- Огляд: маса тіла, вага, ІМТ, окружність живота, артеріальний тиск.
- Гінекологічний огляд.
- Цитологічний мазок за Папаніколау.
- УЗД органів малого таза з визначенням товщини та структури ендометрія.
- Мамографія.

Додатково (не обов'язково в усіх випадках, при індивідуальних показаннях):

- Цукор крові. При факторах ризику цукрового діабету–2 годинний глюкозотолерантний тест із 75 г глюкози, глікозильований гемоглобін, інсулін із підрахунком індексу інсулінорезистентності НОМАІR (Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance)*.
- Ліпідограма.
- АЛТ, АСТ.
- Денситометрія.
- ЕКГ.
- Коагулограма.
- УЗД вен і артерій (індивідуально, при факторах ризику тромбозів, варикозної хвороби).
- ФСГ, естрадіол, тиреотропний гормон, пролактин, загальний тестостерон – переважно при порушенні менструального циклу / припиненні менструації в жінок до 40 років або від 40 до 45 років за відсутності вазомоторних симптомів. Рівень тиреотропного гормону як скринінг тест може бути рекомендований всім жінкам 1 раз на 3 роки.

АЛГОРИТМ ПРИЗНАЧЕННЯ МЕНОПАУЗАЛЬНОЇ ГОРМОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

● Режими менопаузальної гормонотерапії

I – монотерапія естрогенами або прогестагенами.

Монотерапія естрогенами трансдермально або перорально призначається жінкам після тотальної гістеректомії, однак при субтотальній гістеректомії та при гістеректомії з приводу ендометріозу рекомендовано естроген-гестагенні препарати для МГТ.

Монотерапія прогестагенами призначається у фазі менопаузального переходу для регуляції менструального циклу. Можливо введення ВМС-ЛНГ з контрацептивною та лікувальною метою.

* Виняток – у випадках генітального ендометріозу або субтотальної гістеректомії призначається комбінована терапія у безперервному режимі.

II – комбінована терапія (естрогени з прогестагенами) у циклічному режимі

Двофазні пероральні лікарські засоби призначаються на стадії менопаузального переходу або в перименопаузі:

- естрадіол 1/2 мг (14 днів), потім естрадіол 1/2 мг + дидрогестерон 10 мг (14 днів); естрадіол 2 мг (14 днів), потім естрадіол 2 мг + прогестерон у мікронізованій формі 200 мг (14 днів); естрадіол 2 мг (11 днів), потім естрадіол 2 мг + ципротерон 1 мг (10 днів) та 7 днів перерви; естрадіол 2 мг (9 днів), потім естрадіол 2 мг + левоноргестрел 0,15 мг (12 днів) та 7 днів перерви.

У разі застосування естрогенів у вигляді трансдермального гелю, спрею або пластиру безперервно, слід обов'язково додавати прогестагени протягом останніх 12–14 днів на кожні 28 днів циклічного режиму (дидрогестерон 10 мг/добу або прогестерон у мікронізованій формі 200 мг/добу) або застосувати ВМС-ЛНГ 0,02 мг/добу.



III – монофазна комбінована терапія (естрогени з прогестагенами) у безперервному режимі в постменопаузі.

Жінкам в постменопаузі з інтактною маткою призначаються комбіновані монофазні низькодозовані пероральні лікарські засоби (естрадіол + дидрогестерон 1/5 мг, 0,5/2,5 мг; естрадіол 1 мг + дроспіренон 2 мг; естрадіол 2 мг + діеногест 2 мг), а також тиболон 2,5 мг.

У випадку використання естрогенів трансдермально (спрей, пластр або гель) прогестагени додають у безперервному режимі у зменшеній дозі (дидрогестерон 5 мг/добу або прогестерон у мікронізованій формі 100 мг/добу або ВМС-ЛНГ 0,02 мг/добу).

● Абсолютні та відносні протипоказання до МГТ

Абсолютні протипоказання:

- Діагностований у минулому або підозра на рак молочної залози.
- Діагностовані у минулому або підозра на естроген-залежні злоякісні пухлини (наприклад, РЕ III, IV ст. та низькодиференційований РЕ).
- Встановлені прогестаген-залежні новоутворення (наприклад, менінгіома) або підозра на них.
- Вагінальні кровотечі нез'ясованого генезу. Нелікована гіперплазія ендометрія.
- Наявна ВТЕ (тромбоз глибоких вен, тромбоемболія легеневих артерій) або ВТЕ у минулому.
- Відомі тромбофілії (наприклад, дефіцит протеїну С, протеїну S або антитромбіну III).
- Активні або нещодавні тромбоемболічні захворювання артерій (наприклад, стенокардія, інфаркт міокарду (ІМ)).
- Гострі захворювання печінки, а також наявність захворювань печінки в минулому, якщо показники її функції не нормалізувалися.
- Відома гіперчутливість до діючих речовин або до будь-якої з допоміжних речовин лікарського засобу.

- Порфірія.

Відносні протипоказання:

- Лейоміома матки.
- Ендометріоз.
- Мігрень.
- Сімейна гіпертригліцеридемія.
- Жовчнокам'яна хвороба.
- Епілепсія.
- Підвищений ризик розвитку раку молочної залози.
- РЕ I та II ст.

Ризики та довгострокові переваги менопаузальної гормональної терапії

Серцево-судинні захворювання МГТ не збільшує ризик ССЗ у жінок у віці до 60 років та ризик смерті від ССЗ. Останні дані свідчать, що застосування МГТ не пов'язане зі збільшенням АТ.

Венозна тромбоемболія – узагальнене поняття, що включає тромбоз глибоких вен, тромбофлебіт і тромбоемболію легеневої артерії чи її гілок. Ризик ВТЕ, пов'язаний з трансдермальною МГТ, що застосовується у стандартних терапевтичних дозах, не перевищує вихідний популяційний ризик. Ризик збільшується на тлі застосування пероральної МГТ порівняно з базовим популяційним ризиком та є більшим, ніж для трансдермальних форм лікарських засобів. Для жінок у пери- та постменопаузі, які мають підвищений ризик розвитку ВТЕ, у тому числі з ІМТ понад 30 кг/м² рекомендують застосування трансдермальної, а не пероральної МГТ.

Інсульт Базовий ризик розвитку інсульту серед жінок у віці до 60 років дуже низький. Прийом пероральних (але не трансдермальних) естрогенів пов'язаний із незначним збільшенням ризику розвитку інсульту. Для жінок старше 60 років або більше 10 років після менопаузи, які застосовують монотерапію пероральними естрогенами або комбіновану МГТ ризик інсульту підвищений. **Мігрень** Пов'язана з коливанням рівня естрогенів та порушенням менструального циклу під час перименопаузи. Ефективне лікування ВС може призвести до зменшення симптомів мігрені. Мігрень з аурою не є протипоказанням для призначення МГТ. Перевага надається менш тромбогенним гормональним засобам, тобто естрогенам у трансдермальних лікарських формах (пластир, спрей або гель), за необхідності призначення МГТ жінкам з мігренню та аурою у постменопаузі.

Цукровий діабет 2 типу Прийом МГТ (перорально або трансдермально) не пов'язаний із підвищеним ризиком розвитку цукрового діабету 2 типу. У жінок з цукровим діабетом 2 типу та супутніми факторами ризику ССЗ, такими як ожиріння, можливе застосування трансдермальних естрогенів. У жінок з цукровим діабетом 2 типу та низьким ризиком ССЗ можливе застосування пероральних естрогенів у складі МГТ.

Рак молочної залози МГТ тільки естрогенами пов'язана з незначним підвищенням або взагалі незмінним ризиком виникнення раку молочної залози. МГТ естрогенами та прогестагенами може бути пов'язана зі збільшенням ризику виникнення раку молочної залози. Будь-яке збільшення ризику раку молочної залози пов'язане з тривалістю лікування та зменшується після припинення МГТ.

Остеопороз Під час застосування МГТ ризик переломів кісток та розвитку остеопорозу зменшуються. Ця перевага зберігається під час лікування, але зменшується після його припинення та може тривати довше у жінок, які приймали МГТ більш тривалий час.

Деменція Ймовірність впливу МГТ на ризик розвитку деменції невідома.

Втрата м'язової маси та сили Є обмежені дані, що МГТ може збільшити м'язову масу та силу.

3. Негормональне медикаментозне лікування

- *Лікарські засоби на основі сангвінарії канадської* можуть полегшити ВС. Завдяки слабкій естрогенній дії вони зменшують ступінь тяжкості клімактеричного синдрому, не впливаючи при цьому на проліферативні процеси в ендометрії.
- *Лікарські засоби на основі циміцифуги* мають ефекти, подібні до дії селективних модуляторів рецепторів естрогенів (SERM), антиоксидантні, протизапальні та серотонінергічні ефекти. Не мають естрогенних властивостей, але здійснюють виражений позитивний вплив на зниження ВС, мають помірний позитивний вплив на кісткове ремоделювання та незначний позитивний вплив на вагінальний епітелій, при цьому практично не впливають або діють, як антиестрогени на ендометрій, молочні залози, фактори згортання крові.
- *Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (CІЗЗС)* (пароксетин, флуоксетин та ін.) та інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну ІЗЗСН) (венлафаксин, дулоксетин та ін.), клонідин (деякі протиепілептичні препарати та інші лікарські засоби центральної дії.
- *Габапентин* - при посиленні припливів у нічний час, із нічним потовиділенням та повторюваними пробудженнями.
- *Бета-аланін* - для лікування припливів жару та інших ВС. Діє, як антагоніст нікотинової кислоти, спрямован на: регуляцію просвіту судин, шляхом пригнічення вивільнення гістаміну, збільшення утворення карнозину та активації рецепторів гліцину.
- *Лікарські засоби, що застосовуються в урології* (оксипутинін) у комбінації з місцевими естрогенами становлять фармакологічне лікування першої лінії для жінок після менопаузи з симптомами гіперактивності сечового міхура.

4. Лікарські засоби з гормоноподібною дією

Тиболон – синтетичний стероїд, що володіє андрогенними, гестагенними та естрогенними властивостями та виділений в окремий клас терапії – STEAR (тканиноселективний регулятор естрогенної активності). Не відрізняється за ефективністю від традиційної МГТ у лікуванні ВС та урогенітальних симптомів, збільшує мінеральну щільність кісткової тканини та ефективний у профілактиці остеопорозу. Слід застосовувати лише жінкам > 12 місяців після менопаузи, оскільки він може спричинити нерегулярні кровотечі у молодих жінок.

ГІПЕРПРОЛАКТИНЕМІЯ – стійке підвищення рівня пролактину в сироватці крові.

Синдром гіперпролактинемії – це симптомокомплекс, що виникає на фоні підвищеного рівня пролактину, найбільш характерним проявом якого є порушення функції репродуктивної системи, а в тяжких випадках, при існуванні пролактинсекретуючих пухлин гіпофіза – до неврологічних і нейроофтальмологічних порушень. Це найбільш розповсюджений гіпофізарний гормональний розлад, що є причиною порушень менструальної та генеративної функцій у більш ніж 25-30% випадків, а також багатьох доброякісних захворювань молочних залоз і матки. Пролактин є поліпептидним гормоном, що секретується в лактотрофах передньої частки гіпофіза, бере участь в ініціації і підтримці лактації, функціонуванні жовтого тіла, продукції прогестерону. Фізіологічна секреція пролактину має імпульсивний характер й підвищується під час сну. Найбільш високі показники пролактину спостерігаються протягом часу після пробудження, найнижчі - з 9.00-11.00.

Пролактиноми є найбільш поширеними (приблизно 40%) пухлинами гіпофіза. Зазвичай вони є доброякісними та мають моноклональне походження, залежно від розміру вони класифікуються на мікроаденоми з діаметром < 10 мм та макроаденоми з діаметром ≥ 10 мм (синоніми: мікро- та макропролактинома). Пролактиноми становлять близько 40 % від субклінічних аденом гіпофіза, у той же час клінічні ознаки пролактиноми варіюються в діапазоні від 6-10 до 50/100 000 досліджених випадків, переважають в жінок і рідко зустрічаються у дітей.

Класифікація:

1. Гіперпролактинемічний гіпогонадізм (пролактиноми, ідеопатична гіперпролактинемія)
2. Гіперпролактинемія в поєднанні з іншими гіпоталамо-гіпофізарними захворюваннями (гормонально-активні аденоми гіпофіза, системні захворювання з ураженням гіпоталамо-гіпофізарної області, аномалії судин головного мозку)
3. Симптоматична гіперпролактинемія (медикаментозна, психогенна, внаслідок ураження периферичних ендокринних залоз)
4. Бессимтомна гіперпролактинемія

Таблиця 1. Етіологія гіперпролактинемії

Фізіологічні фактори	Патологічні чинники	Фармакологічні засоби
• Коїтус • Фізичні вправи • Вагітність • Лактація • Сон • Стрес • Прийом їжі • Гіпоглікемія	Порушення гіпоталамо-гіпофізарної системи • Гранулематозні процеси • Інфільтративні процеси • Опромінення • Кіста кишені Ратке (гіпофізарного ходу) • Травми: відрив ніжки гіпофіза, хірургічні втручання в ділянці турецького сідла • Пухлини: краніофарингіоми, герміноми, метастатичні ураження, менінгіоми; розростання пухлини, що знаходиться супраселярно Патологія гіпофіза • Пролактинома • Ідіопатична форма гіперпролактинемії • Параселярні пухлини або лімфоцитарний гіпофізит • Макроаденома (компресійна) • Мультигормональна аденома • Акромегалія • Хірургічні втручання • Травми Системні розлади • Травми грудної клітки, хірургічні втручання на ній, оперізуючий лишай • Хронічна ниркова недостатність • Інфаркт міокарда • Цироз печінки • Епілептичний напад • Синдром полікістозних яєчників • Гіпотиреоз	• Анестетики • Антиконвульсанти • Антидепресанти • Антигістамінні препарати • Антигіпертензивні засоби • Агоністи ацетилхоліну • Наркотичні препарати • Стимулятори вивільнення катехоламінів • Блокатори дофамінових рецепторів • Інгібітори синтезу дофаміну • Естрогени (оральні контрацептиви та їх відміна) • Нейролептики/антипсихотичні засоби • Нейропептиди • Опіати та антагоністи опіатних рецепторів

Таблиця 2. Маніфестація гіперпролактинемії

Гормональна гіперсекреція

1. Репродуктивні та сексуальні порушення

Жінки

Порушення статевого дозрівання у дівчат

Розлади менструального циклу (аменорея/олігоменорея, аномальні маткові кровотечі, недостатність лютеїнової фази)

Галакторея

Безпліддя

Зниження статевого потягу, диспареунія

Передменструальний синдром

Дисгормональні захворювання молочних залоз

Чоловіки

Порушення статевого дозрівання у хлопчиків

Слабка вираженість вторинних статевих ознак

Еректильна дисфункція та зниження лібідо

Зміни у спермограмі

Безпліддя

Гінекомастія

Зменшення м'язової маси

Галакторея

2. Психоемоційні розлади

Депресія

Порушення сну та пам'яті

Тривога

Дратівливість

Емоційна лабільність

3. Метаболічні порушення

Дисліпідемія

Ожиріння

Інсулінорезистентність

Остеопороз

Компресійний синдром (макроаденоми)

Сильний головний біль

Зорові порушення

Параліч черепних нервів (III, IV і VI пар) шляхом стиснення в кавернозному синусі

Лікворея

Симптоми підвищення внутрішньочерепного тиску

Гіпопітуїтаризм

Діагностика:

• Лабораторна діагностика

Одноразовий аналіз на рівень пролактину в сироватці крові (> 25 нг/мл у жінок і > 20 нг/мл у чоловіків) за умови виключення стресу при венепункції. Якщо є сумнів щодо постановки діагнозу, пропонується повторне визначення концентрації пролактину в інший день шляхом двох вимірів з інтервалом у 15-20 хв для уникнення похибок, викликаних пульсуючою секрецією цього гормона. В фолікулярній фазі менструального циклу концентрація пролактину є нижчою, ніж у лютеїновій (але знаходиться в межах референтних значень). **Прийнято вважати, що при рівні пролактину до ~ 200 нг/мл має місце фармакологічна гіперпролактинемія, > 250 нг/мл – мікропролактинома, ≥ 500 нг/мл – макропролактинома**

• Візуалізаційні методи

МРТ з гадолінієм та з акцентом на селярній ділянці дає змогу дослідити анатомічні структури найбільш точно, а також виміряти розмір пухлини та її зв'язок із зоровою хіазмою і кавернозним синусом, тому в даний час є методом вибору для діагностичної візуалізації.

• **Підозра на фармакологічну гіперпролактинемію**

Рекомендується повторне визначення рівня пролактину через 72 год після відміни препарату, якщо це не призведе до погіршення стану пацієнта.

• **Інші методи обстеження при гіперпролактинемії**

- β-хоріонічний гонадотропін людини або УЗД органів малого таза для виключення вагітності у жінок репродуктивного віку з аменореєю рекомендовано аналіз на.
- Для виключення гіпотиреозу - визначення концентрацій тиреотропного гормона і вільного тироксину (ТТГ, Т4 вільний).
- Консультації нейрохірурга, а також офтальмолога з оцінкою гостроти зору, стану зорового нерва і комп'ютерною периметрією (з метою визначення полів зору) при діагностуванні макропролактиноми або гормонально неактивної аденоми гіпофіза з супраселярним ростом.
- Рентгенівська остеоденситометрія при тривалому анамнезі гіперпролактинемічного гіпогонадізму для оцінки мінеральної щільності кісткової тканини і діагностики остеопорозу доцільно виконати.

Лікування

Медикаментозне лікування гіперпролактинемії

Лікування гіперпролактинемії ґрунтується на її першопричині. За наявності фізіологічної гіперпролактинемії у пацієнтів з безсимптомною її формою і макропролактинемією медикаментозне лікування не показане.

Фармацевтичні засоби, що застосовуються при лікуванні гіперпролактинемії і пролактином, представлені двома групами:

- похідні алкалоїдів ріжків (ерголінові агоністи дофаміну):
 - препарати 2-бромо-α-ергокриптину (бромокриптин – I генерація);
 - препарати 2-бромо-α-ергокриптину і 2-бромо-β-ергокриптину мезилату;
 - препарати каберголіну (III генерація);
- похідні трициклічних бензогуанолінів (неерголінові агоністи дофаміну):
 - препарати хінаголіді (II генерація).

Лікування, як правило, включає призначення агоністів дофаміну, таких як каберголін або бромокриптин, чи рослинних препаратів дофамінергічної дії на основі стандартизованих екстрактів прутняка звичайного. **Каберголін-препарат першої лінії** як найбільш ефективний щодо нормалізації рівня пролактину та зменшення розмірів пухлини гіпофіза.

Препарат	Доза	Побічні реакції
Бромокриптин	Почати з 0,625-1,25 мг/доб; стандартний діапазон терапевтичної дози – 2,5-10 мг/доб	Мінімум побічних ефектів досягається шляхом поступового підвищення дози Загальні: запаморочення, головний біль, нудота, постуральна артеріальна гіпотензія, закладеність носа, закріп Можливі: аномалії клапанів серця Нечасто: втома, неспокій, депресія, непереносимість алкоголю Рідко: чутливість до холодного – вазоспазм, психоз
Каберголін	Почати з 0,25-0,5 мг/тиж; стандартний діапазон терапевтичної дози – 0,25-3,0 мг/тиж	

Стандартизовані екстракти плодів Vitex agnus castus	Дози залежать від рівня дитерпенів у стандартизованому екстракті прутняка звичайного, а також індивідуальних особливостей пацієнта	У поодиноких випадках спостерігаються шлунково-кишкові розлади (нудота, біль у шлунку), алергічні реакції, головний біль, акне, в окремих випадках повідомляється про порушення менструального циклу та запаморочення
---	--	---

Хірургічне лікування

З огляду на високу ефективність медикаментозного лікування тільки невелика частина пацієнтів з пролактиномами вимагає хірургічного втручання. Показання до проведення хірургічного втручання:

- збільшення розмірів пухлини, незважаючи на оптимальну схему лікування;
- апоплексія гіпофіза;
- непереносимість медикаментозної терапії;
- наявність макропролактином, резистентних до лікування агоністами дофаміну;
- діагностування мікроаденом, резистентних до лікування агоністами дофаміну, в жінок, які планують вагітність;
- компресію зорового перехрестя, що зберігається на фоні медикаментозного лікування;
- наявність пролактиноми з кістозним компонентом, резистентної до лікування;
- поява ліквореї на фоні прийому агоністів дофаміну;
- виявлення макроаденоми в пацієнтів із психічними захворюваннями за наявності протипоказань до призначення агоністів дофаміну.

Проведення трансфеноїдальної операції рекомендується пацієнтам із непереносимістю високих доз каберголіну та резистентністю до інших препаратів цієї групи. Виконання операції трансфеноїдальним доступом переважає над транскерепним, проте ефективність лікування залежить від досвіду нейрохірурга і ступеня пухлинного поширення та може становити 80-90% для мікроаденом, але < 50% для макроаденом.

Промєневе лікування Застосовують в разі необхідності впливу на залишкову тканину пухлини за неможливості проведення радикальної операції, у випадках непереносимості або резистентності до лікування агоністами дофаміну, при агресивних пролактиномах або карциномах.

4. Післяпологовий гіпопітуїтаризм (синдром Шихана).

В основі генезу цього синдрому лежить зв'язок масивної кровотечі під час пологів з наступною гіпофункцією передньої частки гіпофізу. Після масивних післяпологових та післяабортних кровотеч частота синдрому складає 40 %. Він розвивається при крововтраті 800 мл у кожної четвертої жінки, при крововтраті 1000 мл – у кожної другої, при крововтраті до 4000 мл у 2/3 жінок.

Патогенез. Синдром Шихана розвивається внаслідок некротичних змін в гіпофізі, які виникають на фоні внутрішньосудинного згортання крові в судинах передньої частки гіпофізу після кровотеч чи бактеріальному шоку при пологах чи абортах. Сприяють розвитку цих змін особливості кровообігу в гіпофізі, маса передньої частки якого протягом вагітності збільшується в 2 рази, а також препарати споришу, які широко використовуються в пологах та при кровотечах. При важких формах пізнього гестозу є схильність до підвищення внутрішньосудинного згортання крові. Крім того, після пологів має місце фізіологічне зниження рівня АКТГ, що також сприяє ішемії гіпофізу. Вважають, що клінічні прояви синдрому Шихана знаходяться в прямій залежності від величини ураження гіпофізу. Виражена клінічна картина захворювання розвивається при ураженні 80 % тканини гіпофізу. Є також думка, що прояви клінічного перебігу захворювання залежать від ступеня ураження гіпоталамічних структур. Одночасно з некротичними змінами в гіпофізі

внаслідок внутрішньосудинних тромбозів виникають зміни трофічного характеру інших органів та систем: нирок, печінки, мозкових структур.

Клініка. Клінічна картина характеризується різним ступенем гіпофункції ендокринних залоз, перш за все щитоподібної, надниркової та статевих. Моранді З. (1957) виділяє наступні форми синдрому Шієна в залежності від недостатності тропних гормонів гіпофізу:

1. Глобальна форма – з клінічними проявами недостатності ТТГ, гонадотропінів, АКТГ. Захворювання може перебігати в легкій чи важкій формі;

2. Часткова форма – з недостатністю гонадотропної, тиреотропної, адренокортикотропної функцій;

3. Комбінована недостатність гонадотропної та тиреотропної функцій, тиреотропної та адренокортикотропної функцій.

Виділяється форми синдрому: легку, середньої важкості, важку.

- **Легка форма** характеризується головним болем, швидкою втомою, мерзлякуватістю, тенденцією до гіпотензії. При обстеженні виявляють гіпофункцію щитоподібної залози та глюкостероїдної функції надниркових залоз.

- **Форма середньої важкості** відзначається зниженням гормональної функції яєчників (олігоменорея, ановуляторне безпліддя) та щитоподібної залози (пастозність, схильність до набряків, ламкість нігтів, сухість шкіри, втома, гіпотензія зі схильністю до неперитомності).

- **Важка форма** - симптоматика тотальної гіпофункції гіпофізу з вираженою недостатністю гонадотропінів (стійка аменорея, гіпотрофія статевих органів та молочних залоз), тиреотропного гормону (мікседема, облисіння, сонливість, зниження пам'яті), АКТГ (гіпотензія, адинамія, слабкість, підсилена пігментація шкіри). Значно знижується маса тіла, але при більш легких формах спостерігається її збільшення в зв'язку з пастозністю і схильністю до набряків внаслідок гіпофункції щитоподібної залози. Характерна також анемія, яка погано піддається лікуванню.

Діагноз. Найважливішим опорним пунктом в діагностиці захворювання є характерний анамнез і зв'язок початку захворювання з кровотечею чи септичним шоком при пологах чи абортів. Вважають характерними ознаками синдрому Шієна відсутність нагрудання молочних залоз після пологів та агалактію.

При гормональних дослідженнях виявляють різні ступені зниження в крові вмісту гонадотропінів, АКТГ а також E_2 , кортизону, T_3 і T_4 . При введенні тропних гормонів відповідно підвищується рівень периферичних гормонів в крові. Відмічаються також гіпоглікемія та гіпоглікемічний тип цукрової кривої при навантаженні глюкозою. В сечі знижений рівень 17-КС.

Диференційний діагноз проводять з нервовою анорексією, пухлиною гіпофізу, хворобою Аддісона, мікседемою.

Лікування. Замісна терапія глюкостероїдними та тиреотропними препаратами при клінічних проявах гіпофункції відповідних залоз. Є думка, що доцільно використовувати кортизон чи преднізолон, але не дексазон та дексаметазон, оскільки останні володіють вираженою антикортикотропною активністю, пригнічуючи і без того знижене виділення АКТГ гіпофізом. Преднізолон рекомендують призначати по 5 мг 2 рази на день протягом 2-3 тижнів (курсом один раз в 2-3 місяці залежно від клінічної картини захворювання).

При аменореї чи олігоменореї жінкам до 40 років проводять циклічну гормонотерапію, після 40 років призначають андрогени, враховуючи їх високий анаболічний ефект, метилтестостерон по 5 мг на день протягом 2-3 місяців; задовільний ефект дають андрогени при випадінні волосся. Анаболічні препарати (ретаболіл, метіландростендіол та ін.), вітаміни групи В, С, РР, біостимулятори – алое, ФІБС по 20-30 внутрішньом'язових ін'єкцій. Харчування повинно бути повноцінним з наявністю білка в їжі. Показані препарати заліза під контролем аналізу крові.

Хворих з важкою формою синдрому Шихана лікують тільки в умовах ендокринологічного стаціонару. Профілактикою захворювання є розумна тактика ведення вагітних з гестозом, їх своєчасна терапія, профілактика кровотечі, а також адекватні реанімаційні заходи в разі появи кровотеч в пологах, абортах та септичному шоці.

5. Гіперандрогенія

Найбільш поширена ендокринопатія у жінок, спричинена надмірною продукцією андрогенів яєчниками та/або наднирниками чи підвищенням локальної тканинної чутливості до циркулюючих андрогенів. До частих та характерних проявів ГА належать дерматопатії (акне, алопеція, себорея та гірсутизм) і синдром полікістозних яєчників (СПКЯ). Окрім цього, ГА може проявлятися порушеннями репродуктивної функції жінки, такими як розлади овуляції, безпліддя та невиношування вагітності. ГА спостерігаються в 10–20% жінок. Окрім високої поширеності в популяції, доведено зв'язок ГА не тільки з порушеннями репродуктивної функції, зокрема з безпліддям, але і з ускладненнями вагітності (гестаційний діабет, передчасні пологи, прееклампсія), метаболічними розладами, підвищеним ризиком раку ендометрія, цукровим діабетом 2-го типу, серцево-судинними захворюваннями.

Поняття «гіперандрогенія» є узагальненим, оскільки включає в себе різні за патогенезом стани, але зі схожими клінічними проявами.

Види гіперандрогенії:

- *абсолютна* - за рахунок абсолютного збільшення кількості гормонів;
- *відносна* - у вигляді підвищеної чутливості рецепторів до нормальної або зниженої кількості андрогенів в організмі за рахунок збільшення фракції вільних андрогенів.
- *первинна*
- *вторинна*
- *ідіопатична*

Причини виникнення ГА станів:

- збільшення синтезу андрогенів у яєчниках та/або наднирниках;
- посилене перетворення тестостерону в більш активну форму – дигідротестостерон внаслідок підвищення активності 5 α -редуктази;
- зниження рівня глобуліну, який зв'язує статеві стероїди (ГЗСС);
- підвищена чутливість рецепторів сальних залоз і волосяних фолікулів до андрогенів;
- прийом препаратів із андрогенним ефектом (андрогени, анаболічні стероїди, даназол та ін.).
- ГА може сформуватися при гіпоталамічному синдромі пубертатного та постпубертатного періодів, вродженій дисфункції кори наднирників, гіпотиреозі, гіперпролактинемії, ожирінні, стресі, анорексії, пухлинах гіпофізу (акромегалія, хвороба Кушинга) (вторинна ГА).

Існує також ідіопатична ГА, яка проявляється периферичними клінічними симптомами за відсутності порушень функції наднирників, розладів овуляції і полікістозних змін яєчників. Ідіопатична форма ГА може бути пов'язана з надлишковою активністю ферменту 5 α -редуктази, який сприяє перетворенню тестостерону на дигідротестостерон у волосяних фолікулах, і найчастіше проявляється гірсутизмом різного ступеня на тлі нормального овуляторного менструального циклу (МЦ). Також причиною ідіопатичної ГА може бути висока щільність андрогенових рецепторів у волосяних фолікулах за нормального рівня тестостерону (частіше є причиною акне).

В структурі захворюваності переважає ГА з дерматопатіями, яка характеризується підвищеною чутливістю сально-волосяних фолікулів до нормальних рівнів андрогенів. Рідше зустрічається секреторна ГА, за якої визначаються підвищені рівні андрогенів у крові.

Класифікація:

1. Пухлинна
2. Непухлинна (функціональна)

- **яєчникова**

- синдром полікістозозних яєчників
- андрогенпродукуюча пухлина яєчників

- **надниркова**

- адреногенітальний синдром
- андрогенпродуцируючої пухлина надниркових залоз

- **змішана**

Клінічні прояви

ГА може проявлятися ізольованим клінічним симптомом (наприклад, гірсутизмом або акне), однак набагато частіше спостерігається поєднання симптомів у різних комбінаціях.

Гірсутизм – посилений ріст волосся в жінок за чоловічим типом. У разі наявності гірсутизму в жінки з регулярним овуляторним циклом і нормальним рівнем циркулюючих андрогенів (індекс вільного тестостерону в нормі при повторному дослідженні) встановлюється діагноз «ідіопатичний гірсутизм» (частота: $\leq 20\%$ в популяції). За наявності гірсутизму спостерігається посилений ріст термінального волосся, подібного до того, що зазвичай знаходиться в пахвових зонах або в ділянці лобка. Надмірне оволосіння за чоловічим типом у жінок може виявлятися на обличчі, грудях, спині, по середній лінії живота, в області сідниць, на плечах і стегнах. Вираженість і розподіл гірсутизму визначають за модифікованою шкалою Феррімана-Галлвея (див.рис.1), при цьому проводиться оцінка росту волосся на 9 андрогенчутливих ділянках тіла жінки, кожна з яких оцінюється за бальною шкалою. У жінок європейської раси загальна сума більше 8 балів є індикатором гірсутизму і підвищеного рівня андрогенів.

Акне (лат. asne vulgaris) – це хронічне захворювання апарату сальних залоз, що маніфестує переважно в пубертатному віці і характеризується гіперпродукцією шкірного сала, порушенням процесів фолікулярної кератинізації, колонізацією *Propionibacterium asnes* та запаленням. Акне найчастіше зустрічається в дівчат (14–17 років) та жінок молодого віку (18–29 років). Частота акне в цих вікових групах досягає 60–75%. Близько 10% жінок страждають на персистуючу форму акне навіть у віці 50–60 років.

Андрогенна алопеція Приблизно в 15% жінок репродуктивного віку з маніфестацією алопеції і відсутністю інших проявів ГА спостерігається підвищений рівень андрогенів. Зазвичай випадання або зрідження волосся відзначається на маківці і в тім'яній ділянці, але іноді може мати дифузний характер. За тяжких форм ГА з вірилізацією спостерігається типове облісіння за чоловічим типом із втратою волосся в скроневих ділянках.

Вірилізація Більш високі рівні андрогенів призводять до вірилізації, що характеризується кліторомегалією, огрубінням голосу, вираженим гірсутизмом, збільшенням м'язової маси, гіпотрофією молочних залоз, аменореєю. Симптоми вірилізації найчастіше виникають на фоні ГА пухлинного генезу, при вірильній формі адреногенітального синдрому, стромальному текоматозі, синдромі HAIR-AN (який включає гіперандрогенію (HA), інсулінорезистентність (IR) та чорний акантоз (AN)). Розвиток вірильного синдрому слід підозрювати також при швидкому прогресуванні проявів ГА з олігоменореєю або аменореєю.

Порушення МЦ Приблизно в 50–70% випадків ГА діагностуються порушення МЦ, у 60–74% випадків – ендокринне безпліддя і в 21–32% – невиношування вагітності, що пов'язані з порушенням секреції та метаболізму андрогенів.

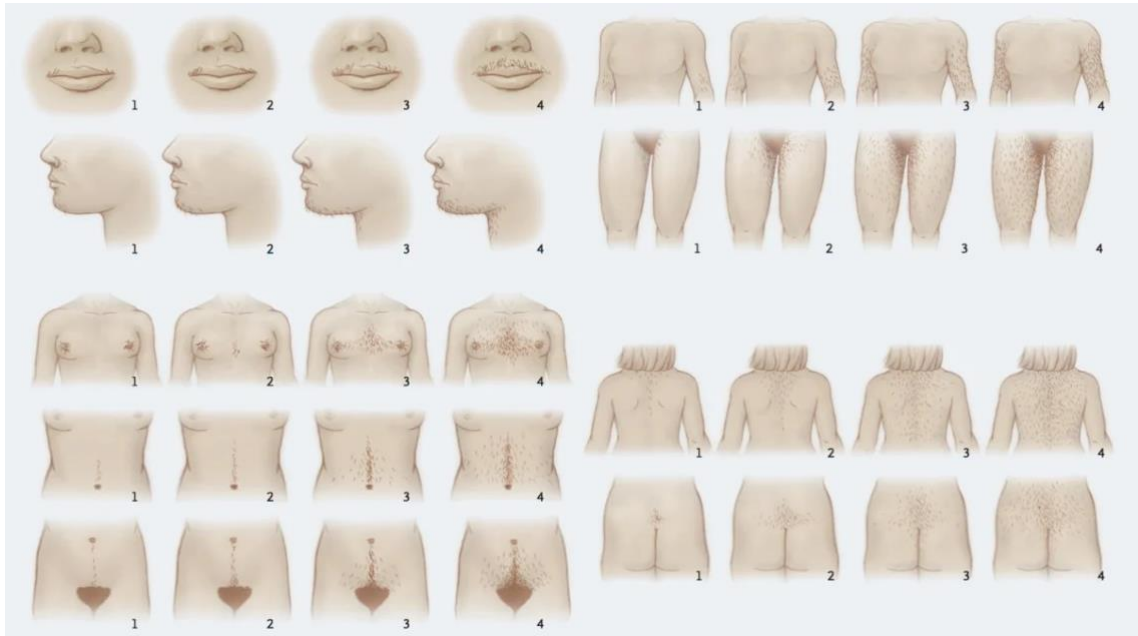
Клінічні прояви менструальної дисфункції включають оліго-/аменорею, аномальні маткові кровотечі, передменструальний синдром, дисменорею. Форма порушень

менструальної функції варіює від спорадичних епізодів олігоовуляції та ановуляції до аменореї.

Зазвичай у жінок із порушенням овуляції на фоні ГА спостерігається нормальне або запізніле менархе, яке супроводжується нерегулярними менструаціями і епізодами аменореї. В значній кількості пацієток із ГА зберігаються регулярні менструації (з інтервалом близько 4 тижнів), але виявляється порушення овуляції: пролонгована фолікулярна фаза, недостатність лютеїнової фази, ановуляція.

Рисунок 1. Модифікована шкала Феррімана-Галлвея

Кожний з дев'яти найбільш чутливих до андрогенів ділянок тіла жінки присвоюється бал від



0 (немає волосся) до 4 (найбільш виражений ріст волосся), і ці окремі бали підсумовуються, щоб підрахувати гірсутне число.

Критерії оцінки ступеня тяжкості гірсутизму:

- легкий (до 15 балів);
- помірний (16–25 балів);
- тяжкий (більше 25 балів).

Перед оцінкою гірсутизму рекомендовано протягом щонайменше 4-х тижнів не здійснювати епіляцію чи видаляти волосся за допомогою воску, а також упродовж не менше 5 днів уникати гоління волосся.

Для оцінки тяжкості перебігу акне найбільш прийнятним визнано поєднаний підхід, відповідно до якого визначається характер і розповсюдженість елементів акне та підраховується їхня кількість. Цей підхід лежить в основі адаптованої класифікації ступенів тяжкості акне і обумовлює подальшу терапевтичну тактику.

Методи лабораторної та інструментальної діагностики: індекс вільного тестостерону, андростендіон, ДЕА-С (дегідроепіандростерона сульфат), 17-ОП (17-оксипрогестерон), кортизол (в слині, сечі), АКТГ, АМГ, пролактин, ТТГ, Т4 вільний, інсулін, рівень глюкози натще і двогодинний пероральний глюкозотолерантний тест, індексу НОМА-IR, мала та велика дексаметазонові проби, концентрація прогестерону в сироватці крові на 20–24 день циклу, УЗД/МРТ органів малого тазу, краніографія в бічній проекції або МРТ голови (при підозрі на патологію гіпофізу), а також КТ і МРТ наднирників, електроенцефалографія (за показаннями).

Лікування:

Патогенетична терапія проявів ГА включає:

- лікування дерматопатій;
- нормалізацію гормонального профілю та менструальної функції;
- захист ендометрія від гіперплазії (наслідок гіперестрогенії на фоні ановуляції);
- надійну контрацепцію при застосуванні антиандрогенів та системних ретиноїдів;
- корекцію метаболічних порушень;
- лікування безпліддя (при актуальності вагітності).

У разі бажання пацієнтки завагітніти може бути показана індукція овуляції, на фоні якої лікування гірсутизму й акне не проводиться. Якщо на момент обстеження в жінки немає репродуктивних планів, то для лікування пацієнток із порушеннями менструальної функції та/або шкірними проявами ГА рекомендована системна монотерапія з використанням КОК, в деяких випадках у комбінації з топічним лікуванням акне і себореї та косметичними методами лікування гірсутизму.

Естроген-гестагенні комбінації, що містять прогестини-антиандрогени (КОК) – перша лінія лікування СПКЯ, яка сприяє вирішенню низки проблем: відновленню регулярних менструальноподібних кровотеч, захисту ендометрія, нормалізації рівня андрогенів, запобіганню прогресування полікістозних змін в яєчниках, лікуванню дерматопатій, забезпеченню надійної контрацепції.

В Україні зареєстровані естроген-гестагенні комбінації з такими про-гестинами-антиандрогенами як ципротерона ацетат (ЦПА), дроспіренон, дієногест і хлормадінона ацетат (ХМА).

При акне легкого ступеня тяжкості застосовують топічну медикаментозну терапію (ретиноїди, антибіотики, антисептики та їх комбінації). КОК, що містять прогестини з антиандрогенним ефектом, також використовують для лікування акне легкого ступеня тяжкості в жінок, що потребують контрацепції. При акне середньотяжкого ступеня використовують місцеві засоби в поєднанні з КОК, спіронолактоном або системними антибактеріальними препаратами. При тяжких/дуже тяжких формах акне показані комбінація ЕЕ/ЦПА або системні ретиноїди (наприклад, ізотретиноїн)

Монотерапія антиандрогенами лише за наявності протипоказань до застосування естроген-гестагенних комбінацій чи при їх непереносимості. Спіронолактон (50–100 мг на добу), ЦПА (10–100 мг на добу) та флутамід (125–375 мг на добу).

6. Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ)

Вперше описали синдром, клінічними симптомами якого були аменорея, безпліддя, гірсутизм, ожиріння, двобічне збільшення та ущільнення яєчників, в 1935 році І. Штейн і М. Левенталь.

Класифікація. В 1982 р. Б. І. Желєзнов визначив 2 форми:

- первинні (справжні), або хвороба полікістозних яєчників (ХПКЯ);
- вторинні, або синдром полікістозних яєчників (СПКЯ).

Інші дослідники визначали 3 форми СПКЯ (Р. Е. Hughesodon, 1982; С. Gilling-Smith et al., 1994):

1.1 Типова, або саме синдром Штейна – Левенталю - яєчникова форма, обумовлена первинним ферментативним дефектом яєчника.

1.2. Поєднана форма, що характеризується оваріальною та наднирковою гіперандрогенією.

1.3. Центральна, або дієнцефальна, форма з вираженими змінами у гіпоталамо-гіпофізарних зв'язках.

На сьогодні найбільш обґрунтованою є теорія центрального генезу виникнення СПКЯ. Функціональні та морфологічні порушення в яєчниках є наслідком зміненої гіпоталамо-гіпофізарної неадекватної стимуляції. При порушенні ритму виділення гонадотропін-релізінг-гормону збільшується синтез лютеїнізуючого гормону (ЛГ) і зменшується секреція фолікулостимулюючого гормону (ФСГ). Надлишок ЛГ призводить до

вагомого збільшення синтезу андрогенів з холестерину в фолікулах, нестача ФСГ і надлишок андрогенів - до утворення атрезії фолікулів, дрібних кіст, гіперплазії стромы яєчників, потовщення їх оболонки.

СПКЯ є дуже поширеним ендокринним порушенням серед жінок репродуктивного віку. СПКЯ у загальній популяції спостерігається в 6–15% жінок. Серед жінок із СПКЯ гірсутизм зустрічається в 72 % випадків, акне – в 15 %, безпліддя – в 33%, порушення овуляції – у 65–85%.

Зазвичай СПКЯ виявляється вже в ранньому репродуктивному періоді, його клінічні прояви вкрай варіабельні та можуть включати:

- порушення МЦ (оліго-/аменорея) на тлі оліго-/ановуляції;
- безпліддя;
- полікістозні яєчники за даними УЗД;
- дерматопатії (акне, гірсутизм, зменшення росту волосся на голові в області «скальпа»);
- метаболічні порушення: ожиріння, інсулінорезистентність (ІР) і, як наслідок, метаболічний синдром.

Більшість провідних наукових гінекологічних товариств рекомендує дотримуватися *Роттердамських критеріїв* для діагностики СПКЯ.

СПКЯ діагностується, коли в пацієнтки наявні хоча б 2 критерії з 3-х перерахованих нижче при виключенні інших причин, які можуть давати схожу клінічну картину (врожена дисфункція кори наднирників, андрогенпродукуючі пухлини, синдром Кушинга):

- надлишкова активність або секреція андрогенів (клінічні та/або біохімічні ознаки ГА);
- оліго-/ановуляція;
- полікістозні яєчники за даними УЗД органів малого тазу.

Робочою групою експертів Національного інституту здоров'я США було рекомендовано виділяти **4 фенотипи СПКЯ** (клінічні варіанти), що включають такі прояви:

- фенотип А (класичний): гіперандрогенія + ановуляція + полікістозні яєчники (за даними УЗД);
- фенотип В (неповний класичний): гіперандрогенія + ановуляція;
- фенотип С (овуляторний): гіперандрогенія + полікістозні яєчники (за даними УЗД);
- фенотип D (неандрогенний): ановуляція + полікістозні яєчники (за даними УЗД).

ГА зустрічається в 65–75% пацієток із СПКЯ та має місце в 3-х із 4-х фенотипів. Крім того, ключову роль у патогенезі синдрому відіграє інсулінорезистентність (ІР). ГА та ІР – дві ключові ланки патогенезу цього захворювання – утворюють патологічне «замкнене коло»:

- високий рівень андрогенів сприяє формуванню абдомінального ожиріння та ІР;
- ІР призводить до компенсаторної гіперінсулінемії, що в свою чергу сприяє утворенню андрогенів в яєчниках і корі наднирників;
- гіперінсулінемія пригнічує утворення в печінці ГЗСС, що сприяє підвищенню в плазмі вільних фракцій андрогенів (особливо тестостерону).

Окрім вищезазначених проявів, у жінок із ГА частіше діагностується гіперплазія ендометрія.

Діагностика

1. Фізикальний огляд: антропометричні показники (зріст, вага, індекс маси тіла (ІМТ), об'єм талії і стегон); вираженість і розподіл гірсутизму за модифікованою шкалою Феррімана-Галлвея (Ferriman-Gallwey); акне, алопеції; наявність чорного акантозу.

2. Лабораторна діагностика: індекс вільного тестостерону, андростендіон, ДЕА-С (дегідроепіандростерона сульфат), 17-ОП (17-оксипрогестерон), АМГ, пролактин, ТТГ, Т4

вільний, ліпідограма, інсулін, рівень глюкози натще і двогодинний пероральний глюкозотолерантний тест, індексу НОМА-IR, мала та велика дексаметазонаві проби, концентрація прогестерону в сироватці крові на 20–24 день циклу.

3. Інструментальна діагностика: УЗД/МРТ органів малого тазу

УЗД критерії діагнозу СПКЯ:

- візуалізація не менше 12 фолікулів діаметром 2–9 мм хоча б в одному яєчнику та/або
- обсяг хоча б одного яєчника більше за 10 см³ за відсутності домінантного фолікула діаметром понад 10 мм.

УЗД для оцінки морфології яєчників слід проводити в ранній фолікулярній фазі.

Крім того, УЗД дозволяє дослідити стан і товщину ендометрія для виключення гіперпластичних процесів і раку ендометрія на фоні гіперестрогенії, а також для визначення показань до гістероскопії та біопсії ендометрія.

4. Лапароскопія діагностична/лікувальна. При огляді можуть виявити збільшені розміри яєчників (до 5-6 см в довжину і 3-4 см в ширину), потовщену і ущільнену капсулу із судинним малюнком на поверхні, наявність підкапсулярних кіст, відсутність жовтого тіла.

Лікування:

- модифікація способу життя (дієта, адекватні фізичні навантаження, відмова від паління), застосування вітамінотерапії (особливо вітаміну Д та препаратів магнію) і комбінованих препаратів рослинного походження з антиандрогенною, гормонокорегуючою та протизапальною дією;
- монотерапія естроген-гестагенними препаратами (в тому числі ЕЕ/ЦПА, КОК, пластир, вагінальне кільце);
- метформін при наявності протипоказань до застосування КОК із лікувальною метою як терапія 2-ї лінії в пацієток із СПКЯ з порушенням МЦ.
- стимуляція овуляції (кломіфен (кlostильбегіт), хоріонічний гонадотропін, хумегон, пергонал, неопергонал, профазі ФСГ). Кломіфен по 50 мг 1 раз в день з 5-го дня менструального циклу протягом 5-ти днів. При відсутності овуляції в першому циклі дозу кломіфену збільшують у наступних циклах до 100-150 мг/добу. Тривалість лікування - 3-4 місяці. Курс лікування можна повторювати 2-3 рази. Якщо максимальна доза не дає ефекту і овуляція не настає, то організм жінки резистентний до даного препарату. Жінкам, які резистентні до кломіфену, можна застосувати гонадотропіни (хумегон, пергонал, неопергонал), виділені із сечі жінок в менопаузі, так звані людські менопаузальні гонадотропіни (ЛМГ), в складі яких є по 75 МО ЛГ і ФСГ. Починають з 50 МО на добу з 5-го дня циклу через день внутрішньом'язово, 100-150 МО на добу. В останні роки запропоновано введення очищеного ФСГ із ЛМГ - метродину, який містить 75 МО ФСГ і мізерну кількість ЛГ. Препарат вводять з 5 дня менструального циклу по 75 МО (1 ампула) внутрішньом'язово кожний день 5-7 днів під строгим контролем ехоскопії. Якщо розмір домінантного фолікула досягнув 18-20 мм в діаметрі, вводять внутрішньом'язово одноразово хоріонічний гонадотропін або профазі в дозі 10000 ОД МО.
- при діагностиці наднирникової гіперандрогенії у хворих СПКЯ лікування треба спрямувати на нормалізацію функції надниркових залоз. Доцільно призначити препарати глюкокортикоїдів: дексаметазон (0,25-0,50 мг/добу) або преднізолон (5-10 мг/добу) протягом 3-5 місяців. Препарати можна застосовувати як окремо, так і одночасно із стимуляцією овуляції кломіфеном.
- хірургічне лікування СПКЯ: клиноподібна резекція обидвох яєчників, при якій видаляється до двох третин тканини, електропунктура яєчників (дриллінг), резекційна біопсія, термокаутеризація, діатермокоагуляція, лазерна резекція яєчників, лазерна деструкція за допомогою аргонного променя. Показанням до оперативного лікування є резистентні форми полікістозу яєчників, коли консервативна терапія протягом 1-2 років не дає бажаного результату. Позитивний ефект після оперативного лікування пов'язаний із зменшенням маси яєчничкової тканини, покращанням кровопостачання, руйнуванням незрілих фолікулів, що призводить до зменшення продукції андрогенів та яєчничкового

інгібіну. Після операції частота відновлення менструальної функції становить 70-80 %, дітородної функції - 40-55 %.

7. Дисменорея

Є найпоширенішим гінекологічним розладом серед дівчат-підлітків і молодих жінок, що проявляється менструальним болем, супроводжуваним різними нейровегетативними, обмінними, психоемоційними порушеннями, які негативно позначаються на їхніх соціальних стосунках, успішності в навчанні та роботі, психологічному благополуччі.

Багато пацієнток вважають дисменорею варіантом нормального перебігу менструації, прояви якого неможливо полегшити.

Дисменорея визначається як стан, що характеризується повторюваним спазмоподібним болем, який виникає під час менструації та локалізується переважно в нижній частині живота. Виділяють первинну дисменорею, яка діагностується за відсутності захворювань органів малого таза, та вторинну, яка має місце за їх наявності. Біль може іррадіювати у внутрішню частину живота, поперек або поздовжню ділянку стегна й, як правило, проявляється за кілька годин до або з моменту початку менструації й переважно зникає на 2-3-й день циклу.

При первинній дисменореї біль не змінює своїх характеристик від одного циклу до наступного. У разі якщо відмічається посилення болю, або біль зберігається наприкінці менструації, або наявний односторонній біль, важливо визначити вторинні причини дисменореї.

Існують наукові дані про те, що як дуже раннє, так і пізнє менархе є фактором ризику розвитку дисменореї. Куріння також може посилювати менструальний біль, і це, ймовірно, пов'язано з тим, що нікотин спричиняє вазоконстрикцію, особливо судин міометрія. Суперечливими факторами ризику розвитку дисменореї є низький індекс маси тіла, тривалий менструальний цикл, аборти в анамнезі, гінекологічні захворювання та наявність психологічних симптомів, таких як депресія, підвищена тривога, стрес тощо.

У патофізіології первинної дисменореї важлива роль належить таким факторам, як скорочення матки та вивільнення медіаторів запалення. Простагландини беруть участь у регуляції овуляції, проліферації ендометрія та його циклічних змінах, пов'язаних із реалізацією менструальної функції. Високий рівень простагландинів викликає підвищення тону м'язів міометрія, скорочення матки і спричиняє появу болю. У патофізіології первинної дисменореї задіяний вазопресин, який посилює скорочення матки (рисунки).

Основною причиною вторинної дисменореї є ендометріоз, однак інші захворювання, такі як аденоміоз, інфекції, міома матки, обструктивні аномалії репродуктивного тракту або кіста яєчника, також можуть спричинити розвиток даного стану.

Лікування первинної дисменореї спрямоване на зменшення больового синдрому та симптомів, які часто викликають дискомфорт і погіршують якість життя пацієнток, через вплив на продукцію простагландинів або зниження тону матки.

Медикаментозна терапія дисменореї включає призначення як гормональних, так і негормональних лікарських засобів.

Основою лікування первинної дисменореї є інгібітори простагландин-синтази, із яких найбільш часто використовують **нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП)**. Механізм дії НПЗП полягає у пригніченні ферменту циклооксигенази (ЦОГ), який відповідає за синтез простагландинів.

Прийом препаратів даної групи найкраще починати за 1-2 дні до початку менструації та продовжувати протягом перших 2-3 днів менструації у дозі, що відповідає масі тіла.

Гормональні контрацептиви

Гормональні контрацептиви виявляються ефективними в купіруванні дисменореї за рахунок зниження вироблення простагландинів і лейкотрієнів через гальмування проліферації ендометрія й/або овуляції.

Гормональні контрацептиви класифікуються на засоби:

- короткострокової зворотної дії, такі як КОК, що містять естрогенний і прогестинний компоненти, прогестинні оральні контрацептиви, вагінальне кільце та трансдермальний пластр з естрогенним і прогестинним компонентами;
- тривалої зворотної дії, такі як прогестеронмісні внутрішньоматкові спіралі (за наявності протипоказань до використання інших терапевтичних засобів, зокрема психічних розладів), підшкірні імпланти, що містять етоногестрел, та ін'єкції медроксипрогестерону ацетату.

Нефармакологічні варіанти терапії дисменореї

Окремі систематичні огляди та випробування свідчать про недостатність доказів щодо її ефективності. Проте існують наукові дані про користь проведення таких втручань, як точковий масаж, психотерапія, застосування трав та нутрієнтів, черезшкірна електрична стимуляція нервів, термотерапія тощо.

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 інфекцій, запобігати у дівчат перевантажень, стресових факторів.

Аномальні маткові кровотечі в період пре- та 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 2016 р.** (Уніфікований клінічний протокол етапного надання медичної допомоги при аномальних маткових кровотечах).

Для діагностики, уточнення характеру патології використовуються анамnestичні 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, супутніми 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.

3.Формування професійних вмінь та практичних навичок

Клінічна ситуація 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. Встановіть діагноз.

Передменструальний синдром.

2. Складіть план обстеження.

УЗД органів черевної порожнини, малого таза та молочних залоз, МРТ голови та шийного відділу хребта, вміст пролактину в сировотці крові, ЕКГ, ЄСГ, консультація окуліста, невролога).

3. Складіть план 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).

Клінічна ситуація 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. Встановіть діагноз.

Синдром Шихана.

2. Складіть план обстеження.

Визначення вмісту ФСГ, ЛГ, пролактину, тиреотропних гормонів, естрадіолу, прогестерону, тестостерону, УЗД органів малого тазу, молочних залоз, щитоподібної залози, наднирників, МРТ головного мозку, ЄСГ, ЕКГ, консультація ендокринолога.

3. Складіть план лікування.

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

Клінічна ситуація 3

1. 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, неبولчі, на УЗД органів малого тазу – полікістозні яєчники, симптом «намиста». Матка зменшена від нормальних розмірів.

1. Встановіть діагноз.

Синдром полікістозних яєчників. Первинне безпліддя.

2. Складіть 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

(вроджена дисфункція кори наднирників, андроген продукуючи пухлини, синдром Кушинга):

- 1) надлишкова активність або секреція андрогенів (клінічні та\або біохімічні ознаки гіперандрогенії);
 - 2) оліго\ановуляція;
 - 3) полікістозні яєчники за даними УЗД.
3. Складіть план лікування.

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, дієногестом, 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 - дрилінг яєчників (при лапароскопії).

2. Хвора 25 років скаржиться на болі в правій здухвинній ділянці протягом 10-12 днів. Затримка менструації 7-8 тижнів. При пальпації біль у правій здухвинній області. Гінекологічне дослідження: матка і яєчники не збільшені, болючість в правому зводі піхви. Виділення з статевих шляхів слизові. Оптимальний метод дослідження:

Відповідь :Ультразвукове дослідження органів малого тазу.

3. Хвора 20 років пред'являє скарги на затримку чергової менструації на 10 днів. Порушення менструальної функції відзначає вперше. Статеве життя регулярне, від вагітності не охороняється. При огляді: стан задовільний, живіт м'який, безболісний, АТ 120/80 мм рт. ст., пульс 72 в 1 хв. При трансвагінальній ехографії запідозрена прогресуюча трубна вагітність. Правильна тактика лікаря жіночої консультації?

Відповіді: Термінова госпіталізація, лікувально-діагностична лапароскопія.

Тестові завдання

1. У хворой після видалення матки розвинулась гостра анурія. Які анатомічні структури, найімовірніше, було пошкоджено при операції ?

- A. Сечоводи.
- B. Зовнішній сфінктер сечівника.
- C. Внутрішній сфінктер сечівника.
- D. Цибулинно-губчастий м'яз.

2. У хворой жінки внаслідок запалення порушена ендокринна функція фолікулів яєчника. Синтез яких гормонів буде пригнічений?

- A. Пролактин.
- B. Естрогени.
- C. ЛГ
- D. ФСГ.

3. Жінка скаржиться на незначні темно-крів'яністі виділення зі статевих шляхів, слабкі болі внизу живота протягом декількох днів. Остання менструація 1,5 місяця тому, тіло матки збільшено до 5-6 тижнів вагітності, м'якуватої консистенції. Зліва в області придатків матки ретортообразне утворення, 5см на 7см, рухоме, болісне. Який метод дослідження необхідно зробити?

- A. Гістероскопія.
- B. Хромогідротубація
- C. Ультразвукове дослідження органів малого тазу.
- D. Кольпоскопія.
- E. Цистоскопія.

Відповіді: 1A,2B,3.C

**3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо).
- Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).**

Інтерактивне завдання:

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

I підгрупа – поставити попередній діагноз.

II підгрупа – скласти план ведення гінекологічної хворої.

III підгрупа – оцінює правильність відповіді I та II підгруп і вносить свої корективи.

Нетипові ситуаційні задачі:

1. У жінки 20 років менструації відсутні протягом 11 місяців. Менструації розпочалися з 16 років, по 1-2 дні, в незначній кількості, дуже болючі, були нерегулярними. При гінекологічному дослідженні: шийка матки довга, піхва вузька, матка дуже маленьких розмірів, придатки не пальпуються. Діагноз?

Відповідь: Дз: Генітальний інфантилізм. Вторинна аменорея. Альгодисменорея

2. Хвора 26 років, скаржиться на значні виділення під час менструації протягом 8-12 днів. При гінекологічному дослідженні: матка не збільшена, неболюча, рухома. Придатки не пальпуються. Діагноз ?

Відповідь: Поліменорея, гіперменорея. Для уточнення діагнозу провести ультразвукове дослідження, тести функціональної діагностики.

Нетипові тестові задачі:

1. Хвора М, 27 років звернулася зі скаргами на відсутність менструацій протягом 7 місяців. З анамнезу вияснено, що; менархе розпочалися в 13 років, місячні регулярні, менструальний цикл 28 днів, менструація триває 5-6 днів, безболісна. 7 місяців тому перенесла психічну травму в зв'язку зі смертю батька. При гінекологічному огляді змін зі сторони матки і додатків не виявлено. Ваш діагноз?

- A. Вторинна аменорея
- B. Первинна аменорея.
- C. Альгодисменорея.
- D. Олігоменорея.
- E. Несправжня аменорея.

2. Хвора 20 років скаржиться на аменорею. Об'єктивно: гірсутизм, ожиріння з переважним розподілом жирової тканини на обличчі, шиї, верхній частині тулуба. На обличчі – аспе vulgaris, на шкірі – смуги розтягнення. АТ - 170/100 мм рт.ст. Психічний розвиток та інтелект не порушені. Гінекологічний статус: волосистість на зовнішніх статевих органах помірна, гостра гіпоплазія піхви та матки. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Синдром Іценка-Кушинга
- B. Синдром Шерешевського-Тернера
- C. Синдром Штейна-Левенталя
- D. Синдром Шихана
- E. Синдром Бабінського-Фреліха

3. До жіночої консультації звернулась хвора 36 років зі скаргами на підвищену дратівливість, плаксивість, головний біль, серцебиття, набряки на руках та ногах, зменшення сечовиділення, нагрубання молочних залоз. Ці прояви виникають та поступово зростають за кілька днів до менструації і зникають з її початком. Менструальний цикл без порушень. Перераховані скарги почала відзначати протягом останнього року. Який найбільш вірогідний діагноз?

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

4. Хвора М, 27 років звернулась зі скаргами на відсутність менструацій протягом 7 місяців. З анамнезу вияснено, що; менархе розпочалися в 13 років, місячні регулярні, менструальний цикл 28 днів, менструація триває 5-6 днів, безболісна. 7 місяців тому перенесла психічну травму в зв'язку зі смертю батька. При гінекологічному огляді змін зі сторони матки і додатків не виявлено. Ваш діагноз?

- A. Вторинна аменорея
- B. Первинна аменорея.
- C. Альгодисменорея.
- D. Олігоменорея.
- E. Несправжня аменорея.

2. У пацієнтки А, 32 років, скарги на зниження працездатності, дративливість, головну біль, серцебиття, набряки на руках і ногах, зменшення сечовиділення, напруження, болючість та нагрубання молочних залоз. Ці прояви виникають і поступово зростають напередодні менструації, зникають з її початком. Менструальний цикл без порушень. Вкажіть: Діагноз. Скласти алгоритм обстеження пацієнтки.

Відповідь: Діагноз - Передменструальний синдром.

Алгоритм обстеження: Анамнез. Гінекологічний огляд. УЗД органів малого тазу. Загальноклінічні обстеження. Гормони крові в залежності від фази менструального циклу.

Типові тестові завдання:

1. Жінка 19 років скаржиться на відсутність менструацій, млявість, схуднення. Рік тому – патологічні пологи зі значною крововтратою. Після пологів лактації не було. Вагінально: піхва вузька, матка зменшена, яєчники не пальпуються. Лабораторно виявлено гіпоестрогенемію. Який найбільш імовірний попередній діагноз?

- A. Синдром Шихана
- B. Гіпотиреоз
- C. Астено-вегетативний синдром
- D. Синдром Штейна-Левенталя
- E. Туберкульоз геніталій

2. Жінка 25 років, яка в шлюбі 4 роки, скаржиться на неплідність, затримку місячних та малу їх кількість. При обстеженні виявлено: зріст 165 см, маса тіла 80 кг, відзначається ріст волосся на обличчі, стегнах. При бімануальному дослідженні з обох боків від матки виявлені збільшені, щільної консистенції яєчники розмірами 5*5см. Ці дані підтверджені

при УЗД. Який ймовірний діагноз?

- A. Синдром Штейна-Левенталя.
- B. Андробластома яєчників.
- C. Передменструальний синдром.
- D. Хронічний двохсторонній аднексит.
- E. Адреногенітальний синдром.

3. Хвора 29 років, звернулася до гінеколога зі скаргами на дратівливість, плаксивість, головний біль, нудоту, іноді - блювоту, біль в ділянці серця, приступи тахікардії, зниження пам'яті, метеоризм. Ці скарги виникають за 6 днів до менструації та зникають на передодні або в два перші дні. Вагінально: матка та придатки без змін. Який діагноз?

- A. Передменструальний синдром
- B. Апоплексія яєчників.
- C. Генітальний ендометріоз.
- D. Альгодисменорея. .
- E. Невроз.

4. При обстеженні жінки 25-ти років, яка звернулася до жіночої консультації з приводу відсутності вагітності на протязі 3-х років регулярного статевого життя, виявлено: підвищена вага тіла, ріст волосся на лобку за чоловічим типом, підвищене овоłosіння стегон, яєчники щільні, збільшені, базальна температура монофазна. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Склерокістоз яєчників
- B. Запалення додатків матки
- C. Адреногенітальний синдром
- D. Передменструальний синдром
- E. Дисгенезія гонад

5. Пацієнтка В. 49 р. скаржиться на зуд, печію в ділянці зовнішніх статевих органів, почашений сечопуск. Симптоми турбують останні 7 місяців. Менструації не регулярні 1 раз в 3-4 місяці. Впродовж останніх 2 років турбують припливи жару, підвищена пітливість, порушення сну. Після обстеження патологічних змін з боку внутрішніх статевих органів не виявлено. Загальний аналіз крові та сечі без патологічних змін. В мазку з піхви –лейкоцитів 20-25 в п/з, флора змішана. Який діагноз?

- A. Клімактеричний синдром
- B. Цистит.
- C. Трихомонадний кольпіт
- D. Вульвіт.
- E. Бактеріальний вагіноз

6. Жінка 49-ти років звернулася до лікаря зі скаргами на головний біль, припливи жару до голови, шії, підвищену пітливість, серцебиття, підвищення артеріального тиску до 170/100 мм рт.ст., дратівливість, безсоння, плаксивість, послаблення пам'яті, рідкі мізерні менструації, збільшення маси тіла на 5 кг протягом останніх півроку. Який діагноз є найбільш імовірним?

- A. Клімактеричний синдром
- B. Посткастраційний синдром
- C. Артеріальна гіпертензія
- D. Соматоформний розлад
- E. Передменструальний синдром

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. Встановіть діагноз.

Передменструальний синдром.

2. Складіть план обстеження.

УЗД органів черевної порожнини, малого таза та молочних залоз, МРТ голови та шийного відділу хребта, вміст пролактину в сировотці крові, ЕКГ, ЕЕГ, консультація окуліста, невролога).

3. Складіть план 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).

Клінічна ситуація 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. Встановіть діагноз.

Синдром Шихана.

2. Складіть план обстеження.

Визначення вмісту ФСГ, ЛГ, пролактину, тиреотропних гормонів, естрадіолу, прогестерону, тестостерону, УЗД органів малого таза, молочних залоз, щитоподібної залози, наднирників, МРТ головного мозку, ЕЕГ, ЕКГ, консультація ендокринолога.

3. Складіть план лікування.

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

ТЕМА 5:

«ДОБРОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ. ЕНДОМЕТРІОЗ. НОВОУТВОРЕННЯ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ»

Мета: Студентам необхідно засвоїти основні етіологічні та патогенетичні фактори доброякісних пухлинних захворювань жіночих статевих органів. Навчитися аналізувати дані лабораторних та інструментальних методів обстеження пацієнток з доброякісними процесами геніталій, оцінювати клінічні прояви захворювань, проводити диференціальну діагностику з метою правильного встановлення діагнозу, обирати правильну тактику ведення даних пацієнток.

Основні поняття: Здобувачам необхідно засвоїти основні етіологічні та патогенетичні фактори доброякісних пухлинних захворювань жіночих статевих органів. Навчитися аналізувати дані лабораторних та інструментальних методів обстеження пацієнток з доброякісними процесами геніталій, оцінювати клінічні прояви захворювань, проводити диференціальну діагностику з метою правильного встановлення діагнозу, обирати правильну тактику ведення даних пацієнток.

1. Контроль опорного рівня знань.

1. Пацієнтка 36 років, звернулася до лікаря жіночої консультації з приводу ясних, довготривалих менструацій. При вагінальному обстеженні встановлено, що матка збільшена до 9 – 10 тижнів вагітності, щільна, нерівної поверхні. Придатки матки не визначаються. Параметрії вільні, склепіння глибокі. Який імовірний діагноз? Які необхідно додаткові методи дослідження для встановлення кінцевого діагнозу?

Відповідь: Міома матки 9 – 10 тижнів. Для встановлення кінцевого діагнозу показане УЗД органів малого тазу.

2. Жінка 37 років, звернулася до лікаря жіночої консультації із скаргами на відчуття тяжкості внизу живота. З анамнезу – вагітностей не було, лікувалася з приводу безпліддя. Менструації регулярні. При вагінальному обстеженні встановлено: матка не збільшена, безболісна, справа від матки пальпується утворення розміром 12 – 15 см, рухоме, безболісне, тугоеластичної консистенції. Ліві придатки не визначаються; параметрії вільні, склепіння глибокі. Який імовірний діагноз? Необхідний додатковий метод дослідження для встановлення діагнозу?

Відповідь: Пухлина правого яєчника. Для встановлення діагнозу показане УЗД органів малого тазу.

Типові тестові завдання:

1. Якої локалізації міоматозні вузли найчастіше супроводжуються аномальною матковою кровотечею:

- A. Субсерозні
- B. Субмукозні*
- C. Інтрамуральні
- D. Інтралігаментарні
- E. Шийкові

2. Показанням до хірургічного лікування міоми матки є:

- A. Розміри пухлини більше 14 тижнів
- B. Швидкий ріст пухлини
- C. Субмукозна локалізація міоматозного вузла в незалежності від розмірів
- D. Ріст пухлини в період менопаузи та постменопаузи
- E. Всі відповіді вірні*

3. Ендометріоз - це ...

- A. Доброякісна, гормонозалежна пухлина яєчника
- B. Дифузна гіперплазія ендометрія
- C. Запалення слизової матки
- D. Розростання тканини, подібної ендометрію за межами порожнини матки*
- E. Злоякісне захворювання внутрішніх статевих органів.

4. Аденоміоз - це

- A. Ендометріоз яєчників
- B. Ендометріоз тіла матки*
- C. Ендометріоз внутрішніх статевих органів
- D. Ендометріоз маткових труб
- E. Ретроцервікальний ендометріоз.

5. Діагностику мастопатії проводять за допомогою:

- A. Огляду та пальпації молочних залоз
- B. УЗД молочних залоз
- C. Рентгеновського дослідження
- D. Цитологічного дослідження мазків-відбитків виділень з сосків;
- E. Всі відповіді вірні*.

2.Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою

Лейоміома матки

Міома матки – Це доброякісні новоутворення, що складаються з неупорядкованих «міофібробластів», заглиблених у великій кількості позаклітинного матриксу, що становить значну частину об'єму пухлини. Ініціюючі події генезу міоми залишаються не до кінця зрозумілими.

D25 Лейоміома матки:

D25.0 Підслизова лейоміома матки

D25.1 Інтрамуральна лейоміома матки

D25.2 Субсерозна лейоміома матки

D25.9 Лейоміома матки, неуточнена

Класифікація за типом зростання та локалізації міом:

Типові форми:

- Дифузний ріст міоми.
- Вузловий ріст:
- субсерозна (ріст із м'язового шару в бік черевної порожнини)
- інтрамуральна (всередині м'язового шару)
- субмукозна (ріст із м'язового шару в бік порожнини матки)

Атипові форми:

- інтралігаментарна (ріст із м'язового шару в широку зв'язку)
- шийкова;
- паразитарна (росте в черевну порожнину, кровопостачання вторинно з мезентеріальних артерій)
- на ніжці (знаходиться в черевній порожнині, в рідких випадках – в цервікальному каналі або піхві).

Терміни «лейоміома», «фіброміома», «міома» є синонімами і позначають розповсюджену пухлину матки, що виявляється у 70-80 % жінок, які досягли 50- річного віку. Поширеність захворювання збільшується з віком і досягає максимуму у віці 40-50 років.

Лейоміома матки – це моноклональна пухлина, що виникає з гладкої м'язової тканини матки (тобто міометрія). Це доброякісне новоутворення, що складається з неупорядкованих «міофібробластів», заглиблених у великій кількості позаклітинного матриксу, що становить значну частину об'єму пухлини. Лейоміома матки може зростати, залишатися стабільною та/або регресувати, наприклад у постменопаузі.

Діагноз ЛМ встановлюється на підставі скарг, анамнестичних даних, загального, гінекологічного обстеження та інструментальних методів досліджень. У багатьох жінок ЛМ має безсимптомний перебіг і діагностується випадково при гінекологічному обстеженні або інструментальними методами.

Лейоміоми матки можуть проявлятися клінічно, в тому числі АМК (наприклад,

тяжкі, нерегулярні і тривалі маткові кровотечі), і, як наслідок, залізодефіцитною анемією; компресійними симптомами, пов'язаними з великими розмірами пухлини (наприклад, за рахунок здавлювання органів малого таза – кишечника та сечового міхура – можуть спостерігатися обструктивні симптоми у вигляді закрепів, здуття кишечника, спазмів, збільшення частоти сечовипускання та інших дизуричних розладів тощо); болем в нижніх відділах живота, попереку, нижніх кінцівках; диспареунією; а також безпліддям і невиношуванням вагітності.

Ускладненнями ЛМ є перекрут лейоміоми на ніжці, ішемія та некроз вузла, пролапс субмукозної лейоміоми через шийку матки, синдром хронічного тазового болю.

IGO представила систему класифікації, що включає систему підкласифікації лейоміоми. Система, що включає третинну класифікацію ММ, класифікує субмукозну (СМ) групу та додає категоризацію для інтрамуральних (ІМ), субсерозних (СС) та трансмуральних (ТМ) міом.

Для повноцінного розуміння особливостей ММ та визначення тактики ведення додають більш детальну характеристику розташування пухлини відносно відсотку залученого міометрія:

Тип 0 - вузол знаходиться в порожнині матки та має «ніжку», за допомогою якої сполучений із міометрієм;

Тип 1 - вузол виходить в порожнину матки, частина його, що менша за 50%, розташована інтрамурально;

Тип 2 - вузол виступає в порожнину матки та більша його частина (більш за 50%) розташована інтрамурально;

Тип 3 - вузол контактує з ендометрієм та на 100% відсоткі розташований в товщі м'язового шару матки;

Тип 4 - вузол розташований в товщі м'язового шару матки без контакту з ендометрієм;

Тип 5 – вузол виступає в бік черевної порожнини, однак більша його частина розташована у м'язовий шар матки;

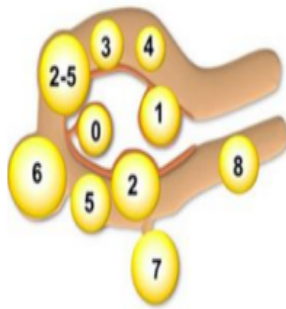
Тип 6 – вузол виступає в бік черевної порожнини та менша за 50% його частина залучена у м'язовий шар матки;

Тип 7 – вузол виступає в бік черевної порожнини та сполучений так званою «ніжкою» з маткою.

Тип 8 – вузли, що мають особливе нетипове розташування, зокрема які неналежать до міометрія зовсім, але залучають шийку матки, ті, які існують в товщі круглої або широкої зв'язок, не маючи безпосереднього прикріплення до матки, та інші так звані "паразитуючі" новоутворення (наприклад, цервікальна).

Тип гібридний (наприклад: 2-5) – вузли, що контактують як з ендометрієм, так і з серозною оболонкою.

Система класифікації лейоміом FIGO, 2018



Тип	Код	Характеристика
Субмукозні	0	Підслизова міома на ніжці
	1	Виступає в порожнину матки понад 50%
	2	Виступає в порожнину матки менше 50%
	3	Інтрамуральна міома, яка контактує з ендометрієм.
Інші	4	Інтрамуральна
	5	Субсерозно-інтрамуральна - виступає в черевну порожнину менше 50%
	6	Субсерозно-інтрамуральна - виступає в черевну порожнину понад 50%
	7	Субсерозна міома на ніжці
	8	Специфічна міома (наприклад, цервікальна)
Гібридні (змішані)	Залучені як ендометрій, так і серозна оболонка. У коді вказують дві цифри через дефіс: перша вказує на частину вузла, пов'язану з ендометрієм, друга - на частину вузла, яка розташована ближче до серозної оболонки.	
	2-5	Підслизові та субсерозні, кожен з меншим ніж половина діаметра в ендометрії і черевній порожнині відповідно

Діагностичні ознаки лейоміоми матки

Метод обстеження	Діагностичні ознаки
Загальні	
Скарги	● маткові кровотечі - початок, тривалість, об'єм. ● слабкість, запаморочення (при АМК та тяжкій залізодефіцитній анемії). ● біль та дискомфорт у животі - початок, тривалість, характер, іррадіація болю, фактори полегшення або посилення болю. ● збільшення живота, часті позиви на сечовипускання, закрепи. ● безпліддя.
Анамнез	Анамнез захворювання: ● коли вперше виявили ЛМ; попереднє лікування та його ефективність, динаміка захворювання. Акушерсько-гінекологічний анамнез: ● оцінка менструального циклу та дата останньої менструації, кількість та результати вагітностей, методи контрацепції. Анамнез життя: ● спадковість щодо наявності ЛМ у матерів та сестер, шкідливі звички, оперативні втручання на органах малого таза та черевної порожнини.
Об'єктивне обстеження	Тілобудова, визначення ІМТ (індексу маси тіла). Блідість шкірних покривів та слизових оболонок може свідчити про наявність анемії.
Гінекологічне обстеження	Зміни розмірів, форми та консистенції матки.

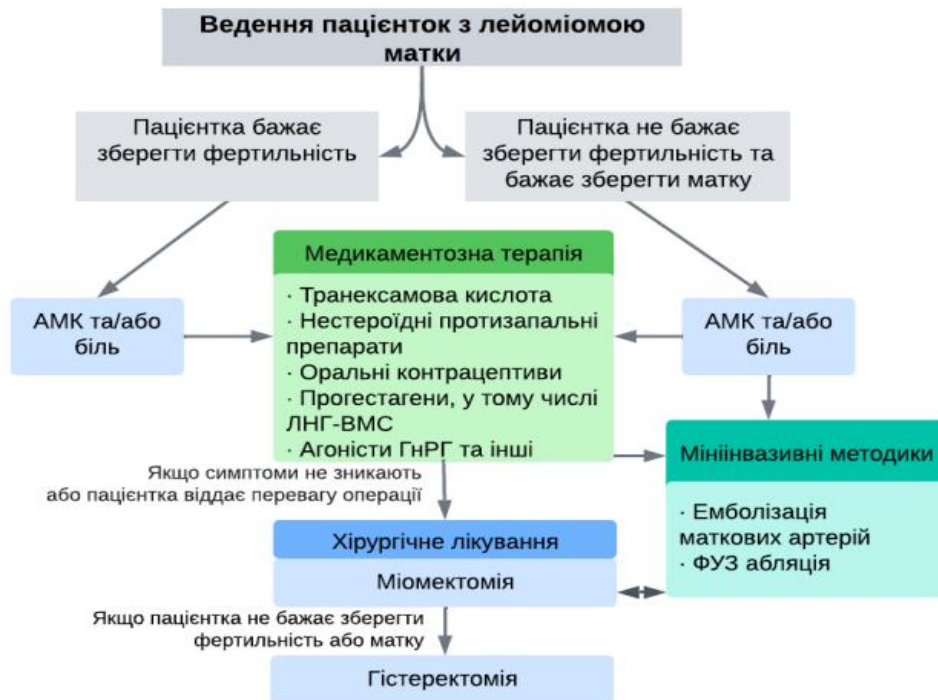
Діагностичні ознаки лейоміоми матки (продовження)

Метод обстеження	Діагностичні ознаки
Інструментальні	
Ультразвукове дослідження (трансвагінальне та/або трансабдомінальне, сольова або контрастна соногістерографія)	Рекомендовано при описі лейоміом під час виконання УЗД користуватись класифікацією FIGO. Мінімальний набір даних для опису лейоміоми: - оцінка загальних розмірів та об'єму матки; - оцінка кількості вузлів ЛМ (1, 2, 3, 4 або більше 4), якщо така візуалізація недоступна, можливо вказати оцінку розмірів матки, еквівалентну «Х» тижнів вагітності; - локалізація вузлів ЛМ (передня, задня стінки, ліве, праве ребро матки) і місце розташування у вертикальній площині: верхня половина, нижня половина або в обох; - розміри найбільшого вузла лейоміоми за наявності множинних вузлів; - зв'язок між вузлом ЛМ та ендометрієм з використанням системи класифікації FIGO (типи лейоміом 0,1,2,3, 2-5 - класифікуються як субмукозні ЛМ).
МРТ органів малого таза	Використовується у складних випадках при множинних ЛМ для диференційної діагностики лейоміоми матки та лейоміосаркоми.
КТ органів малого таза	Має обмежену цінність у визначенні розташування лейоміом відносно ендометрія або міометрія.
Офісна діагностична гістероскопія	Гістероскопія – стандарт для розмежування ЛМ типу 2 і 3, при цьому оцінка повинна здійснюватися на найнижчому тиску рідини, що сприяє візуалізації деформації порожнини матки та ендометрія.

Лікування ЛМ включає медикаментозні, неексцизійні, хірургічні методи та їх комбінації з урахуванням симптоматики, розмірів та локалізації вузлів, віку, потреб та бажання пацієнтки зберегти фертильність або матку.

Тактику лікування обирають в залежності від локалізації, розмірів, кількості, типу вузлів лейоміоми та мети лікування. Терапія направлена на полегшення симптомів; стабілізацію та зменшення розмірів вузлів лейоміоми; збереження фертильності (за бажанням жінки) та запобігання ускладненням. Жінкам, які бажають зберегти матку або підвищити фертильність, методом вибору за інформованою згодою є міомектомія, однак це не виключає можливості повторного оперативного втручання і рецидиву ЛМ. Гістеректомія є радикальним методом лікування ЛМ, який застосовується у пацієнтки після реалізації репродуктивних планів за відсутності бажання зберегти матку.

Алгоритм ведення пацієнток з ЛМ в залежності від репродуктивних планів



Класифікація пухлин яєчників:

- 1) епітеліальні пухлини;
- 2) пухлини строми статевого тяжа;
- 3) ліпідно-клітинні пухлини;
- 4) герміногенні пухлини;
- 5) гонадобластоми;
- 6) пухлини м'яких тканин (неспецифічних для яєчників);
- 7) некласифіковані пухлини;
- 8) вторинні (метастатичні) пухлини – пухлина Крукенберга.
- 9) пухлиноподібні процеси (лютеома вагітності, гіперплазія строми яєчників, фолікулярні кісти, кісти жовтого тіла, ендометріоз, запальні процеси, параоваріальні кісти).

Алгоритм обстеження хворих з пухлиною яєчника:

- **Скарги** (дискомфорт, біль внизу живота і попереку, порушення менструальної і репродуктивної функцій тощо)
- **Анамнез хвороби та життя** (перенесені дитячі інфекції, часті ангіни, хронічний тонзиліт, менструальна, генеративна, сексуальна функції, спадковість тощо)
- **Загальне фізикальне обстеження**
- **Гінекологічне ректо-вагінальне обстеження**
- **УЗД**
 - ✓ трансабдомінальна ехографія
 - ✓ трансвагінальна ехографія
- **Доплерографія** – візуалізація кровообігу в пристінковому елементі новоутворення
- **Кольорове доплерівське картування** кровоплину в маткових та яєчникових артеріях
- **Лапароскопія, кульдоскопія, кольпоскопія, фіброгастроуденоскопія, колоноскопія, ректороманоскопія**

- **Інфекційний скринінг.**
- **Моніторинг гормонального статусу** (статеві, гонадотропні, гормони щитовидної залози, наднирників)
- **Імунологічне обстеження** з метою оцінки імунного статусу
- **Визначення онкомаркерів** в сироватці крові:
 - ✓ Онкомаркер СА-125
 - ✓ Онкомаркер HE4

Ендометріоз

Ендометріоз – це доброякісне гормонозалежне захворювання, яке характеризується розростанням ендометріюїдної тканини (морфологічно та функціонально подібної з ендометрієм) за межами матки, що спричиняє хронічну запальну реакцію. Незважаючи на те, що у одних жінок з ендометріозом відмічається біль різного ступеню вираженості та безпліддя, в інших – захворювання може проходити взагалі безсимптомно.

Ця патологія зустрічається у близько 10% жінок із загальної популяції, Захворювання зустрічається у 7-50% менструюючих жінок, в період менопаузи не завжди піддається зворотному розвитку і в 1-2% випадків протікає злоякісно. Частота рецидивування ендометріозу коливається від 2% до 47%. При цьому ендометріоз у здорових жінок спостерігається в 5-20% випадків і більш ніж у 60% хворих з безплідністю чи/або тазовими болями.

В структурі гінекологічної патології ендометріоз займає третє місце після запальних захворювань жіночих геніталій і міоми матки. Дана проблема є прикордонним станом між пухлинним зростанням і гіперпластичними процесами майже у 50% жінок, хворих на безпліддя.

Актуальність ендометріозу пов'язана зі значним поширенням захворювання серед дівчат-підлітків та жінок репродуктивного віку та спричиненим ним безпліддям, а також формуванням стійкого больового синдрому, що негативно впливає на якість життя жінки. Медичні аспекти генітального ендометріозу визначаються значним поширенням даної патології, прогресуючим перебігом захворювання, його тяжкістю, порушенням функції статевих органів та інших систем організму, що значною мірою впливає на якість життя.

Згідно з класифікацією Американського товариства фертильності при різноманітних локалізаціях ендометріозу враховують ступінь поширеності, глибину ураження і тяжкості захворювання, відповідно до чого формують бальну оцінку зазначених параметрів. Виділяють 4 стадії захворювання: I - (1-5 балів), II - (6-15 балів), III - (до 16-40 балів), IV - (40 балів і більше).

Класифікація ендометріозу (Американське товариство фертильності, 2013)

Ендометріоз			< 1 см	1-3 см	> 3 см
Очеревина	Поверхневий		1	2	4
	Глибокий		2	4	6
Яєчники	Правий	Поверхневий	1	2	4
		Глибокий	4	16	20
	Лівий	Поверхневий	1	2	4
		Глибокий	4	16	20
Облітерація позаматкового простору часткова – 4; повна – 40					
Спайки			покривають <1/3	покривають < 1/3 - 2/3	покривають >2/3
Яєчники	Правий	Ніжні	1	2	4
		Щільні	4	8	16
	Лівий	Ніжні	1	2	4
		Щільні	4	8	16
Маткові труби	Права	Ніжні	1	2	4
		Щільні	4	8	16
	Ліва	Ніжні	1	2	4
		Щільні	4	8	16

Примітка. Повністю запаяний фімбріальний відділ труби слід оцінювати у 16 балів.

Сучасна клінічна класифікація ендометріозу включає три основні форми, які відрізняються клінічним значенням і підходами до лікування:

- 1) поверхневий перитонеальний ендометріоз (ППЕ);
- 2) ендометріомі яєчників; (ЕЯ)
- 3) глибокий інфільтративний ендометріоз (ГІЕ). (ESHRE)

Клінічні ознаки ендометріозу:

1. Типові симптоми: ХТБ, дисменорея, диспареунія, безпліддя.
2. Менш типові симптоми: міжменструальні кров'яністі виділення, АМК, дизурія, дисхезія (порушення дефекації).
3. Більш рідкісні симптоми: гематурія, кровотечі з прямої кишки.
4. Симптоми, які зустрічаються дуже рідко: гемоїтизис (кровохаркання), кишкова непрохідність, водянка нирки та сечоводу, шкіряні вузли тощо, залежно від локалізації.

Клінічними ознаками ендометріозу також є слабкість, швидка втомлюваність, значна втрата працездатності. Вираженість больового синдрому, що регулярно повторюється в дні менструації, та прогресуюча слабкість сприяють появі почуття тривоги, страху. Необхідно враховувати, що не завжди спостерігається кореляція між розміром вогнища ураження, тривалістю процесу та клінічними проявами захворювання.

Ендометріодна кіста яєчника навіть великих розмірів може не давати больової симптоматики, проте іноді спричинює біль, особливо напередодні та під час менструації, який може супроводжуватися нудотою, блювотою, втратою свідомості. При мікроперфорації ендометріодних кіст нерідко виникають явища перитоніту. Для більшості хворих на ГЕ матки характерні рясні тривалі менструації, нерідко АМК, відчуття вжості, розпирання в нижніх відділах живота.

Характер порушень менструальної функції багато в чому залежить від локалізації вогнищ ендометріозу, ступеня ураження геніталіїв і тазових органів.

Найбільш частими з них є:

- прогресуюча дисменорея (при внутрішньоматковому ендометріозі з ураженням перешийку, ендометріозі яєчників, тазової очередини, крижовоматкових зв'язок, позашийковому ендометріозі з залученням параректальної клітковини та стінки прямої кишки);
- аномальні маткові кровотечі (при аденоміозі в поєднанні із лейоміомою матки);
- кровомазання до і після менструації, контактні кров'янисті виділення (при ендометріозі піхви, шийки матки, шийкового каналу, ендометріозі яєчників і аденоміозі матки).

В окремих випадках ендометріозу, які характеризуються серйозними порушеннями анатомічних структур в ділянці придатків матки, безплідність стає прямим наслідком таких пошкоджень, як оклюзія маткових труб, спайкова деформація фімбрій, повна ізоляція яєчників періоваріальними спайками, пряме пошкодження тканини яєчників ендометріюїдними кістами та інше. Клінічними ознаками ендометріозу можуть також бути психоемоційні порушення. При проведенні диференціального діагнозу тазового болю в молодих жінок у першу чергу як причину необхідно припускати ендометріоз, поки не доведена інша причина больових проявів.

Інструментальні методи діагностики генітального ендометріозу дають змогу оцінити ступінь розповсюдженості захворювання, тяжкість анатомічних порушень:

- а) УЗД (трансабдомінально та трансвагінально);
- б) ендоскопічне дослідження (кольпоскопія, ректороманоскопія, лапароскопія, гістероскопія, цистоскопія) проводиться залежно від показань;
- в) цитологічний метод дослідження;
- г) МРТ за показаннями; д) обов'язкове гістологічне дослідження матеріалу, взятого при біопсії.

УЗД (трансабдомінально та трансвагінально). Ехографічна діагностика дифузної форми ендометріозу тіла матки ґрунтується на наступних критеріях:

- а) збільшення передньо-заднього розміру матки;
- б) округлість її форми;
- в) наявність в міометрії (напередодні менструації) аномальних кістозних порожнин діаметром 3-5 мм.

Застосування піхвового датчика покращує інформативність УЗД у таких випадках. Ехографічними ознаками вузлової форми ендометріозу тіла матки є:

- поява в стінці матки зони підвищеної ехогенності округлої чи овальної форми;
- наявність в ній невеликих анехогенних включень або кістозних порожнин, які містять дрібнодисперсну масу;
- не завжди чіткі контури утворення, підвищена ехогенність біля переднього контура утворення і понижена - біля віддаленого.

При УЗД ендометріюїдних кіст необхідно проводити диференційну діагностику з іншими об'ємними утвореннями в яєчниках, що мають подібну картину, а саме з гематою яєчника, абсцесом, туберкульозом яєчника та дермоїдними кістами. Для діагностики ГЕ, оцінки ступеню та характеру судинних порушень використовуються доплерометричні дослідження кровоплину в артеріях органів малого таза.

Гістероскопія. Основною ендоскопічною ознакою ГЕ при гістероскопії є наявність вічок ендометріюїдних ходів у вигляді темно-червоних крапкових отворів на фоні блідо-рожевого відтінку слизової порожнини матки, з яких, в окремих випадках, виливається кров (при множинній локалізації вогнищ ГЕ ендоскопічна картина нагадує будову бджолиних стільників). Разом з тим, діагностична цінність цієї ознаки викликає певні сумніви, враховуючи, що вона часто зустрічається після попереднього інструментального вилучення функціонального шару ендометрію, при вишкрібанні якого пошкоджується

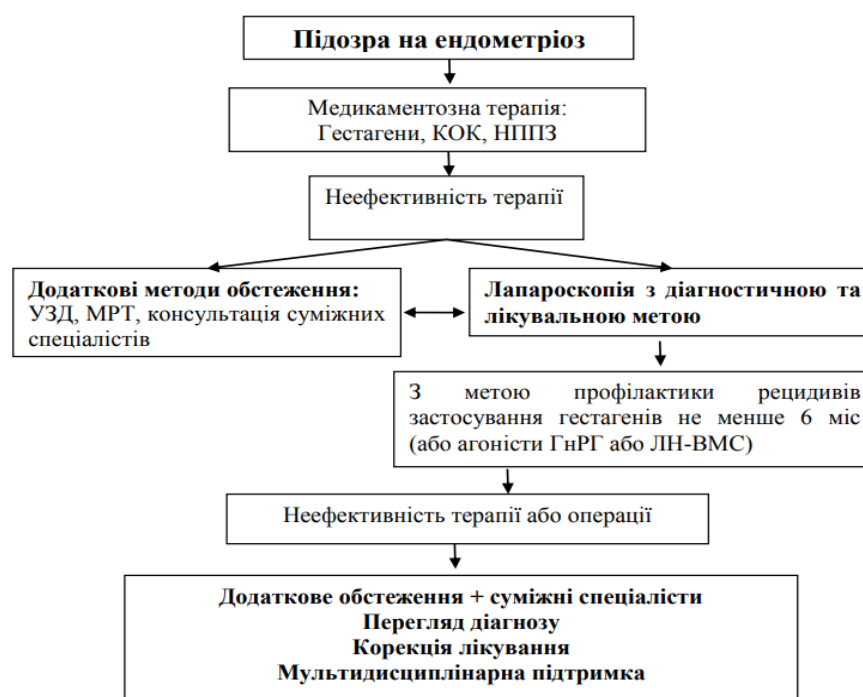
цілісність судинної системи базального шару слизової матки, і нерідко за ендометріюїдні гетеротопії приймаються вени, з яких виливається кров. Висока інформативність гістероскопії в діагностиці вузлової форми аденоміозу - при цій формі захворювання змінюється рельєф слизової оболонки тіла матки. Для вузлової форми аденоміозу характерні збільшення та деформація порожнини матки внаслідок локального вибухання її уражених стінок, на яких локалізуються патологічні утворення з жовтим або блідожовтим відтінком без чітких меж, іноді з наявністю поверхневих ендометріюїдних «зіниць». Для всіх форм аденоміозу спільним є яскравість та неоднорідність судинного малюнку.

Лапароскопія з хромогідротубацією дає змогу оглянути всю черевну порожнину від дугласового простору до діафрагми та перевірити прохідність маткових труб у жінок, які зацікавлені у реалізації репродуктивної функції. Ендометріоз може локалізуватися на різних органах і залучити в процес будьяку перитонеальну структуру та мати різноманітні прояви (білий, червоний, синій, бульбашковий). Лапароскопія дає змогу не тільки виявити ендометріоз, його локалізацію, ступінь розповсюдження, стан матки, маткових труб та яєчників, але й надає можливість виконати ендокоегуляцію ендометріюїдних гетеротопій, взяти біопсію і призначити адекватну терапію. При підозрі на ендометріоз доцільно розпочати емпіричне лікування навіть без остаточного підтвердження діагнозу за допомогою лапароскопії та/або гістології. Це необхідно робити в усіх випадках тяжкої дисменореї, резистентної до лікування нестероїдними протизапальними препаратами, за наявності болю при огляді органів малого тазу та виявленні вузлів при пальпації матково-крижових зв'язок і ректовагінальної перетинки, або при сонографічному виявленні кісти яєчника з ознаками, характерними для ендометріому.

Лабораторна діагностика генітального ендометріозу. З метою встановлення/підтвердження діагнозу ГЕ призначаються:

- цитологічне дослідження;
- гістологічне дослідження матеріалу, взятого при біопсії;
- рутинно не рекомендовано використовувати з метою діагностики ендометріозу імунологічні біомаркери, в тому числі СА-125, які містяться в плазмі, сечі або сироватці крові, оскільки це не є інформативним, хоча рівень СА-125 у сироватці крові при помірних і тяжких формах ендометріозу може бути дещо підвищеним.

Загальний алгоритм організації медичної допомоги пацієнткам з ендометріозом



ДОБРОЯКІСНІ ЗАХВОРЮВАННЯ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ

Скарги з боку молочних залоз є однією із найбільш частих причин звернення за медичною допомогою. При цьому деякі доброякісні захворювання молочних залоз пов'язані зі збільшенням ризику раку молочної залози (далі – РМЗ), що вимагає повного та всебічного обстеження з метою своєчасного виявлення та лікування доброякісної патології молочних залоз. ДЗМЗ тривалий час знаходились в тіні сучасних алгоритмів попередження та зниження ризику раку і потребують сучасного регламентованого мультидисциплінарного підходу. Окрім ДЗМЗ, прискіпливої уваги вимагають ураження молочної залози з невизначеним потенціалом злоякісності.

Усі пацієнти зі скаргами з боку молочних залоз підлягають фізикальному та, за необхідності, інструментальному обстеженню. Під час діагностики є необхідним ретельний збір анамнестичних даних, який повинен включати визначення факторів ризику злоякісної трансформації тканин молочної залози. Обсяг застосування спеціальних діагностичних методів залежить від статі та віку пацієнта і ґрунтується на виявленні ключових скарг і знахідок при обстеженні. До таких методів відповідно до показань належать:

- методи візуалізації: ультразвукове дослідження (далі – УЗД) молочних залоз, мамографія, магнітно-резонансна томографія (далі – МРТ) молочних залоз;
- морфологічні методи: тонкогілкова аспіраційна біопсія, товстогілкова біопсія, трепан-біопсія, ексцизійна біопсія.

При діагностиці ДЗМЗ застосовується синдромальний підхід, який враховує провідні скарги/знахідки з боку молочної залози – масталгія, наявність пальпованих утворень, виділення із сосків тощо.

Доброякісні захворювання молочних залоз (ДЗМЗ):

- непроліферативні ураження молочної залози;
- проліферативні ураження молочної залози без атипії, у тому числі фіброаденоми (далі – ФА), помірна/виражена гіперплазія звичайного типу, внутрішньопротокова папілома (далі – ВПП);
- радіальний рубець/комплексне склерозуюче ураження;
- атипія плоского епітелію;
- атипова гіперплазія;
- тубулярні аденоми;
- філоїдні пухлини;
- лобулярна карцинома *in situ*;
- інші ураження, у тому числі запальні захворювання молочних залоз і зміни шкіри грудей.

ДЗМЗ можуть мати симптомний або безсимптомний перебіг, при цьому анамнестичним і фізикальним ознакам часто бракує чутливості та специфічності, що зумовлює застосування низького діагностичного порогу до використання інструментальних методів обстеження при підозрі на доброякісні захворювання та/або ураження високої злоякісності (ВЗ).

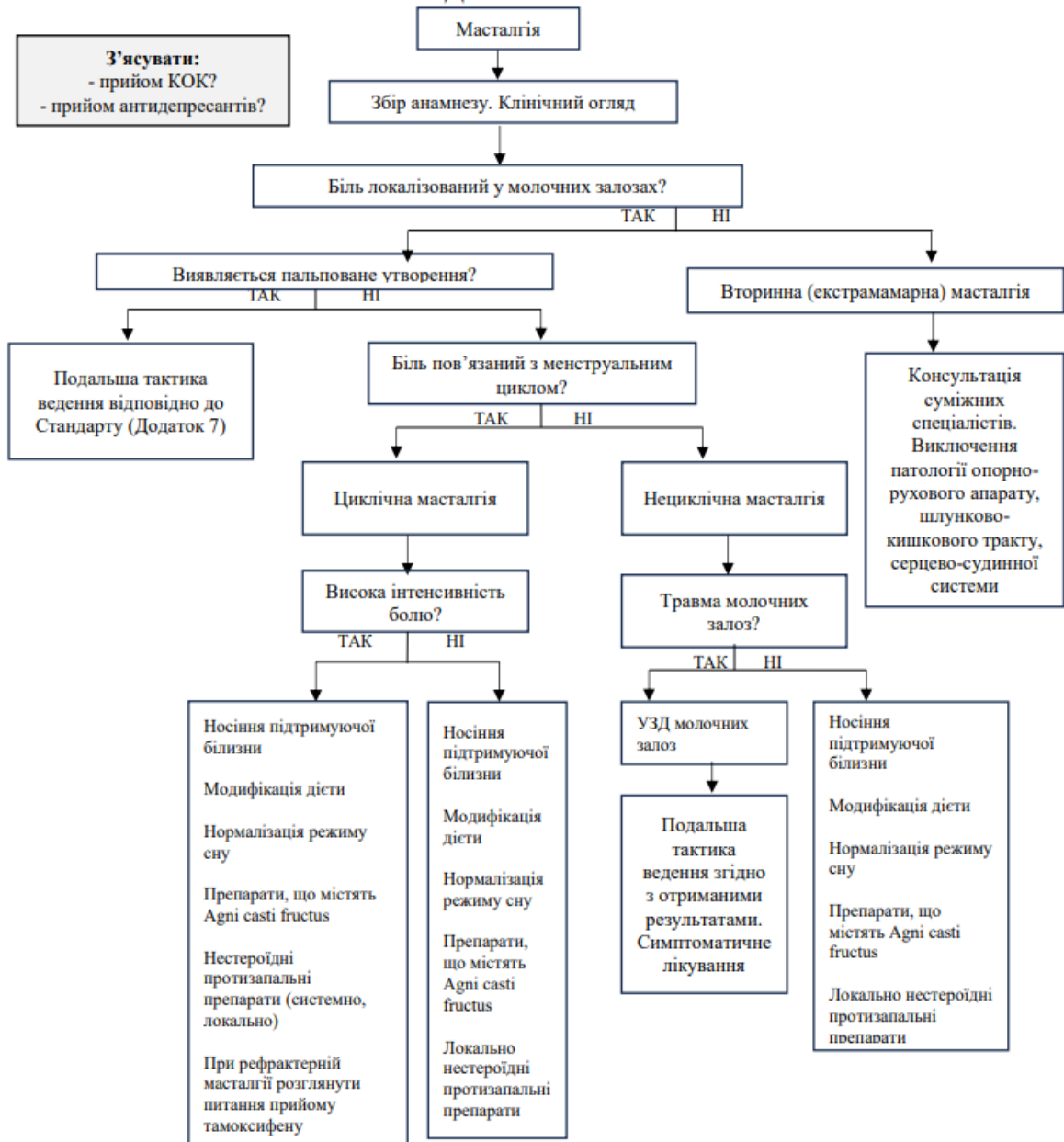
Тактика ведення пацієнток із ДЗМЗ, у тому числі з ураженнями ВЗ, залежить від віку та результатів клінічного й інструментального обстеження. Вибір алгоритмів лікування та подальшого спостереження повинен враховувати оцінку факторів ризику злоякісної трансформації виявлених утворень.

Клінічне обстеження молочних залоз:

1. вимити руки;
2. вдягнути оглядові рукавички;
3. оглянути молочні залози, оцінити їх форму, колір шкіри, соски, ділянки навколо соска (асиметрію, втягнення тощо);

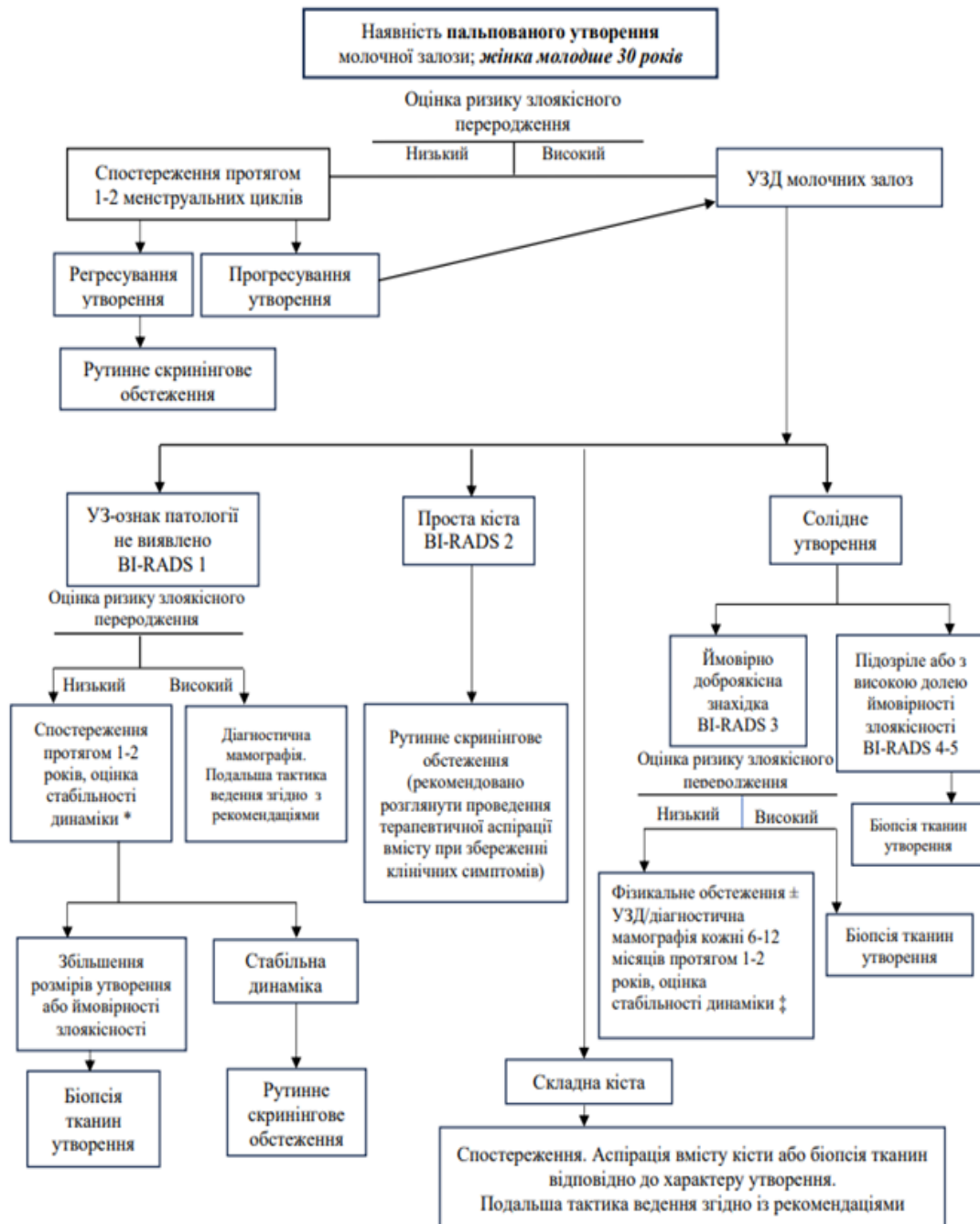
4. обстежити тканину молочних залоз за годинниковою стрілкою чи по квадрантам та визначити її щільність, однорідність, чутливість, наявність/відсутність об'ємних новоутворень;
5. при виявленні новоутворення визначити його форму, розміри, консистенцію, межі утворення, рухомість, співвідношення з тканиною молочної залози, болісність;
6. провести пальпацію лімфовузлів в надключичній, підключичній та пахвовій ділянках;
7. визначити наявність патологічних виділень з молочних залоз;
8. проінформувати пацієнтку про результати дослідження;
9. подякувати пацієнтці;
10. зняти оглядові рукавички;
11. вмити руки.

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ЖІНОК ІЗ МАСТАЛГІЄЮ

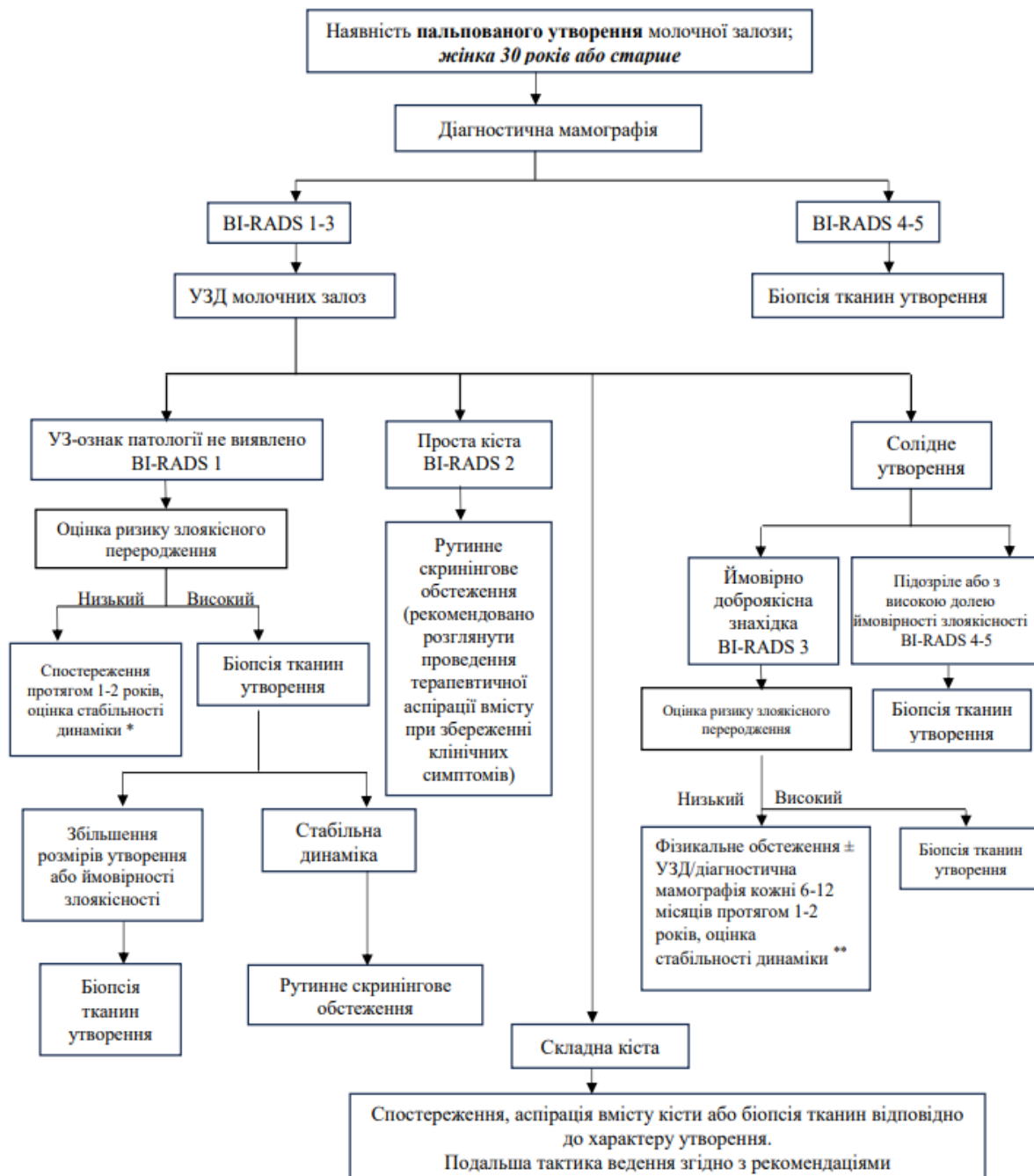


ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ЖІНОК ІЗ НАЯВНИМ УТВОРЕННЯМ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ, ЩО ПАЛЬПУЄТЬСЯ

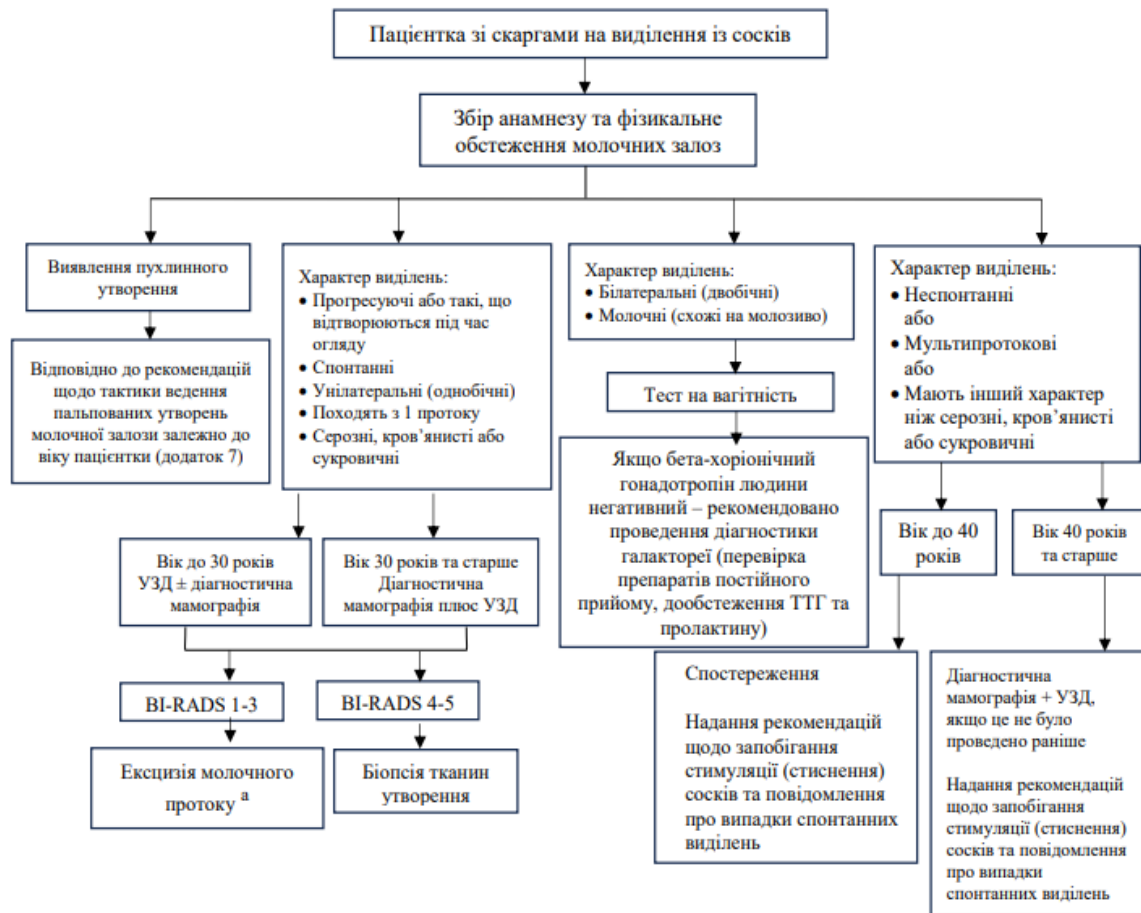
Вік жінки: молодше 30 років



Вік жінки: 30 років або старше



ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ЖІНОК ІЗ ВИДІЛЕННЯМИ ІЗ СОСКІВ



3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Питання:

- Етіопатогенетичні аспекти міоми матки, доброякісних пухлин яєчників та дисгормональної патології молочної залози;
- Теорії етіопатогенезу зовнішнього ендометріозу;
- Сучасна класифікація доброякісних новоутворень жіночих статевих органів;
- Відмінність доброякісних пухлин яєчників від пухлиноподібних утворів яєчників;
- Основні принципи обстеження пацієнток із доброякісними новоутвореннями жіночих статевих органів та молочних залоз;
- Сучасні принципи і методи лікування міоми матки та доброякісних пухлин жіночих статевих органів та захворювань молочних залоз;
- Сучасні принципи і методи лікування ендометріозу (гормональні, хірургічні, новітні ендоскопічні технології) ;
- Безпліддя та доброякісні пухлинні захворювання жіночих статевих органів;
- Відновлення фертильності після органозберігаючих операцій з приводу міоми матки та зовнішнього ендометріозу.

1. Пацієнтка 39 років, звернулась до лікаря ЖК зі скаргами на відчуття тяжкості внизу живота, дизурію. Менструації регулярні, але стали більш рясними. При вагінальному обстеженні встановлено, що матка збільшена до 18 – 19 тижнів вагітності, щільна, нерівної поверхні, на передній стінці матки пальпується кулясте утворення розміром до 10 см, щільне, безболісне. Придатки матки не визначаються. Параметрії вільні, склепіння глибокі.

Завдання:

1. Який імовірний діагноз?
2. Який необхідний додатковий метод дослідження для встановлення діагнозу?
3. Об'єм оперативного втручання, доступи оперативного втручання?

Відповідь:

1. Міома матки, вузлова форма, субсерозний варіант 13 – 14 тижнів.
 2. Для встановлення діагнозу показане УЗД органів малого тазу.
 3. Екстірпація матки без придатків (доступи: лапаротомний, лапароскопічний)
2. Пацієнтка 47 років, доставлена каретою ШМД в гінекологічне відділення зі скаргами на різкий біль внизу живота, більше зліва, слабкість, слизові виділення з статевих шляхів. В анамнезі: 2 пологів, 4 аборти. Два місяці тому діагностовано пухлину яєчника, рекомендовано оперативне лікування, від якого жінка відмовилась. УЗД: пухлина лівого яєчника 10*12см, в порожнині малого тазу – вільна ридина.

Завдання:

1. Який імовірний діагноз?
2. Об'єм оперативного втручання?

Відповідь:

1. Розрив кісти лівого яєчника.
2. Оперативне лікування: лівобічна кістектомія.

Нетипові тестові питання:

1. Пацієнтка 33 років, доставлена машиною швидкої допомоги в гінекологічне відділення зі скаргами на рясні кров'яністі виділення з піхви, загальну слабкість, порушений загальний стан. Загальний аналіз крові: гемоглобін – 96 г/л; еритроцити – $2,76 \cdot 10^{12}/л$; ШОЕ – 15 мм/год, кольоровий показник – 0,8. Діагноз: міома матки, геморагічний синдром. Яка з форм міоми матки може бути причиною цієї клінічної картини?

- А. Субсерозна міома матки
- В. Інтрамуральна міома матки
- С. Субмукозна міома матки*
- Д. Некроз інтрамурального вузла
- Е. Перекрут ніжки субсерозного вузла

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

- А. Протизапальна терапія
- В. Терапія андрогенами
- С. Консервативна терапія естроген-гестагенними препаратами
- Д. Санаторно-курортне лікування
- Е. Оперативна лапароскопія*

3. До жіночої консультації звернулася жінка 40-ка років зі скаргами на порушення менструального циклу за типом гіперполіменореї протягом півроку, тягнучі болі в нижніх відділах живота, слабкість. В ході гінекологічного обстеження тіло матки збільшене до 12 тижнів вагітності, щільне, рухоме, безболісне. В крові: Нв - 90 г/л. Яка патологія є найбільш імовірною?

- А. Кістома яєчника
- В. Вагітність
- С. Міома матки*
- Д. Дисфункціональна маткова кровотеча
- Е. Рак тіла матки

4. Хвора скаржиться на біль внизу живота, який посилюється під час місячних і статевих контактів, та іррадіює в піхву. Під час піхвового дослідження - ззаду від матки виявляються щільні, вузлуваті, болючі утворення. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Ретроцервікальний ендометріоз*
- B. Аденоміоз
- C. Периметрит
- D. Хронічне запалення придатків матки
- E. Параметрит

5. В ході профогляду встановлено: у жінки 23-х років вагітностей не було. При бімануальному обстеженні виявлено: тіло матки нормальних розмірів, на передній стінці - щільне округле утворення на ніжці, пов'язане з маткою, розмірами в діаметрі до 6-ти см, неболюче, додатки без особливостей. За допомогою УЗД підтверджено діагноз субсерозної міоми матки. Який метод лікування слід запропонувати?

- A. Консервативна міомектомія*
- B. Ампутація матки
- C. Дефундація матки
- D. Екстирпація матки
- E. Висока надпіхвова ампутація матки

6. Хвора 48-ми років скаржиться на рясні менструації. Родів - 2, абортів - 2. За останні 2 роки до гінеколога не зверталась. Об'єктивно: зовнішні статеві органи без патології, шийка матки циліндрична, чиста. Тіло матки збільшене до 14-15 тижнів вагітності, нерівної поверхні, рухоме, безболісне. Склепіння глибокі. Придатки не визначаються, ділянка придатків безболісна. Параметрії вільні. Виділення слизові. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Фіброміома матки*
- B. Саркома тіла матки
- C. Вагітність 14-15 тижнів
- D. Хоріонепітеліома
- E. Рак ендометрія

7. Хвора 26-ти років звернулася до жіночої консультації зі скаргами на біль внизу живота, який посилюється під час менструації, мажучі кров'яністі виділення до і після менструації. Захворювання пов'язує зі штучним абортom. В дзеркалах: на шийці матки 5 темно-червоних включень. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Зовнішній ендометріоз*
- B. Поліпоз шийки матки
- C. Рак шийки матки
- D. Ерозія шийки матки
- E. Дисплазія шийки матки

8. Хвора 28-ми років під час самообстеження виявила пухлину у верхньому зовнішньому квадранті правої молочної залози. Під час пальпації - безболісне, тверде, рухоме утворення в молочній залозі діаметром 2 см, периферичні лімфатичні вузли не змінені. Ультразвукове дослідження молочних залоз: у верхньому зовнішньому квадранті правої молочної залози об'ємне утворення підвищеної ехогенності, розміром 21x18 мм. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Фібroadенома*
- B. Кіста молочної залози
- C. Дифузна мастопатія
- D. Рак молочної залози
- E. Мастит

9. У жінки 28-ми років в період менструації виникає біль внизу живота розпираючого характеру; «шоколадні» виділення з піхви. В анамнезі - хронічний аднексит. При бімануальному огляді: зліва від матки визначається пухлиноподібне утворення розмірами

7х7 см нерівномірної консистенції, болюче при зміщенні, обмежено рухоме. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Ендометріоїдна кіста лівого яєчника*
- В. Фолікулярна кіста лівого яєчника
- С. Фіброматозний вузол
- Д. Загострення хронічного аднекситу
- Е. Пухлина сигмоподібної кишки

10. Пацієнтка віком 15 років скаржиться на періодичний біль внизу живота, зокрема праворуч. Із анамнезу відомо, що менструальна функція не порушена, статевим життям не живе. Під час ректоабдомінального дослідження виявлено: матка не змінена, зліва додатки не визначаються, з правого боку пальпується утворення овоїдної форми, розміром 10х11 см з гладкою поверхнею, тугоеластичної консистенції, рухоме, не болюче. Який найімовірніший діагноз?

- А. Апоплексія яєчника
- В. Позаматкова вагітність
- С. Хронічний сальпінгоофорит
- Д. Пухлина правого яєчника*
- Е. Гострий апендицит

ТЕМА 6.
«ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ ЖІНКИ.
ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЮВАННЯ»

Мета: Навчити проводити оцінку стану пацієнтки звернувшоїся за допомогою, скласти план обстеження з використанням сучасних методів діагностики, аналізувати дані лабораторних та інструментальних обстежень при, передракових та злоякісних захворюваннях жіночої статеві системи та визначити попередній діагноз; визначати тактику ведення (принципи оперативних втручань та консервативного лікування, реабілітаційні заходи) при передракових та злоякісних захворюваннях жіночої статеві системи.

Основні поняття:

- Передракові захворювання статевих органів жінки.
- Злоякісні новоутворення статевих органів жінки.
- Сучасні методи діагностики, принципи лікування та профілактики.

План:

1. Контроль опорного рівня знань

1. Пацієнтка К., 45 років, удруге за рік звернулася до лікаря зі скаргами на міжменструальні кров'яністі виділення зі статевих шляхів. За результатами пайпель-біопсії встановлена комплексна залозиста гіперплазія ендометрію без атипії. Отримувала консервативну терапію гестагенами протягом трьох місяців. При контрольному огляді за результатами УЗД товщина ендометрію 23 мм. Проведено контрольну пайпель-біопсію та отримано результат: комплексна гіперплазія ендометрію з фокусами атипії. Які подальші дії лікаря?

- A. Гістеректомія без придатків*
- B. Фракційне лікувально-діагностичне вишкрібання порожнини матки
- C. Гістероскопія
- D. Консервативна терапія гестагенами
- E. Гемостатична терапія

2. У хворої Ф., 32 роки, при огляді в дзеркалах шийка матки гіперемована, тіло матки та придатки без патології. Проведено цитоморфологічне дослідження: дисплазія плоского епітелію шийки матки III ст. (HSIL за Bethesda). Які додаткові методи обстеження необхідно провести?

- A. Розширена кольпоскопія
- B. Динамічне спостереження один раз на рік
- C. Біопсія шийки матки під контролем розширеної кольпоскопії*
- D. Вишкрібання цервікального каналу з морфологічним дослідженням зскрібка
- E. Вакцинація від ВПЛ

3. У пацієнтки Р., 30 років, з репродуктивними намірами діагностована цервікальна інтраепітеліальна неоплазія (CIN III ст). Виявлено ВПЛ – 16-й та 18-й типи. При біопсії шийки матки під контролем розширеної кольпоскопії підтверджена тяжка дисплазія шийки матки (CIN III) з мікрофокусом *cr in situ*. Яка лікувальна тактика в даному випадку?

- A. Гістеректомія без придатків
- B. Консервативна протизапальна терапія
- C. Супрацервікальна гістеректомія без придатків
- D. Гістероскопія
- E. Конусоподібна ампутація шийки матки (операція Штурмдорфа)*

4. У пацієнтки К., 50 років, після відсутності менструації протягом десяти місяців з'явилися рясні кров'янисті виділення зі статевих шляхів. Результати морфологічного дослідження ендометрію: комплексна гіперплазія ендометрію з атипією. Яка лікувальна тактика в даному випадку?

- A. Гістероскопія
- B. Гормональна терапія
- C. Супрацервікальна гістеректомія без придатків
- D. Гістеректомія з придатками*
- E. Гемостатична терапія

5. Пацієнтка А., 30 років, звернулася в лікарню з приводу хронічної АМК, має репродуктивні наміри. УЗД органів малого таза: матка не збільшена, М-ехо 20 мм, ендометрій неоднорідний, придатки без патології. Проведено оперативне лікування: гістероскопія, резекція ендометрію. Дані морфологічного дослідження ендометрію: комплексна гіперплазія ендометрію з атипією. Яка лікувальна тактика в даному випадку?

- A. Гестагени три місяці та контроль УЗД у динаміці
- B. КОК до трьох місяців
- C. Гестагени в безперервному режимі шість місяців, контроль УЗД в динаміці та біопсія ендометрію після закінчення лікування з тримісячним інтервалом до двох негативних результатів*
- D. Гестагени в циклічному режимі протягом 3 місяців, контроль УЗД через три місяці.
- E. Контроль УЗД в динаміці

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою

Фонові та передракові захворювання жіночих статевих органів

Лейкоплакія вульви	Хронічний гіперпластичний процес клітин слизової оболонки вульви, який характеризується появою на зовнішніх статевих органах білих плям. В залежності від виразності гіперкератозу розрізняють плоску (просту), гіпертрофічну (що піднімається над поверхнею шкіри) і бородавчасту форми (верукозну) лейкоплакії.
Крауроз вульви (склерозуючий ліхен)	Хронічне захворювання, що характеризується дистрофічними змінами шкіри та слизової оболонки вульви. Це захворювання призводить до витончення, ущільнення та втрати еластичності шкіри вульви, що може супроводжуватися свербіжем, печінням, болем та іншими неприємними симптомами.
Кондиломи вульви	Кондиломи вульви, також відомі як генітальні бородавки, є вірусним захворюванням, що викликається вірусом папіломи людини. Вони проявляються у вигляді дрібних, м'яких, тілесного кольору або рожевих наростів на статевих губах, в піхві, а також в періанальній області.
Дисплазія вульви	Це аномальний ріст клітин епітелію вульви, які можуть бути передраковими. Вона може бути викликана інфекцією вірусу папіломи людини, але інші фактори також можуть відігравати роль. •VIN I (вульварна інтраепітеліальна неоплазія, слабка дисплазія) •VINII (вульварна інтраепітеліальна неоплазія, помірна дисплазія) •VINIII (вульварна інтраепітеліальна неоплазія, тяжка дисплазія або мікроінвазивна карцинома).
Ектопія шийки матки	Розташування циліндричного епітелію на вагінальній частині шийки матки.

Поліп цервікального каналу	Локальна проліферація сполучної тканини ендocerвіксу, покритої циліндричним епітелієм, яка виступає в просвіт цервікального каналу або за його межі.
Папілома шийки матки	Доброякісне новоутворення, спричинене вірусом папіломи людини (ВПЛ). Зазвичай папіломи на шийці матки мають вигляд дрібних, схожих на сосочки, наростів. Хоча вони є доброякісними, деякі типи ВПЛ можуть бути пов'язані з ризиком розвитку раку шийки матки.
Ектропіон шийки матки	Форма ектопії шийки матки, яка характеризується виворотом слизової цервікального каналу в піхву.
Еритроплакія шийки матки	Витончення епітелію, що виражається у вигляді червоної плями на шийці матки.
Лейкоплакія шийки матки	Захворювання, при якому на шийці матки утворюються білі плями внаслідок зроговіння епітелію (потовщення верхнього шару клітин). Вона може бути доброякісною, але має потенціал до переродження у рак, особливо якщо асоційована з вірусом папіломи людини.
Дисплазія шийки матки	Дисплазія шийки матки (цервікальна інтраепітеліальна неоплазія, ЦІН, cervical intraepithelial neoplasia, CIN) характеризується вираженою проліферацією атипового епітелію шийки матки з порушенням його шаруватості без залучення в процес строми та процес зроговіння поверхневих шарів багат шарового плоского епітелію шийки матки. Класифікація дисплазії шийки матки: Легка дисплазія (CIN I, LSIL): Атипові клітини вражають нижню третину епітелію. Може спостерігатися спонтанна регресія. Помірна дисплазія (CIN II, HSIL): Зміни клітин поширюються на середні шари епітелію, уражено до двох третин епітелію. Ризик переходу в рак вищий, ніж при легкій формі. Тяжка дисплазія (CIN III, HSIL): Атипові клітини вражають весь епітелій, але не проникають за базальну мембрану. Ризик переходу в рак значно вищий, і необхідне лікування. Також, дисплазія може бути описана за рівнями ураження: 1/3 епітелію (легка), до 2/3 епітелію (помірна) та ураження всього епітелію (важка).
Гіперплазія ендометрія	Гіперплазія ендометрія - це патологічна проліферація залоз ендометрія зі збільшенням відношення залоз до строми у порівнянні з нормальним проліферативним ендометрієм. Нормальний проліферативний ендометрій містить залози, які розташовані рівномірно і знаходяться в стромі при співвідношенні залоз до строми 1:1. ВООЗ ухвалила дворангову або бінарну класифікацію гіперплазії ендометрія: гіперплазія ендометрія без атипії та гіперплазія ендометрія з атипією.
Гіперплазія ендометрія з атипією	Значне збільшення внутрішнього шару матки, що характеризується наявністю клітин з морфологічними аномаліями.
Поліп ендометрія	Осередкове розростання ендометрію, що має судинну ніжку. Найчастіше походить з базального шару, що включає залозисту або фіброзну тканину. Існує кілька видів поліпів ендометрія: Залозистий поліп ендометрію складається переважно із залозистих клітин ендометрію, з'являється в силу гормональних порушень, наприклад, через надлишок естрогену.

	Фіброзний поліп ендометрію складається зі сполучної тканини і також є доброякісним. Гіперпластичний поліп ендометрію – це надмірне розростання ендометрію, яке має ризик злоякісності.
Кісти і кістоми яєчників	I. ЕПІТЕЛІАЛЬНІ ПУХЛИНИ А. Серозні, муцинозні, ендометріоїдні, мезонефроїдні (светлоклеточные), змішані; а) доброякісні – цистаденома, аденофіброма, поверхнева папілома; б) пограничні – проміжні форми цистаденом і аденофібром; в) злоякісні – аденокарцинома, цистаденокарцинома, папілярна карцинома. Б. Пухлина Бренера а) доброякісна; б) погранична; в) злоякісна. II. ПУХЛИНИ СТРОМИ СТАТЕВОГО ТЯЖА. А. Гранулезно-текаклітинні пухлини: гранулезоклітинні, група теком-фібром, пухлини, що не класифікуються. Б. Андробластоми, пухлини з клітин Сертолі і Лейдіга (диференційовані, проміжні, низькодиференційовані). В. Гінадробластоми. Г. Пухлини, що не класифікуються. III. ЛІПІДНО-КЛІТИННІ ПУХЛИНИ. IV. ГЕРМІНОГЕННІ ПУХЛИНИ. А. Дисгермінома. Б. Пухлина ендодермального синуса. В. Ембріональна карцинома. Р. Поліембрінома. Д. Хоріонепітеліома. Е. Тератоми (зріла, незріла). Ж. Змішані герміногенні пухлини. V. ГОНАДОБЛАСТОМА. VI. ПУХЛИНИ М'ЯКИХ ТКАНИН (неспецифічні для яєчників). VII. ПУХЛИНИ, ЩО НЕ КЛАСИФІКУЮТЬСЯ. VIII. ВТОРИННІ (МЕТАСТАТИЧНІ) ПУХЛИНИ. IX. ПУХЛИНОПОДІБНІ І ПЕРЕДПУХЛИННІ ПРОЦЕСИ: лютеома вагітності, гіпертекоз, фолікулярні кісти, кіста жовтого тіла, ендометріоз, запальні процеси, параоваріальні кісти.

Класифікація ВООЗ пухлин шийки матки 2020 року

Плоскоклітинні пухлини:

Плоскоклітинна метаплазія

Атрофія

Гострокінцева конділома

Плоскоклітинне інтраепітеліальне ураження ш/м низького ступеню (LSIL):

Цервікальна інтраепітеліальна неоплазія grade 1 (CIN1)

Плоскоклітинна інтраепітеліальна ураження ш/м високого ступеню (HSIL):

Цервікальна інтраепітеліальна неоплазія grade 2 (CIN2)

Цервікальна інтраепітеліальна неоплазія grade 3 (CIN3)

Плоскоклітинні карциноми:

Плоскоклітинний рак шийки матки, асоційований з ВПЛ

Плоскоклітинний рак шийки матки, незалежний від ВПЛ

Плоскоклітинний рак шийки матки, без додаткових уточнень (далі – БДУ)

Залозисті пухлини та попередники

Ендоцервікальний поліп

Мюллерова папілома шийки матки

Наботова кіста

Тунельні кластери

Мікрогландилярна гіперплазія

Лобулярна ендоцервікальна залозиста гіперплазія

Дифузна ламінарна ендоцервікальна гіперплазія

Мезонефральні залишки та гіперплазія

Аріас Стелла реакція шийки матки

Ендоцервікоз шийки матки

Тубоендометріюїдна метаплазія

Ектопічна тканина простати

Аденокарциноми:

Аденокарцинома in situ шийки матки, асоційована з ВПЛ

Аденокарцинома in situ шийки матки, незалежна від ВПЛ

Аденокарцинома, БДУ

Аденокарцинома шийки матки асоційована з ВПЛ

Аденокарцинома шийки матки ВПЛ-незалежна шлункового типу

Аденокарцинома шийки матки ВПЛ-незалежна світлоклітинного типу

Аденокарцинома шийки матки ВПЛ-незалежна мезонефрального типу

Аденокарцинома шийки матки ВПЛ-незалежна, БДУ

Ендоетріюїдна аденокарцинома шийки матки, БДУ

Інші епітеліальні пухлини

Карциносаркома шийки матки, БДУ

Аденосквамозна карцинома

Мукоепідермоїдна карцинома

Аденоїдна базальна карцинома шийки матки

Карцинома шийки матки некласифікована, БДУ

Змішані епітеліально-мезенхімальні пухлини

Аденоміома шийки матки:

Аденоміома мезонефрального типу

Аденоміома ендоцервікального типу

Аденосаркома шийки матки

Герміногенні пухлини шийки матки

Герміногенна пухлина, БДУ

Зріла тератома, БДУ Дермоїдна кіста, БДУ

Пухлина ендодермального синусу

Пухлина жовточного мішка, БДУ

Хоріонкарцинома, БДУ

ПРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШИЙКИ МАТКИ

До групи передракових станів належать вогнищеві поодинокі або множинні проліферати з явищами атипії клітин

- 1.Дисплазія,
- 2.Лейкоплакія з атипією клітинних елементів,
3. Аденоматоз

Класифікація передракових станів шийки матки

Дисплазія епітелія шийки матки (цервікальна інтраепітеліальна неоплазія, ЦІН, cervical intraepithelial neoplasia, CIN) характеризується вираженою проліферацією атипового

епітелію шийки матки з порушенням його шаруватості без залучення в процес стромы та процес зроговіння поверхневих шарів багатошарового плоского епітелію шийки матки. «Цервікальна інтраепітеліальна неоплазія» (CIN) розподіляється: CIN I слабка, CIN II помірна, CIN III тяжка.

За класифікацією БЕТЕСДА (ТБС):

Передракові зміни

CIN 1+ПВИ(, койлоцитоз, атипія, плоска кандилома= LSIL	LSIL – плоскоклітинні інтраепітеліальні ураження низького ступення
CIN II-III cr.in situ = HSIL	HSIL – плоскоклітинні інтраепітеліальні ураження високого ступення

Порушується нормальне диференціювання та стратифікація через гіперплазію базальних і парабазальних клітин без подальшої диференціації.

Отже, з'являється клітинна та тканинна атипія.

ФАКТОРИ РИЗИКУ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Пов'язані з інфікуванням ВПЛ

- Ранній початок статевого життя – у порівнянні з віком першого статевого акту у 21 рік або старше, ризик збільшується у 1,5 рази для жінок 18-20 років і вдвічі для жінок молодше 18 років.
- Кілька статевих партнерів – у порівнянні з одним партнером, ризик збільшується вдвічі з двома партнерами та втричі з шістьма або більше партнерами.
- Статевий партнер високого ризику (наприклад, партнер із кількома сексуальними партнерами, інфекціями, що передаються статевим шляхом, у анамнезі або наявність інфекції ВПЛ).
- Інфекції, що передаються статевим шляхом (наприклад, *Chlamydia trachomatis*, генітальний герпес, баквагіноз, тощо) в анамнезі.
- Наявність в анамнезі плоскоклітинної інтраепітеліальної неоплазії або раку вульви чи піхви.
- Імуносупресія (наприклад, ВІЛ-інфекція).

Не пов'язані з ВПЛ:

- Низький соціально-економічний статус.
- Застосування комбінованих гормональних контрацептивів ≥ 5 років у ВПЛ-позитивних жінок.
- Тютюнопаління. Паління тютюну пов'язане із підвищеним ризиком плоскоклітинного раку шийки матки, але не аденокарциноми.
- Спадковість.

Американське онкологічне товариство (ACS) рекомендує особам з шийкою матки, розпочати **скринінг РШМ** у віці 25 років і проводити первинне тестування на вірус папіломи людини кожні 5 років до 65 років (бажано); якщо первинне тестування на ВПЛ недоступне, то особам у віці від 25 до 65 років слід проводити скринінг за допомогою ко-тестування (тестування на ВПЛ у поєднанні з цитологічним дослідженням) кожні 5 років або тільки цитологічне дослідження кожні 3 роки (прийнятно) (*наполеглива рекомендація*). ACS рекомендує особам віком >65 років, які не мали в анамнезі цервікальної інтраепітеліальної неоплазії 2 ступеня або більш тяжкого захворювання протягом останніх 25 років, і яким задокументували адекватні негативні результати попереднього скринінгу протягом останніх 10 років, припинити будь-який скринінг РШМ (*кваліфікована рекомендація*). Ці нові рекомендації щодо скринінгу відрізняються у 4 важливих аспектах порівняно з рекомендаціями 2012 року: 1) найкращою стратегією

скринінгу є первинне тестування на ВПЛ кожні 5 років, причому ко-тестування і тільки цитологія є прийнятними, якщо доступ до первинного тестування на ВПЛ, схваленого Управлінням з контролю за якістю харчових продуктів і медикаментів США (FDA), ще недоступний; 2) рекомендований вік для початку скринінгу становить 25 років, а не 21 рік; 3) первинне тестування на ВПЛ, а також ко-тестування або тільки цитологічне дослідження, якщо первинне тестування недоступне, рекомендується починати з 25 років, а не з 30 років;

Комплексне обстеження хворих з патологією шийки матки

Діагностичні методи	
Основні методи обстеження	Додаткові методи обстеження (за наявності показань)
Збір анамнестичних даних	Бактеріоскопічне та бактеріологічне
Огляд шийки матки у дзеркалах	Вірусологічне
Цитологічне дослідження	Гормональне
Кольпоскопія	Кольпоцитологічне
Бімануальне піхвове дослідження	Сонографія органів малого тазу
Морфологічне дослідження цілеспрямованого біопсійного матеріалу	

Цитоморфологічне дослідження (дослідження клітин у зразку, взятому з шийки матки, під мікроскопом на наявність аномальних клітин (аномальні клітини можуть бути передраковими або раковими клітинами))

Для цього беруть мазки з підозрілих ділянок піхвової частини шийки матки, або зони трансформації (зовнішнє вічко шийки матки) цервікального каналу та передньобоквої частини шийки матки. Мазки беруть за допомогою цервікальної щітки, наносять на предметне скло, сушать й фарбують за певною методикою (по Папаніколау або гематоксилінеозином). Дослідження мазків під мікроскопом дозволяє виявити атипові ракові клітини.

Протягом багатьох років велися роботи в напрямку підвищення чутливості і специфічності Рар-тесту (мазок Папаніколау).

Головним недоліком традиційного РАР-тесту - хибнонегативні заключення:

1. Втрати клітинного матеріалу (до 80%) при взятті і нанесенні на скло.
2. Неможливість зробити тонке і рівномірне нанесення на скло клітинного матеріалу через слиз, елементи запалення і зруйновані клітини
3. Недотримання правил фіксації матеріалу на склі. Підсушування клітин значно зменшує діагностичну інформативність мікропрепаратів.
4. Неповне фарбування клітинного матеріалу, пов'язане з його багатошаровістю (товстий мазок).

В результаті отримана вибірка клітин, не дозволяє достовірно оцінити цитологічний препарат і дає помилково негативні результати.

Рідинна цитологія - методика, під час якої клітинний матеріал додають в спеціальний стабілізуючий розчин, який забезпечує його збереження і відправляють в лабораторію, де клітини автоматично відокремлюються від домішків крові та слизу. Після

репрезентативної вибірки клітини наносять на предметне скло моношаром і забарвлюють спеціальною фарбою, що покращує якість діагностики.

Результати цитологічного дослідження класифікують за системою Papanicolaou;

- 1) відсутність атипівих клітин;
- 2) атипові клітини без ознак злоякісності;
- 3) підозра на рак;
- 4) деякі ознаки раку;
- 5) рак.

Класифікація Бетесда

Цитологічна класифікація Бетесда заснована на терміні SIL (Squamous Intraepithelial Lesion) - плоскоклітинне інтраепітеліальне ураження. Ця класифікація зараз використовується для трактування цитологічних мазків шийки матки. При цьому клінічне значення має три види препаратів: нормальні мазки, без цитологічних змін; «незрозумілі» мазки, які не мають певного значення, інакше кажучи - що не дозволяють досліднику точно відповісти на питання про характер ураження, але в той же час не є нормою (ASC-US, Atypical squamous cells of undetermined significance), і передраки низького (LSIL) і високого (HSIL) ступеня.

МЕТОДИКА ЗАБОРУ МАТЕРІАЛУ ДЛЯ СКРИНІНГУ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Для цитологічного дослідження шийки матки заповнюється форма №203/о.

Фактори, що негативно впливають на якість зразка клітин шийки матки:

- Менструація, аномальна маткова кровотеча;
- Запальні захворювання піхви та шийки матки;
- Статевий акт протягом 24 годин до забору зразка;
- Виражений генітоуринарний синдром;
- Вагітність, післяпологовий період та період лактації;
- Фізикальні маніпуляції або хімічні подразнення, такі як: попереднє пальцеве дослідження піхви, дезінфікуючий крем або розчин, лубрикант, вагінальні лікарські засоби, вагінальні спринцювання або сперміцидний гель (менш ніж за 24 години до цього), попередня кольпоскопія з оцтовою кислотою (менш ніж за 24 години до цього), попереднє ЦДШМ (менше ніж за 3 тижні до цього), хірургічне втручання на шийці матки (менше ніж за 3 місяці до цього);
- Променева терапія.

Якість препаратів може бути низькою під час вагітності та в ранньому післяпологовому періоді внаслідок реактивних запальних змін. Тому вагітним жінкам з нормальними результатами скринінгу РШМ в анамнезі можна відкласти забір матеріалу для ЦДШМ до 6-8 тижнів після пологів, за винятком випадків, коли останній скринінг РШМ був проведений більше 3 років тому та/або готовність жінки дотримуватись рекомендацій до скринінгу РШМ вважається низькою. Якщо попередній результат скринінгу РШМ був аномальним, і після цього жінка завагітніла, скринінг РШМ відкладати не слід.

Забір зразків для цитологічного дослідження шийки матки

Проведіть огляд шийки матки в дзеркалах. Використовуйте інструмент, який дозволить зробити мазок - ексfolіат з ендцервіксу та ектоцервіксу, намагаючись зібрати клітини з зони переходу.

1. Забір за допомогою цервікальної щітки

За допомогою цервікальної щітки клітини ендцервіксу та ектоцервіксу відбираються одночасно. Довгі щетинки цервікальної щітки збирають ендцервікальні клітини, в той час як короткі щетинки - клітини екзоцервіксу.

Притисніть щітку до шийки матки та поверніть 5 разів на 360° за годинниковою стрілкою з легким натисканням, обертаючи ручку між великим і вказівним пальцями робочої руки (Рис. 1).

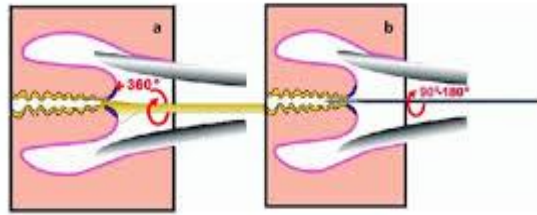


Fig. 4. Sampling of cellular material using the spatula (a: left) and the endocervical brush (b: right).

Рисунок 1. Забір клітинного матеріалу з шийки матки за допомогою цервікальної щітки.

2. Забір клітин ендцервіксу за допомогою ендцервікальної щітки (цитобраш)

Введіть ендцервікальну щітку на дві третини в цервікальний канал так, щоб нижня щетинка залишалася видимою, і обережно поверніть її на $90-180^\circ$. Ендцервікальну щітку слід завжди використовувати в поєднанні зі цервікальною щіткою.

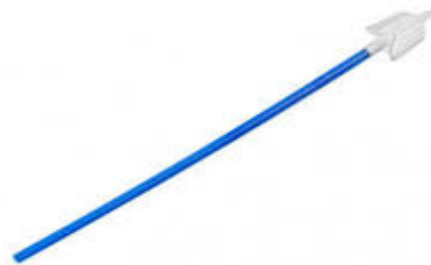
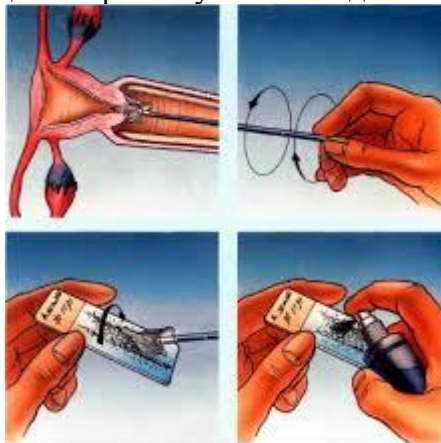


Рисунок 2. Забір клітинного матеріалу з шийки матки за допомогою ендцервікальної щітки (цитобраш)

3. Забір за допомогою комбінованої цервікальної щітки

Для збору зразків за допомогою комбінованої цервікальної щітки обережно введіть центральну частину щітки в цервікальний канал, доки бічні щетинки не торкнуться екзоцервіксу. Потім притисніть комбі-щітку до шийки матки та поверніть на 2 оберти за годинниковою стрілкою, обертаючи ручку між великим і вказівним пальцями робочої руки. Комбі-щітку не використовують під час вагітності.

Зразок для рідинного ЦДШМ береться так само, як і традиційний мазок, необхідно дотримуватися інструкцій виробника щодо збору зразків.

Перенесення і фіксація зразків для традиційного цитологічного дослідження

1. Для перенесення клітинного матеріалу з цервікальної щітки на предметне скло проведіть нею вздовж предметного скла, переверніть і повторіть процедуру з іншого боку. Зафіксуйте мазок негайно 96% етиловим спиртом або іншим фіксатором.

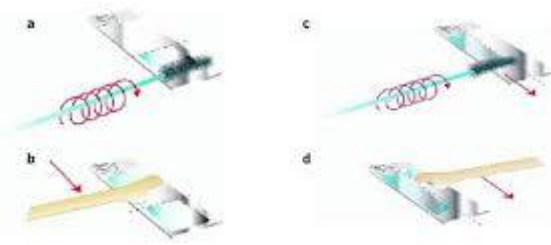


Fig. 5. Transfer of cellular material from the sampling device onto a glass slide

Рисунок 3. Перенос клітинного матеріалу з шийки матки за допомогою цервікальної щітки на предметне скло при традиційному тесті за Папаніколау

Для перенесення клітинного матеріалу з ендцервікальної щітки на предметне скло проведіть (не витирайте) відразу по зовнішній третині предметного скла в напрямку, протилежному тому, в якому був зібраний матеріал, шляхом обертання ручки. Робіть прокатування щіткою по предметному склу одним рухом (не зигзагом) і без тиску, щоб отримати тонкий і рівномірний мазок. Зафіксуйте мазок негайно 96% етиловим спиртом або іншим фіксатором.

Рекомендується розміщувати предметне скло на плоскій поверхні для фіксації розпиленням, щоб уникнути нерівномірної фіксації. Для фіксації мазків можна використовувати 96% етиловий спирт та аерозольні фіксатори для цитологічних досліджень. Якщо використовується фіксація аерозолем, зразок слід негайно зафіксувати шляхом розпилення під прямим кутом з відстані 20 см. Важливо, щоб вологі мазки були зафіксовані негайно, щоб запобігти частковому висиханню на повітрі.

Збір зразка для тестування на ВПЛ може проводитись медичним персоналом згідно з наступною методикою:

Матеріалом для дослідження служить зішкріб з цервікального каналу та/або зони трансформації, виконаний цервікальною щіткою.

При огляді в дзеркалах вставте цервікальну щітку для збору зразка шийки матки для тестування на ВПЛ в зовнішнє вічко шийки матки, доки зовнішні або нижні щетинки не торкнуться екзоцервіксу (не вставляйте ендцервікальну щітку або цервікальну щітку повністю в цервікальний канал). Поверніть цервікальну щітку за годинниковою стрілкою 5-6 разів (кількість обертів може відрізнятись у залежності від інструкцій виробника), обережно натискаючи на шийку матки. Вийміть щітку з цервікального каналу, уникаючи контакту зовнішньої сторони щітки або зразка з будь-яким іншим предметом. Вставте кінець цервікальної щітки в ємність для збору зразків і покрутіть, щоб ретельно промити в розчині. В залежності від інструкції виробника пристрою для забору зразків зламайте стрижень щітки по лінії надрізу або від'єднайте щітку від ручки, залишивши щітку всередині ємності. Встановіть кришку на ємність та надійно закрийте її. Помістіть ємність в мішок для зразків або контейнер для транспортування в лабораторію.

Збір зразка для тестування на ВПЛ може проводитись жінкою самостійно згідно з методикою, передбаченою діагностичною системою.

Дослідження шийки матки при аномальної клітинної морфології мазка за Папаніколау включає такі методики:

- проста і розширена кольпоскопія;
- біопсія шийки матки;
- вишкрібання слизової оболонки цервікального каналу (ендцервікальний кюретаж);
- прицельна та конусовидна біопсія шийки матки

Проста кольпоскопія. Кольпоскоп встановлюється на відстані 10-15 см від входу в піхву. За допомогою гінекологічного дзеркала відкривається доступ до шийки матки, і за

допомогою тампона видаляється серозні виділення. Лікар аналізує колір, стан шийки матки і піхви, а також судинну сітку.

Розширена кольпоскопія. Для розширеного дослідження застосовують розчини Люголя і 3% оцтової кислоти. Проба Шиллера дозволяє точно візуалізувати здорову тканину (забарвлюється коричневим відтінком).

Розширена кольпоскопія допомагає визначити ділянки патології, а відібраний з цих зон біопсійний матеріал направляється на гістологічне дослідження.

Прицільна біопсія. Проводиться забір невеликого фрагмента підозрілої на ураження тканини для мікроскопічного дослідження. На основі вивчення біопсійного матеріалу виставляють діагноз. Біопсію шийки матки, піхви, вульви можна й необхідно проводити за наявності показань — аномальних кольпоскопічних картин під час кольпоскопії. Така біопсія називається прицільною, тобто проводиться лікарем під кольпоскопічним контролем. Для гістологічного дослідження під час прицільної біопсії проводять забір двох-трьох зразків тканин.

Методи лікування захворювань шийки матки

1. Консервативні
2. Хірургічні: • локальна деструкція (діатермокоагуляція, кріодеструкція, лазерна деструкція); • радикальне оперативне втручання (ексцизія шийки матки, ампутація шийки матки, гістеректомія)
3. Комбінована

Первинна профілактика РШМ заключається в проведенні заходів по відношенні до осіб, які не мають ознак захворювання, з метою попередження його розвитку в подальшому.

Первинної профілактики РШМ є вакцинація дівчаток-підлітків до початку статевого життя. (Вакцини Гардаксил, Церварікс.

Вторинна профілактика РШМ заключається в ранньому виявленні і лікуванні жінок, які мають передракові зміни на шийці матки з метою попередження, в подальшому, розвитку інвазивного раку.

Третинна профілактика РШМ представляє собою комплексне чи комбіноване лікування, що включає оперативне втручання в поєднанні з променевою і хіміотерапією.

ГІПЕРПЛАСТИЧНІ ПРОЦЕСИ ЕНДОМЕТРІЯ (ГПЕ)

Наказ № 869 від 05.05.2021 Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги "Гіперплазія ендометрія"

Класифікація гіперпроліферативних процесів ендометрія (ВООЗ, 1994):

- проста неатипова гіперплазія ендометрія
- комплексна неатипова гіперплазія ендометрія
- проста атипова гіперплазія ендометрія
- комплексна атипова гіперплазія ендометрія
- аденокарцинома

Діагностика гіперпластичних процесів ендометрія

Основні завдання діагностики:

- Виявлення гіперпластичного процесу і клінічна інтерпретація результатів гістологічного дослідження ендометрія.
- Встановлення гормонозалежності гіперпластичного процесу і оцінка особливостей гормонального дисбалансу у конкретної пацієнтки

Етапи діагностики ГПЕ:

- Оцінка клінічних проявів

- УЗД органів малого тазу
- Гістероскопія за показаннями
- Забір тканини ендометрія та її гістологічне дослідження

Клінічними проявами гіперпроліферативних процесів ендометрія є АМК(маткові кровотечі) по типу метро- або менорагії, однак у 10-30% випадків відмічається асимптомний перебіг захворювання.

Основним методом скринінгу та моніторингу стану ендометрія є УЗД(ультразвукове дослідження) з використанням трансвагінального трансд'юсера, при якому визначається:

1. товщина ендометрія,
2. його структура,
3. рельєф порожнини матки,
4. наявність супутньої патології міометрія,
5. анатомічні особливості додатків матки,
6. ендометріально-маткове співвідношення (ЕМС), що являє собою відношення товщини ендометрія до передньозаднього розміру матки.

ПРОТОКОЛ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЕНДОМЕТРІЯ

Товщина ендометрія:	мм / не вимірюється
Ехогенність ендометрія:	
Однорідна	3-шаровий ендометрій, гіперехогенний, гіпоехогенний, ізоехогенний
Неоднорідна	- гомогенний ендометрій (кістозні утворення з рівними / нерівними краями) - гетерогенний ендометрій (без кіст, кістозні утворення з рівними / нерівними краями)
Серединна лінія ендометрія:	лінійна, нелінійна, переривчаста, не ідентифікується
"Яскравий край":	ні, так
Ендометріально-міометріальне з'єднання:	рівне, нерівне, перерване, невизначене
Синехії:	ні, так
Внутрішньоматкова рідина:	ні, так, _____ мм, ехогенність - анехогенна, низькоехогенна, "матове скло", змішана ехогенність
Кольорове доплерівське картування:	
оцінка кровотоку в межах ендометрія:	1 - 4 бали _____
судинний малюнок	судини не візуалізуються, одинична "домінуюча судина" без розгалуження / з розгалуженням, множинні "домінуючі" судини (вогнищеві, мультифокальні), розсіяні судини, циркулярний крото́к

ЕТАПИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТОК З ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ЕНДОМЕТРІЯ

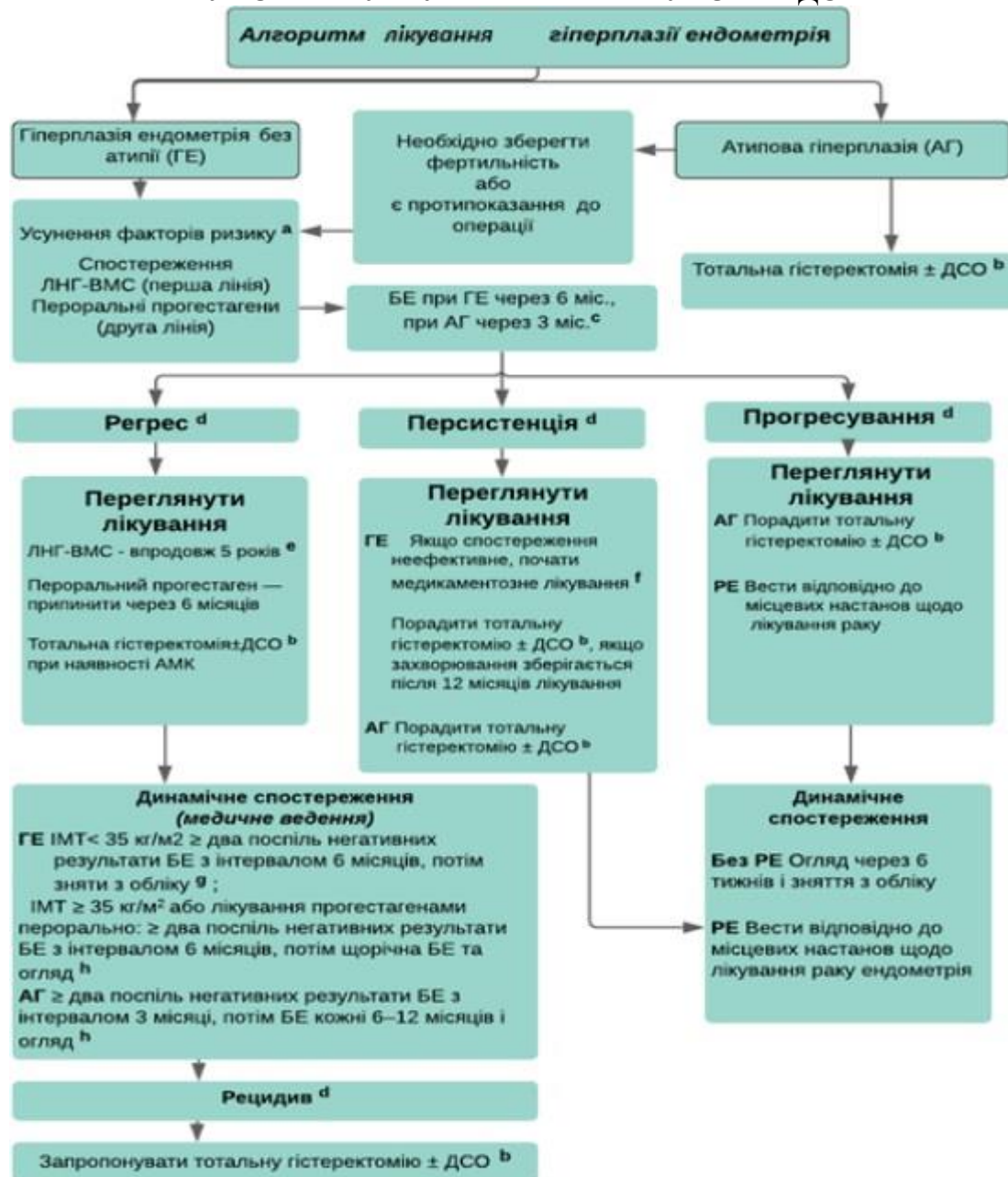
I етап Видалення зміненого ендометрія з наступним морфологічним дослідженням і визначенням подальшої тактики залежно від виду патології ендометрія.

II етап Гормональна терапія, спрямована на супресію ендометрія. Тривалість даного етапу гормональної терапії - 6 місяців з повторним гістологічним дослідженням через 3 та 6 місяців.

При гістологічно підтвердженій гіперплазії ендометрія через 3 місяці на тлі гормонотерапії проводиться корекція лікування, а у жінок з атиповими формами гіперплазії - метод лікування погоджується з онкогінекологом.

Гормонотерапія проводиться в репродуктивному періоді, а в пери- і постменопаузі - лише при неатипових формах гіперплазії ендометрія. Групи препаратів, що застосовуються для лікування:

АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРПЛАЗІЇ ЕНДОМЕТРІЯ



Примітки

а) До факторів ризику належать ожиріння, неадекватні режими МГТ, терапія тамоксифеном та ановуляція.

б) Розгляньте можливість збереження яєчників, виходячи з віку, статусу менопаузи й побажань пацієнтки. Окрім випадків відсутності регресу ГЕ або хронічної АМК після нехірургічного лікування, тотальна гістеректомія може бути показана, якщо є (I) побічні ефекти, пов'язані з лікуванням, (II) побоювання через дотримання режиму лікування чи динамічного спостереження або (III) побажання пацієнтки (наприклад, високий рівень тривожності щодо розвитку раку ендометрія).

с) Інтервал динамічного спостереження індивідуальний для кожної жінки з урахуванням вихідних факторів ризику, пов'язаних симптомів і відповіді на лікування.

d) Регрес - відсутність в зразках ендометрія ознак гіперплазії / злоякісності або неінформативний зразок ендометрія з належним чином розміщеного пристрою для взяття зразків ендометрія (пайпель).

Персистенція - відсутність регресу або прогресування початкового підтипу гіперплазії ендометрія після 3 місяців та більше.

Прогресування - розвиток атипової гіперплазії або раку ендометрія.

Рецидив - повернення гіперплазії ендометрія без атипії або з атипією після одного або декількох негативних результатів біопсії ендометрія.

e) Загалом рекомендується продовжувати застосування ЛНГ-ВМС протягом 5 років, особливо якщо ГЕ пов'язана з АМК або іншими вихідними факторами ризику та якщо немає побічних ефектів.

f) Почати медикаментозне лікування, якщо ГЕ спочатку не лікували. Рішення щодо продовження медикаментозного лікування необхідно ухвалювати після ретельного розгляду та обговорення з жінкою ризиків і переваг тривалого лікування проти тотальної гістеректомії з ДСО або без неї. Персистенцію тривалістю більше ніж 12 місяців пов'язують зі значним ризиком виникнення злоякісного новоутворення матки й високим ризиком недосягнення регресу, тому необхідно рекомендувати тотальну гістеректомію з ДСО або без неї.

g) У разі зняття з обліку проінформуйте жінку щодо її передбачуваного індивідуального ризику рецидиву, необхідності й надалі застосовувати будь-які стратегії зниження ризику та звернутися на терміновий огляд до лікаря акушера-гінеколога, якщо виникнуть нові епізоди АМК.

h) Розглянути доцільність постійного спостереження за станом ендометрія, продовження медикаментозного лікування або тотальної гістеректомії з ДСО або без неї, на основі вихідних факторів ризику, включно з ІМТ, симптомами АМК, вимогами до фертильності, дотриманням режиму лікування та динамічного спостереження, супутніми захворюваннями та оцінюванням співвідношення ризику й користі тотальної гістеректомії з ДСО або без неї.

{Текст взято з сайту МОЗ України <http://www.moz.gov.ua>}

Гестагени • дідрогестерон (лише при неатиповій гіперплазії ендометрія в репродуктивному віці з 5 по 25 день циклу в дозі 20-30 мг на добу); при атипових формах ГПЕ застосовують пролонговані форми гестагенів (медроксипрогестерона ацетат, гестонорону капроат, 12,5% 17 оксипрогестерону капронат).

Агоністи ГнРГ • Диферелін (трипторелін) 3,75 мг підшкірно 1 раз у 28 днів або 11,25 мг 1 раз у 90 днів ; бусерелін 3,75 в/м 1 раз у 28 днів Показання до застосування агоністів ГнРГ у жінок з ГПЕ • проста неатипова ГПЕ в пери- та постменопаузі • рецидивуючий перебіг простої неатипової ГПЕ у репродуктивному віці після монотерапії гестагенами • неатипова комплексна ГПЕ у репродуктивному віці і перименопаузі • рецидивуюча комплексна неатипова ГПЕ в репродуктивному віці • проста і комплексна атипова ГПЕ в репродуктивному віці

ГПЕ у сполученні з лейоміомою матки або аденоміозом Особливу увагу слід звернути на розвиток ГПЕ на тлі хронічних запальних захворювань геніталій у жінок. В таких випадках необхідно проведення етіотропної антибактеріальної терапії після попереднього бактеріологічного дослідження виділень.

III етап. Оптимізація гормонального статусу з метою попередження розвитку гіперестрогенемії.

В репродуктивному віці:

- відновлення 2-фазного менструального циклу;
- використання гормональних контрацептивів з гестагеном (дієногест);
- локальне використання гестагенів (ВМС с левоноргестрел «Мірена»).

В перименопаузі - геностаз з застосуванням агоністів ГнРГ протягом 6 місяців.

IV етап. Диспансерне спостереження протягом 5 років після ефективної гормональної терапії та 6 місяців після оперативного лікування. При неефективності консервативної терапії ГЕ показано хірургічне лікування.

Показання до оперативного лікування хворих з ГПЕ В репродуктивному віці:

- комплексна атипова ГПЕ при відсутності ефекта від консервативної терапії через 3 місяці
- проста атипова і комплексна неатипова гіперплазія при неефективності терапії через 6 місяців

В клімактеричному періоді:

- комплексна атипова гіперплазія - при встановленні діагнозу
- проста атипова і комплексна неатипова гіперплазія - при відсутності ефекту від консервативної терапії через 3 місяці

Визначаючи методи та обсяги оперативного втручання, слід відмітити, що при неатипових формах ГПЕ, особливо у жінок репродуктивного віку, доцільно використання гістероскопічної резекції або абляції ендометрія, а при атипових — перевага віддається гістеректомії. Однак в репродуктивному віці та в будь-якому віці при наявності соматичної патології можливо застосування абляції ендометрія, після отримання результатів пайпель-біопсії.

3.1 Формування професійних вмінь та практичних навичок

Питання:

- Гіперпластичні процеси ендометрія: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, методи лікування, тактика лікаря загальної практики.
- Профілактика передракових захворювань жіночих статевих органів.
- Етіопатогенетичні фактори, що зумовлюють розвиток патології шийки матки. Папіломавірусна інфекція.
- Класифікація передракових захворювань шийки матки.
- Передракові захворювання шийки матки: етіологія, клініка, діагностика, лікування.
- Методи діагностики передракових захворювань шийки матки.
- Лікувальна тактика при передракових захворюваннях шийки матки; показання до радикальних методів лікування.
- Вакцинація проти ВПЛ-інфекції.
- Поняття «гіперпластичні процеси ендометрія».
- Етіологія, патогенез гіперпластичних процесів ендометрія.
- Клінічні прояви гіперпластичних процесів ендометрія.
- Гістологічна класифікація гіперпластичних процесів ендометрія ВООЗ. Додаткові методи діагностики гіперпластичних процесів ендометрія.
- Лікувальна тактика при гіперпластичному процесі ендометрія в репродуктивному періоді.
- Лікувальна тактика при гіперпластичному процесі ендометрія в перименопаузальному періоді.
- Показання для оперативного лікування при гіперпластичному процесі ендометрія.

3.1. 1. Хвора 32-х років скаржиться на тягучі біль внизу живота, мажучі коричневі виділення перед менструацією та а-рясні виділення під час циклу. При бімануальному дослідженні матка дещо збільшена, більше в області перешийка, болюча при екскурсії, округлої форми. Придатки з обох сторін без особливостей. Попередній діагноз - внутрішній ендометріоз. При УЗД в порожнині єхопозитивна структура 1,5x1,0. Найбільш інформативна для діагностики та лікувальна тактика в цьому випадку.

1.Д-з Поліп ендометрія.

2. Алгоритм обстеження: Гістероскопія, поліпектомія. За результатами гістологічного дослідження призначається лікувальні заходи.

2.Хвора 45 років має скарги на виділення з піхви водянистого характеру та контактні кров'янисті. Останній онкоогляд 5 років тому, виявлена ерозія шийки матки, проведено лікування жировими тампонами. У дзеркалах: шийка матки гіпертрофірована, на обох губах шийки матки відмічаються розростання, які кровоточать при дотику. Вагінально: тіло матки дещо збільшене, рухоме, неболоче, додатки не визначаються. Склепіння піхви, параметрії – вільні. Який з методів є найбільш цінним для підтвердження діагнозу?

1.Д-з: Кольпоскопія з прицельною біопсією. Мазок на цитоморфологічне дослідження(рідинний, класичний).

2.Рекомендації:Контрольне спостереження у лікаря гінеколога, проведення дослідження на VPL(16-18) типа.

Тестові завдання.

1. Дівчина 22-х років прийшла до лікаря на планове обстеження. Вона викурює 1 пачку сигарет у день протягом 5-ти років. Має одного постійного статевого партнера, користуються презервативами. Дідусь по татовій лінії помер від серцевого нападу у 60 років. При фізикальному обстеженні пульс - 78/хв, частота дихання - 14/хв. артеріальний тиск - 110/70 мм рт.ст. При аускультії серця вислуховується голосистолічний шум у II міжребер'ї зліва від грудини. Яка рекомендація лікаря цій пацієнтці буде найбільш доречною?

- A. Кольпоскопія з біопсією*
- B. Пройти ПАП-тест
- C. Скринінг гіперліпідемії
- D. Пройти ПАП-тест та здати аналіз на ВПЛ
- E. Навчитися самообстеженню молочних залоз

2. Клінічна картина при гіперпластичних процесах ендометрію:

- A. Олігоменорея
- B. Аномальні маткові кровотечі
- C. Больовий синдром
- D. Зрушення лейкоцитарної формули вліво
- E. Підвищення ШОЕ*

3. Поліпоз ендометрію частіше виникає:

- A. У менопаузі
- B. Після пологів
- C. У клімактеричному періоді*
- D. Під час лікування прогестероном
- E. Після припинення прийому оральних контрацептивів

ТЕМА 7

«ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ»

Мета: Ознайомитись з сучасними поглядами на етіологію, патогенез, діагностику, лікування і профілактику запальних захворювань жіночих статевих органів; основними принципами перебігу запальних захворювань в різні вікові періоди, тактикою ведення жінок, які перенесли запальні процеси.

Основні поняття: Поняття мікробіоценозу піхви. Етіологія, патогенез, класифікація запальних захворювань жіночих статевих органів. Запальні захворювання неспецифічної (вульвіт, бартолініт, вагініт, ендометрит, аднексит, параметрит, пельвіоперитоніт) та специфічної етіології. Туберкульоз жіночих статевих органів.

Захворювання, що передаються статевим шляхом (трихомоніаз, гонорея, кандидоз, вірусні ураження, уреаплазмоз, мікоплазмоз, хламідіоз). Діагностика, лікування та профілактика бактеріального вагінозу. Лікування гострих і хронічних захворювань запальних процесів жіночих статевих органів. Показання до хірургічного лікування. Реабілітація жінок, які перенесли запальні процеси.

План:

Контроль опорного рівня знань

Тестові завдання:

1. У гінекологічне відділення поступила хвора зі скаргами на підвищення температури до 39,0°C, різкі болі внизу живота, гнійно-кров'яністі виділення зі статевих шляхів. З анамнезу: 6 днів тому був виконаний кримінальний аборт. Об'єктивно: АТ 100/60 мм рт.ст., Рс - 110 уд. за хв. Живіт напружений, болючий в нижніх відділах при пальпації, синдром Щеткіна-Блюмберга позитивний. При бімануальному дослідженні: матка збільшена до 7 тижнів вагітності, болюча, м'яка, визначається нависання заднього склепіння. Ваш діагноз?

- A. Пельвіоперитоніт
- B. Перфорація матки
- C. Гострий аднексит
- D. Піосальпінкс
- E. Метроендометрит

2. В гінекологічне відділення поступила хвора 25 років зі скаргами на різкі болі внизу живота, підвищення температури тіла до 38,8°C, виділення слизово-гнійні. Паритет: пологів не було, 2 штучних аборти. Статеве життя поза шлюбом. При гінекологічному обстеженні: матка не змінена. Придатки – збільшені, болючі з обох сторін. Виділення з піхви гнійні, значні. Яке дослідження потрібно провести для підтвердження діагнозу?

- A. Кольпоскопію
- B. Гістероскопію
- C. Вишкрібання стінок порожнини матки
- D. Бактеріологічне та бактеріоскопічне дослідження
- E. Лапароскопію

3. Хвора 19 років, скаржиться на значні піністі виділення з піхви з неприємним запахом, печію та свербіж в ділянці зовнішніх статевих органів. Незаміжня, має декілька статевих партнерів. При гінекологічному дослідженні: слизова оболонка піхви гіперемована, набрякла, відмічаються точкові крововиливи на слизовій. Виділення значні, піністі, зеленого кольору, з неприємним запахом. Якому захворюванню відповідає описана клінічна картина?

- A. Трихомонадний кольпіт
- B. Хламідіоз
- C. Вагініт

D. Кандидоз

E. Гонорея нижнього відділу статевого апарату

4. Хвора, 26 років, доставлена зі скаргами на різкі болі внизу живота, підвищення температури. З гінекологічних захворювань відмічає хронічний сальпінгоофорит протягом 6 років, з приводу якого неодноразово лікувалася в стаціонарі. Захворіла кілька днів тому після переохолодження. При обстеженні: пульс - 88/хв., температура тіла 37,6°C. Живіт бере участь в акті дихання. При гінекологічному дослідженні: тіло матки нормальних розмірів, обмежено рухливе, відмічається болючість при зміщенні. Праві придатки не визначаються, зліва придатки різко болючі, збільшені. Попередній діагноз:

A. Апендицит

B. Гострий сальпінгоофорит

C. Хронічний ендометрит

D. Гострий ендометрит

E. Загострення хронічного сальпінгоофориту

5. Хвора 38 років, в анамнезі 2 пологів і 3 аборти. Контрацепція: ВМЗ на протязі 5 років. Після закінчення менструації з'явилися болі внизу живота і виділення гнійного характеру зі статевих шляхів. Загальний стан задовільний. Температура тіла - 37,7°C. При гінекологічному обстеженні у дзеркала з цервікального каналу візуалізуються контрольні нитки ВМЗ і гнійні виділення. При дворучному дослідженні - шийка матки без особливостей, матка збільшена, рухома, болюча, виділення гнійні. Яке ускладнення виникло?

A. Параметрит на фоні ВМЗ

B. Гострий сальпінгоофорит на фоні ВМЗ

C. Гострий ендометрит на фоні ВМЗ

D. Апендицит на фоні ВМЗ

E. Цистит на фоні ВМЗ

6. Вкажіть ймовірний діагноз пацієнтки 27 років, що скаржиться на біль, свербіж зовнішніх статевих органів, печію, серозно-гнійні виділення. При огляді: набряк зовнішніх статевих органів, гіперемія слизової оболонки:

A. Аднексит

B. Ендометрит

C. Параметрит

D. Вульвовагініт

E. Ерозія шийки матки

7. У породіллі 28 років на 4 добу після пологів температура тіла підвищилась до 38°C, відмічалось порушення загального стану, лохії гнійно-кров'янистого характеру з неприємним запахом. При бімануальному дослідженні матка м'яка, болюча, збільшена. Якому післяпологовому захворюванню відповідає ця клінічна картина?

A. Аднексит

B. Ендометрит

C. Післяпологова виразка

D. Параметрит

E. Пельвіоперітоніт

8. Хвора 23 років звернулася до лікаря зі скаргами на виділення з піхви з неприємним запахом, свербіння в ділянці зовнішніх статевих органів. При гінекологічному огляді: слизова оболонка піхви гіперемійована, при дотику кровоточить, білі зелені, піністі, значні.

Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Трихомоніаз
- B. Хламідіоз
- C. Гонорея
- D. Сифіліс
- E. Кандидоз

Вірні відповіді: 1-A, 2-D, 3-A. 4-E, 5-C, 6-D, 7-B, 8-A.

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою

В залежності від етіологічних чинників, запальні захворювання розділяють на дві великі групи – неспецифічної та специфічної етіології.

Алгоритми діагностики та лікування специфічних запальних захворювань жіночих статевих органів Гонококова інфекція

Гонококова інфекція — інфекційне захворювання, яке викликається гонококом. Розрізняють:

- а) свіжу, з давністю захворювання до 2 міс.,
- б) хронічну (понад 2 міс. чи з невстановленим початком).

Свіжа форма підрозділяється на гостру, підгостру та торпідну. Класифікується на гонорею нижнього відділу (уретрит, парауретрит, бартолініт, цервіцит, проктит) та гонорею верхнього відділу статевих органів (ендометрит, метроендометрит, аднексит, пельвіоперитоніт, перитоніт).

Клініка: слизово-гнійні виділення, ознаки цервіциту, контактні кровотечі, гострий біль у нижній частині живота. Дисемінована інфекція викликає підвищення температури, петехії на шкірі, асиметричну артралгію, тендосиновіт.

Лабораторна діагностика:

- Загальний аналіз крові та сечі
- Мікроскопічний метод (пофарбованих по Граму/ метиленовим синім мазків з уретри, шийки матки чи прямої кишки)
- Бактеріологічний метод (ідентифікація аеробної та анаеробної мікрофлори, антибіотикограма)
- Ампліфікаційні методи- полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР)
- Ультразвукове дослідження органів малого таза (УЗД).

Етіологічне лікування - антибіотики тетрациклінового, цефалоспоринового ряду, макроліди, аміноглікозиди.

Трихомоніаз

Trichomonas vaginalis – це джгутиковий найпростіший, що є паразитом статевих шляхів. У дорослих він майже виключно передається статевим шляхом. У жінок інфекція уретри присутня в 90% випадків, хоча сечовий тракт є єдиним місцем інфекції менше ніж у 5% випадків. Найочевиднішою відповіддю макроорганізму на інфекцію є локальне збільшення кількості поліморфноядерних лейкоцитів.

Клініка. Основним місцем паразитування трихомонад є слизова оболонка піхви і ектоцервікс, а також уретра, сечовий міхур.

10-50% жінок асимптомні, 5-15% не мають патологічних ознак. Виділення з неприємним запахом у 70%, пінисті виділення жовтого кольору в 10-30%. Свербіж/подразнення в піхві й еритема. Дизурія. Зрідка дискомфорт унизу живота. Вагініт. У 2% випадків – «полунична шийка матки», видима неозброєним оком.

Лабораторна діагностика:

- **Мікроскопія.** Пряме виявлення мікроорганізмів у нативному (з додаванням фізіологічного розчину) або пофарбованому акридином помаранчевим вагінальному мазку із заднього склепіння піхви. Нативний препарат потрібно досліджувати протягом 10 хвилин після збору, оскільки трихомонади швидко втрачають рухливість, і їх буде важче ідентифікувати. Чутливість мікроскопії нативного матеріалу найвища в жінок із виділеннями з піхви. Специфічність дослідження висока за умови наявності навченого персоналу.
- **Швидкі діагностичні тести.** Існує низка швидких діагностичних тестів, які мають переваги перед мікроскопією. OSOM Trichomonas Rapid Test (Genzyme Diagnostics, США) продемонстрував чутливість 80-94% і специфічність більше 95%. Цей тест не вимагає лабораторного обладнання, дає результат протягом 30 хвилин і є прийнятною альтернативою методу культивування або молекулярному дослідженню.
- **Культивування** (бактеріологічний метод). Має вищу чутливість у порівнянні з мікроскопією, але обмежену доступність. Найпоширенішою є система (InPouch Trichomonas vaginalis; BioMed Diagnostics, США), яка має багато переваг у порівнянні з класичними середовищами для методу культивування, такими як Diamond. Після інокуляції ємність можна перенести в лабораторію для інкубації, а потім щодня протягом п'яти днів проводити мікроскопію.
- **Молекулярна діагностика.** Методи ампліфікації нуклеїнових кислот (МАНК) забезпечують найвищу чутливість при виявленні *T. vaginalis* у порівнянні з мікроскопією і методом культивування.

Лікування.

Оскільки *T. vaginalis* належить до ППСШ, необхідно провести скринінг на наявність супутніх інфекцій. До завершення лікування всіх статевих партнерів слід рекомендувати утримання від статевого життя. Показання до терапії трихомоніазу Позитивний тест на *T. vaginalis* незалежно від наявності симптомів. Епідеміологічне лікування статевих партнерів.

Рекомендовані схеми лікування:

Перша лінія: - метронідазол 400–500 мг перорально двічі на день протягом 5-7 днів; або - метронідазол 2 г перорально одноразово. Нітроїмідазоли є єдиним класом ліків, які використовуються для пероральної або парентеральної терапії трихомоніазу, і більшість штамів до них високочутливі. У жінок висока частота інфікування сечовипускного каналу і парауретральних залоз, у зв'язку з чим для лікування слід застосовувати системну терапію. Використання метронідазолу у формі гелю не рекомендується.

Персистуюча інфекція *T. Vaginalis*. Персистуюча або рецидивуюча трихомонадна інфекція обумовлена неадекватною терапією, повторним зараженням або резистентністю *T. vaginalis*. Необхідно виключити порушення режиму прийому препарату, блювання, можливість повторного зараження від нових або нелікованих партнерів.

Протокол лікування при неефективності стандартної терапії T. vaginalis (за винятком повторної інфекції і недотримання режиму прийому препарату)

- Повторний 7-денний курс стандартними дозами: метронідазол 400-500 мг двічі на добу протягом 7 днів.
- Серед тих, хто не відповів на перший курс лікування, 40% пацієнток відповідають на повторний курс стандартного лікування.
- Курс лікування високими дозами нітроїмідазолів: метронідазол або тинідазол по 2 г щодня протягом 5-7 днів; метронідазол 800 мг тричі на добу протягом 7 днів. Секнідазол по 500 мгх2 рази на добу

Туберкульоз жіночих статевих органів

Збудники – туберкульозні мікобактерії. Гематогенний, лімфогенний шляхи розповсюдження.

Класифікація генітального туберкульозу:

- Гострий перебіг казеозних уражень.
- Ураження з підгострим перебігом, ексудативно-проліферативними змінами.
- Хронічні малосимптомні форми туберкульозу.
- Інкапсуляція.

Клініка. Загальні симптоми - субфебрильна температура, стомлюваність, адинамія, гіпотонія, зниження апетиту, пітливість. Порушення менструальної функції — олігоменорея, альгодисменорея або аменорея. Первинне непліддя.

Діагностика. Анамнез (контакт з хворим на туберкульоз), внутрішньошкірна проба з туберкуліном, загальне обстеження (загальний та біохімічний аналізи крові, загальний аналіз сечі, рентгенологічні методи) гінекологічне обстеження, бактеріологічне та бактеріоскопічне обстеження, гістологічне дослідження соскоба ендометрія, гістросальпінгографія (ригідність труб, непрохідність в ампулярних відділах).

Лікування складається з комплексу наступних заходів:

- Гігієнічно-дієтичний режим
- Кліматотерапія
- Хіміотерапія протитуберкульозними препаратами
- Оперативне лікування за відсутності від консервативного протягом 6-8 місяців
- Симптоматичне

Хламідіоз

Збудником урогенітального хламідіозу є *Chlamidia trachomatis*. Хламідійна урогенітальна інфекція є найбільш розповсюдженим захворюванням, що передається статевим шляхом. У жінок уражується уретра, парауретральні залози, слизова каналу шийки матки, слизова прямої кишки.

Клініка. Хламідійна інфекція проходить у підгострій, хронічній або персистентній формах. Клінічні форми урогенітального хламідіозу: уретрит, парауретрит, бартолініт, вагініт, цервіцит, ендометрит, сальпінгіт, сальпінгоофорит. Виражений поліморфізм проявів і часта відсутність специфічних симптомів ускладнює клінічну діагностику хламідіозу. Найчастіше спостерігаються слизові та слизово-гнійні виділення, біль під час статевих відносин (диспареунія). Хламідійний уретрит супроводжується розладами у вигляді незначного свербіння і печії у ділянці статевих органів (дизурія), рясних слизових виділень.

Лабораторна діагностика:

- Загальний аналіз крові та сечі
- Мікроскопічний метод (склад супутньої мікрофлори)
- Бактеріологічний метод (ідентифікація аеробної та анаеробної мікрофлори, антибіотикограма)
- Ампліфікаційні методи - полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР)
- Серологічний метод визначення титрів антитіл (Ig M, Ig A, Ig G. Дослідження парних сироваток з інтервалом 14 днів).

Лікування. *Системне антибактеріальне лікування:* азитроміцин перорально 1,0 г в 1 день, далі по 0,5г 1 раз на добу протягом 3-х днів, або доксіциклін — перорально по 0,1 г 2 рази на добу протягом 7-14 днів, або джозаміцин перорально 0,5 г 3 рази на добу протягом 7-14 днів. Тривалість лікування у випадку неускладненої хламідійної інфекції нижнього відділу статевих органів складає 7 діб. У випадку ускладненої хламідійної інфекції верхнього відділу статевих органів складає 14-20 діб. Імуностимулятори (призначаються після дослідження імунного статусу): циклоферон — внутрішньом'язово по 250 мкг через день № 5. Антимікотичні препарати з метою профілактики кандидозу: флуконазол, перорально по 50 мг через день до 10 днів. Відновлення нормального біоценозу піхви препаратами, що містять *L. acidophilus*, *L. bifidus*, *L. bulgaricus*, *S. thermophilus*.

Мікоплазмоз

Збудником захворювання є мікроорганізми *Mycoplasma*, до складу яких входять два види збудників. *Mycoplasma* (включає 75 видів) та *Ureaplasma urealyticum* – 10 серотипів. Назва уреаплазми походить від здатності мікроорганізмів продукувати фермент уреазу, яка розщеплює сечовину. Мікроорганізми розміщуються на слизових оболонках ротової порожнини, дихальних шляхів, нижніх відділів сечових шляхів і статевих органів. Мікоплазми розповсюджуються статевим шляхом і часто їх можна виявити в осіб із гонореєю, трихомоніазом, і є супутньою мікрофлорою.

Клінічна картина. Мікоплазмозний цервіцит, вульвовагініт, цистит, уретрит. У 30% жінок — можливо слизисто-гнійні виділення, дизурія, ознаки запального захворювання органів малого тазу. Найчастіше захворювання протікає латентно зі стертою клінічною картиною.

Лабораторна діагностика:

- Загальний аналіз крові та сечі
- Мікроскопічний метод (склад супутньої мікрофлори)
- Бактеріологічний метод (ідентифікація аеробної та анаеробної мікрофлори, антибіотикограма)
- Ампліфікаційні методи- полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР).

Лікування мікоплазмозу / уреаплазмозу

Проводиться одночасне лікування статевих партнерів. *Системне антибактеріальне лікування:* доксіциклін - перорально по 0,1 г 2 рази на добу протягом 10 днів, або джозаміцин - перорально по 0,5 г 3 рази на добу протягом 10 днів. Тривалість лікування у випадку неускладненої мікоплазмозної інфекції нижнього відділу статевих органів - 10 діб. У випадку ускладненої мікоплазмозної інфекції верхнього відділу статевих органів складає 14 діб. Імуностимулятори (призначаються після дослідження імунного статусу): циклоферон - внутрішньом'язово по 250 мкг через день № 5. Антимікотичні препарати з метою профілактики кандидоза: флуконазол - перорально по 50 мг через день до 10 днів. Відновлення нормального біоценозу піхви препаратами, що містять *L. acidophilus*, *L. bifidus*, *L. bulgaricus*, *S. thermophilus*.

Вірусні захворювання жіночих статевих органів

Викликаються багатьма вірусами, найбільш яскрава картина при ураженні вірусом простого герпесу, при папіломовірусній інфекції.

Кондиломи- аногенітальні бородавки, викликані вірусом папіломи людини (ВПЛ). Можуть бути поодинокими або виявляють від 5 до 15 і більш вогнищ. Існують три типи конділом: гострі конділоми (на епітелії слизових малих статевих губ, входу в піхву), бородавки у вигляді папул (на лобку, промежині і періанальних ділянках) та ураження у вигляді плям (виявляються на слизових у вигляді незначної зміни кольору — сірувато-білі або рожево-червоні). Дуже часто захворювання проходить у хронічній та латентній формах.

Лабораторна діагностика:

- Загальний аналіз крові та сечі
- Мікроскопічний метод (склад супутньої мікрофлори)
- Цитоморфологічне дослідження (койлоцитоз, паракератоз, дискератоз)
- Проста і розширена кольпоскопія
- Ампліфікаційні методи- полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР)
- Гістологічне дослідження.

Лікування. На даний час, ні одна сучасна методика лікування не дає зберегти тривалу ремісію й усунути вірус папіломи людини. Частота рецидивів складає 20-30%. Застосовують такі методи:

1. Електрокоагуляція, кріодеструкція, лазервапорізація;
2. Хімічні речовини (трихлороцетну та інші органічні кислоти);

3. Цитотоксичні препарати (подофілін, подофілотоксин);
4. Імуноterapia- специфічна (вакцини), так і неспецифічна (інтерферони).

Найчастіше застосовують комбіноване лікування.

Ректогенітальна герпесвірусна інфекція виявляється або симптоматичним (клінічно вираженим) захворюванням на місці проникнення вірусу (тобто навколо геніталій), або протікає як безсимптомне захворювання. Може викликатися вірусами ВПГ-1 чи ВПГ-2. Після інфікування вірус переходить в латентний стан у місцевому чуттєвому ганглії і періодично реактивується, викликаючи симптоматичні (клінічно виражені) вогнища.

Класифікація:

1. Герпетичний уретрит.
2. Герпетичний вагініт
3. Герпетичний цервіцит
4. Герпетичний цистит.
5. Герпетичне ураження періанальної ділянки.

Клініко-морфологічна класифікація генітального герпесу:

- перший клінічний епізод генітального герпесу;
- рецидивуючий генітальний герпес: типова і атипова форми;
- безсимптомне вірусовиділення.

Лікування генітального герпесу

Лікування **первинного епізоду** генітального герпесу:

Системні протівірусні препарати:

- ацикловір - перорально по 200 мг 5 раз на добу протягом 5 днів, або
- фамцикловір - перорально по 250 мг 3 рази на добу протягом 5 днів, або
- валацикловір - перорально по 500 мг 2 рази на добу протягом 5 днів.

Місцеве лікування:

- ацикловір - крем наноситься на місця уражень 5 раз на добу протягом 5-10 днів.

Імуномодулятори: циклоферон - внутрішньом'язово по 250 мкг через день, № 10. Знеболюючі, вітамінотерапія, антиоксиданти.

Вакциноterapia (після лікування, при стійкій ремісії): - вакцинація герпетичною вакциною (через 2 місяці після лікування) проводиться внутрішньошкірно на згинальній поверхні передпліччя по 0,2 мл 1 раз на 3 дні, всього 5 ін'єкцій. Перерва 2 тижні – і ще 5 ін'єкцій по 0,2 мл 1 раз на тиждень. У випадку появи герпетичних висипань проміжки між ін'єкціями збільшуються у 2 рази.

Вульвовагінальний кандидоз

Понад 60% здорових жінок в пременопаузі колонізовані грибами роду *Candida* з вищими показниками під час вагітності та нижчими – в дітей і жінок у постменопаузі, які не отримують менопаузальну гормональну терапію. За оцінками фахівців, 75% жінок будуть мати принаймні один епізод вульвовагінального кандидозу (ВВК) протягом свого життя, а від 6 до 9% – хронічний рецидивуючий ВВК (не менше 4 епізодів на рік). ВВК є результатом надмірного росту *Candida albicans* у 90% жінок (в інших визначаються інші види, наприклад, *C. glabrata*). Провокуючими факторами є антибіотикотерапія, вагітність, ендогенна або екзогенна імуносупресія (включаючи цукровий діабет та імунодепресанти). В деяких жінок симптоми 12 можуть виникати при низькій концентрації *Candida*, і вважається, що це може бути пов'язано з алергічною або запальною реакцією на дріжджі.

Фактори ризику та патогенез

Вважається, що рецидиви ВВК пов'язані з чинниками господаря, а не з більш вірулентними штамми або повторним потраплянням збудника до статевих шляхів. Більшість, як правило, пов'язана з *C. albicans*.

- персистенція *Candida sp.* (виявлена за допомогою полімеразної ланцюгової реакції, хоча культурально не виявлена між епізодами),

- погано контрольований цукровий діабет,
- імуносупресія,
- ендогенні та екзогенні естрогени (в т.ч. вагітність, менопаузальна гормонотерапія (МГТ) і, можливо, застосування комбінованих пероральних протизаплідних таблеток),
- недавнє (до трьох місяців до епізоду) застосування антибіотиків, що викликає порушення вагінальної флори.

Класифікація вульвовагінального кандидозу

Неускладнений вульвовагінальний кандидоз (ВВК)

- спорадичний або нечастий
- слабкий-помірний ВВК
- вірогідно викликаний *Candida albicans*
- у імунокомпетентної жінки.

Ускладнений ВВК

- РВВК (три або більше епізоди симптоматичного ВВК)

Гострий ВВК:

Перший або поодинокий епізод ВВК

Пацієнти зазвичай мають ознаки та симптоми гострого вульвовагініту та *Candida sp.* виявляється за допомогою мікроскопії та/або культивування.

Рецидивуючий ВВК

Не менше чотирьох епізодів за 12 місяців, причому два епізоди підтверджені мікроскопією або культуральним дослідженням при наявності симптомів (принаймні один епізод повинен бути підтвердженим шляхом культурального мікологічного дослідження).

Клініка. Близько 60% жінок колонізовані, симптоми відзначаються у небагатьох із них. Вагінальні виділення, як правило, типові сироподібні (схожі на сир), але можуть бути скудними або відсутніми. Біль/свербіж у піхві й еритема. Тріщини на слизовій оболонці піхви. Легка диспареунія. Ураження шкіри пахової ділянки та сліди екскоріації. набряк слизової оболонки піхви.

Діагностика.

- **Мікроскопія.**
- **Мікологічне культуральне дослідження.** Культуральне дослідження вагінального вмісту виявляє гриби роду *Candida*. Якщо можливо, слід провести типування на *C. albicans* або *nonalbicans*.

Лікування

Показання до лікування кандидозу:

- Жінки із симптомами кандидозу, в яких виявлені кандиди при мікроскопії або культуральному мікологічному дослідженні.
- Безсимптомні жінки і чоловіки-партнери не потребують лікування.

Рекомендовані схеми лікування вагінального кандидозу.

Пероральні препарати включають:

- Фентіконазол нітрат 1000 мг (гіноксіл)
- флуконазол 150 мг у вигляді разової дози;
- ітраконазол (Ітракон) 100/200 мг двічі протягом однієї доби.

Інтравагінальні препарати включають:

- клотримазол вагінальні таблетки 500 мг у вигляді разової дози або 200 мг раз на добу протягом 3 днів;
- міконазол вагінальні овулі 1200 мг у вигляді разової дози або 400 мг раз на добу протягом 3 днів;
- еконазол вагінальний песарій 150 мг одноразово.

Бактеріальний вагіноз (БВ)

БВ є найчастішою причиною виділень з піхви у жінок дітородного віку, але він може

зустрічатися і в жінок у перименопаузі. Серед білошкірих жінок поширеність БВ складає 5-15%, серед темношкірих вона вища на 45-55%. У жінок, які мають статеві контакти з жінками, лактобацилярні типи подібні, склад вагінальної мікробіоти частіше схожий, і такі жінки схильні до підвищеного ризику розвитку БВ. БВ – це дисбактеріоз вагінальної мікробіоти. Він характеризується надмірним ростом переважно анаеробних організмів піхви (наприклад, *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella* spp., *Atopobium vaginae*, *Mycoplasma hominis*, *Mobiluncus* spp.), що призводить до витіснення лактобацил і збільшення рН піхви.

Клініка. Близько 50% пацієток не мають симптомів. Виділення у вигляді тонкого білого нальоту на стінках піхви і присінку піхви. Неприємний рибний запах. Вагініт відсутній.

Діагностика.

Мікроскопія пофарбованого за Грамом препарату є еталонним методом діагностики БВ. **Оцінка за шкалою Nugent.** Вона використовується як золотий стандарт для досліджень і заснована на оцінці вмісту бактеріальних морфотипів в пофарбованому за Грамом піхвовому мазку.

Оцінка варіює від 0 до 10: показник < 4 є нормальним, 4-6 – проміжним, > 6 свідчить про БВ.

Критерії Hay-Ison. Вони також засновані на результатах мазка, пофарбованого за Грамом, їх легше і швидше використовувати в клінічній практиці, і вони включають бактерії, не пов'язані з БВ.

- Ступінь 0: не належить до БВ, при мікроскопії виявляють одні лише епітеліальні клітини, без лактобацил, що вказує на недавню антибіотикотерапію.
- Ступінь 1 (нормальний): переважають морфотипи *Lactobacillus*.
- Ступінь 2 (проміжний): змішана флора з деякою кількістю лактобацил, але також наявні морфотипи *Gardnerella* або *Mobiluncus*.
- Ступінь 3 (БВ): переважно морфотипи *Gardnerella* та/ або *Mobiluncus*, ключові клітини. Лактобацил мало або вони відсутні.
- Ступінь 4: не відноситься до БВ, виявляють тільки грампозитивні коки, без лактобацил (флора відповідає АВ).

Клінічні критерії Amsel. Наявність трьох із чотирьох критеріїв обов'язкова; оскільки три критерії є клінічними, можливо діагностувати БВ без мікроскопії або використання мікробіологічного дослідження. У порівнянні з пофарбованим за Грамом мазком наявність трьох з чотирьох клінічних критеріїв має чутливість 60-72% у діагностиці БВ.

Клінічні критерії:

1. Гомогенні сіро-білі виділення.
2. рН вагінальної рідини > 4,5 (виміряний за допомогою рН-паперової смужки).
3. Рибний запах (якщо не визначається, потрібно додати кілька крапель 10% КОН до вагінальної проби).
4. При нативній мікроскопії наявні ключові клітини (> 20% всіх епітеліальних клітин).

Лікування

Показання до лікування БВ:

- наявність симптомів;
- позитивна пряма мікроскопія з симптомами або без них у деяких вагітних (в яких в анамнезі були ідіопатичні передчасні пологи або викидень у другому триместрі вагітності);
- БВ у жінок, в яких заплановані гінекологічні хірургічні або інвазивні діагностичні процедури;
- факультативно (не обов'язково): позитивна пряма мікроскопія в жінок без симптомів; такі жінки можуть повідомити про припинення виділень після лікування.

Рекомендовані схеми лікування БВ

- Метронідазол 400-500 мг перорально двічі на добу протягом 5-7 днів;
- або Метронідазол гель (0,75%) інтравагінально один раз на добу впродовж 5 днів;

- або Кліндамицин крем (2%) інтравагінально один раз на добу протягом 7 днів.

Альтернативні схеми лікування БВ

- Метронідазол 2 г перорально в одноразовій дозі;
- або Тинідазол 2 г перорально в одноразовій дозі;
- або Тинідазол 1 г перорально один раз на добу протягом 5 днів;
- або Кліндамицин 300 мг перорально двічі на добу протягом 7 днів;
- або Деквалінію хлорид 10 мг вагінальна таблетка один раз на добу впродовж 6 днів.

Алгоритми діагностики та лікування неспецифічних запальних захворювань жіночих статевих органів

Запальні захворювання нижнього відділу статевих органів

I. Вульвіт - це запалення великих і малих статевих губ, клітора і присінка вагіни.

Розрізняють:

- первинний (в дитячому віці, при пошкодженнях вульви, свербінні зовнішніх статевих органів.)

- вторинний вульвіт (при запаленні внутрішніх статевих органів). Причинами свербіння можуть бути цукровий діабет, ентеробіоз, деякі шкірні захворювання, нетримання сечі.

Клініка. Хворі скаржаться на свербіння і печію в ділянці зовнішніх статевих органів, особливо після сечовипускання, біль при рухах, виділення. При огляді спостерігаються набряк тканин, гіперемія вульви, значні виділення (їх характер залежить від етіологічних факторів).

В хронічній стадії зменшуються гіперемія, набряк, ексудація. Свербіння стихає, але періодично відновлюється.

Діагностика. Аналіз скарг хворої, даних анамнезу, об'єктивного обстеження, результатів бактеріоскопічного і бактеріологічного досліджень дають можливість встановити точний діагноз.

Лікування вульвіту визначається його причиною. Місцеве лікування включає в себе санацію зовнішніх статевих органів розчином перманганату калію (1:10 000), настоєм ромашки чи евкалипту. Призначають сидячі ванни з настоєм ромашки або розчином перманганату калію (1:10 000) 2-3 рази на день по 10 хв. При бактеріальних вульвітах добрі результати отримують при застосуванні повідон-йоду (у вагіну протягом 7-10 днів).

II. Бартолініт - це запалення великої залози присінка вагіни. Збудниками є стафілококи, стрептококи, кишкова паличка, гонокок, трихомонади. При запаленні присінка вагіни мікроби проникають у вивідні протоки бартолінієвої залози, викликаючи запалення, тобто каналікуліти. В результаті закупорки вивідної протоки утворюється несправжній абсцес; якщо ж запалення переходить на навколишню клітковину, то виникає справжній абсцес. За клінічним перебігом процес може бути гострим та хронічним, рецидивуючим.

Клініка. При каналікулітах хворі скаржаться на біль у ділянці зовнішніх статевих органів, виділення зі статевих шляхів. При огляді виявляють гіперемію навколо вивідної протоки. Бартолінієва залоза збільшується у розмірах, стає болісною при пальпації, та з вивідного протока при надавлюванні виділяється гнійних секрет.

Хронічний бартолініт часто рецидує та має стерту картину запалення. При довготривалому процесі в залозі накопичується рідкий секрет який викликає утворення безболісної ретенційної кісти бартолінієвої залози.

При несправжньому абсцесі великої бартолінієвої залози хворі скаржаться на підвищення температури тіла, різкий біль при ходьбі в ділянці зовнішніх статевих органів. При огляді виявляють припухлість великої і малої статевих губ, при пальпації та розкритті статевої щілини виникає різка болючість.

Справжній абсцес бартолінієвої залози виникає при проникненні в її паренхіму гнійних мікроорганізмів. Паренхіма залози при цьому повністю розплавляється. Хворі

скаржаться на підвищення температури тіла до 39⁰С, різкий постійний біль у ділянці зовнішніх статевих органів, різкий біль при ходьбі. Загальний стан хворої важкий. При огляді виявляють гіперемію, набряк у ділянці статевих губ, болючість при пальпації, збільшення пахових лімфатичних вузлів.

Діагностика. Проводимо аналіз скарг хворої, даних анамнезу захворювання, об'єктивного обстеження, забір виділень для бактеріоскопічного та бактеріологічного дослідження та визначення чутливості до антибіотиків. Для діагностики захворювань, що передаються статевим шляхом застосовують ампліфікаційні методи (ПЛР).

Лікування. У гострій стадії призначають ліжковий режим, антибіотики, знеболюючі, холод на промежину. Якщо протягом 2-3 днів покращання не настає, то призначають процедури, які сприяють швидкому абсцедуванню (тепло, мазь Вишневського). Коли з'являється флюктуація, гнійник розкривають.

Лікування несправжнього та справжнього абсцесів полягає у широкому розкритті і дренажу гнійника. Призначають антибактеріальну та детоксикаційну терапію, у порожнину гнійника вводять антибіотики і дренаж. При наявності ретенційної кісти в холодній стадії – розкривають проток великої залози, вивертають слизову оболонку та підшивають її до слизової оболонки вульви (марсупіалізація кісти).

III. Вагініт - це запалення слизової оболонки піхви. Збудниками вагініту є стафілококи, стрептококи, кишкова паличка, ентеробактерії, мікоплазми, дріжджові гриби. Розрізняють гострий, хронічний, рецидивуючий, а також простий (серозно-гнійний) та гранульозний дифузний вагініт.

Клініка. Хворі скаржаться на виділення зі статевих шляхів, свербіння, відчуття печії у вагіні та в ділянці вульви, в деяких випадках ниючий біль і печію при сечовипусканні, диспареунію (біль під час статевого акту).

Простий (серозно-гнійний) вагініт. При огляді вагіни в дзеркалах слизова оболонка гіперемійована, набрякла, місцями вкрита серозним чи серозно-гнійним нальотом.

При розвитку **гранульозного дифузного вагініту** на слизовій оболонці вагіни виявляють дрібноточкову зернистість, яка утворюється дрібними інфільтратами в субепітеліальному шарі. У хронічній стадії зміни слизової оболонки вагіни виражені слабо, білі незначні.

Діагностика. Проводимо аналіз скарг хворої, даних анамнезу захворювання, об'єктивного обстеження, забір виділень для бактеріоскопічного, цитоморфологічного, бактеріологічного дослідження та визначення чутливості до антибіотиків. Для діагностики захворювань, що передаються статевим шляхом застосовують ампліфікаційні методи (ПЛР).

Лікування. Тривалість антибактеріальної терапії складає 7-10 днів. Застосовують вагінальні свічки з повідон-йодом, мірамистином, хлорофіліптом, здійснюють обробку зовнішніх статевих органів розчинами антисептиків (фурациліну, рекутану, калія перманганату). Для відновлення мікробіоценозу піхви після проведеного лікування застосовують біопрепарати (лактобактеріну, біфідумбактеріну, «Симбі плюс», «Флоріка»).

Атрофічний вагініт виникає у жінок у менопаузі. В слизовій вагіні відбуваються атрофічні зміни, в епітелії зменшується запас глікогену, знижується кислотність вагінального секрету, що й сприяє розвитку патогенної мікрофлори. Найчастіше виникають скарги на відчуття дискомфорту, печію і свербіння. При гнійно-кров'янистих виділеннях потрібно виключити злоякісні процеси.

Лікування. Загальне лікування проводять, використовуючи кон'юговані естрогени (премарин, овестин) чи естріол - по 1 таб. (0,5 мг) двічі на добу щоденно, після покращання - по 1 таб/день. Тривалість терапії становить 2-3 тижні. Місцеве лікування включає: ванночки з ромашкою, календулою. Тампони з фітопрепаратами: алое, апілак, каланхое, масло шипшини та обліпихи.

IV. Ендоцервіцит (цервіцит) Збудниками ендоцервіциту є: стафілококи, стрептококи, кишкова паличка, ентерококи, мікоплазми, хламідії та інші. Його виникненню сприяють травми та розриви шийки матки під час пологів, супутні захворювання внутрішніх статевих органів (вагініти, сальпінгіти, сальпінгооофорити), ектопії шийки.

Клініка. Хворі скаржаться на слизисто-гнійні виділення, іноді на ниючий біль внизу живота. При огляді шийки матки в дзеркалах навколо зовнішнього вічка цервікального каналу виявляють гіперемію, рідше гнійні виділення з цервікального каналу. При тривалому перебізі захворювання розвивається гіпертрофія шийки матки.

Діагностика. Аналіз скарг хворої, даних анамнезу захворювання, об'єктивного обстеження, проводять кольпоскопію, забір виділень для бактеріоскопічного, цитоморфологічного та бактеріологічного дослідження та визначення чутливості до антибіотиків. Для діагностики захворювань, що передаються статевим шляхом застосовують ампліфікаційні методи (ПЛР).

Лікування. В гострій стадії захворювання призначають антибактеріальну терапію залежно від виду збудника. Місцеві процедури протипоказані (ризик поширення інфекції). Якщо виникнення ендоцервіциту пов'язане з наявністю розривів шийки матки, то після протизапального лікування показана пластична операція шийки матки.

Запальні захворювання верхнього відділу статевих органів

I. Ендометрит. Частіше процес розвивається при висхідній інфекції через канал шийки матки. Проникнення бактерій в тканини ендо- і міометрію відбувається під час мимовільних та штучних абортів, пологів, при проведенні діагностичних вишкрібань слизової оболонки цервікального каналу та тіла матки, введення ВМК та інших внутрішньоматкових втручань. Збудниками ендометриту є: гонококи, стрептококи, стафілококи, мікоплазми, кишкова паличка, ентерококи, а також асоціація 3-4 анаеробів з 1-2 аеробами, бактероїдами.

Клініка гострого ендометриту. Захворювання починається гостро через 3-4 дні після інфікування з підвищення температури тіла. З'являється біль у нижніх відділах живота з іррадіацією в крижові, пахові ділянки. Хвора скаржиться на гнійні чи кров'янисто-гнійні виділення зі статевих шляхів. Живіт м'який, болючий при пальпації у нижніх відділах. В загальному аналізі крові виявляють лейкоцитоз і зсув формули вліво, зростання ШОЕ.

При гінекологічному дослідженні: тіло матки збільшено в розмірах, має кулеподібну форму, м'якої консистенції, інволюція її значно затримується. Виділення серозно-гнійні, нерідко тривалий час суковичні, що пов'язане з затримкою регенерації слизової оболонки.

Діагностика. Діагноз гострого ендометриту підтверджуємо на підставі даних анамнезу (інструментальні маніпуляції у порожнині матки), клінічної картини (підвищення температури, серозно-гнійні виділення з неприємним запахом, болючість при пальпації матки, м'яка консистенція тіла матки, затримка інволюції матки після абортів), даних лабораторних методів дослідження (лейкоцитоз, підвищення ШОЕ), УЗД органів малого тазу. Обов'язковим є забір гнійних виділень для бактеріоскопічного та бактеріологічного дослідження та визначення чутливості до антибіотиків. Для діагностики захворювань, що передаються статевим шляхом застосовують ампліфікаційні методи (ПЛР).

Лікування. Враховуючи поліморфну етіологію захворювання, частіше застосовують комбіновану антибіотикотерапію. Можна призначати комбінацію цефалоспоринів III-IV поколінь та метронідазолу, лінкозамінідів та аміноглікозидів II-III поколінь. Монотерапія проводиться інгібіторзахищеними амінопеніцилінами (амоксисицилін/клавуланова кислота та інші) і карбапенемами (іміпінем/ціластин, меропенем).

При підозрі на хламідійну інфекцію пацієнткам додатково призначають доксициклін або макроліди. Дози та тривалість лікування антибіотиками визначаються тяжкістю захворювання. За необхідністю проводять інфузійну, десенсибілізуючу та загальноукріплюючу терапію. Дієта має бути багатою вітамінами, легко засвоюватись, не призводити до порушення функції кишечника. Періодична аплікація холоду на низ живота

має протизапальну, протибольову, гемостатичну дію. Одночасно призначають спазмолітики (2 % но-шпа по 1-2 мл 2-3 рази на добу).

Хронічний ендометрит. В останні роки має місце зростання частоти хронічного ендометриту, що пов'язано з широким застосуванням ВМК, збільшенням кількості абортів і різних внутрішньоматкових маніпуляцій, включаючи ендоскопічні методи дослідження. Хронічний ендометрит є наслідком недолікованого гострого післяпологового та післяабортного ендометрита.

Клініка хронічного ендометриту. Основним симптомом захворювання є маткові кровотечі. Внаслідок неповноцінності трансформації ендометрію порушуються процеси десквамації і регенерації функціонального шару, що є основною причиною пост- і передменструальних кров'янистих виділень. Хворі також можуть скаржитися на наявність серозних чи серозно-гнійних виділень зі статевих шляхів, ниючий біль внизу живота. При вагінальному дослідженні відмічають збільшення матки.

Діагностика хронічного ендометриту ґрунтується на даних анамнезу, клінічних ознаках захворювання, заключенню гістологічного дослідження зскрібка ендометрію (наявність плазматичних клітин). Операцію діагностичного вишкрібання з метою отримання максимальної інформації проводять у першу фазу (8-10 день) менструального циклу.

Лікування. Призначають антибіотики, враховуючи чутливість до них збудника: напівсинтетичні пеніциліни, канаміцин, гентаміцин та інші. Дози і тривалість лікування зумовлюються важкістю захворювання. При необхідності проводять інфузійну, десенсибілізуючу, загальнозміцнюючу терапію. На стадії ремісії доцільно призначати курс фізіотерапії та санаторно-курортне лікування.

II. Параметрит - це запалення навколоматкової клітковини. Запальний процес, поширюючись у навколоматкову клітковину (параметрій), може локалізуватись в одному з бокових відділів тазової клітковини (боковий параметрит, допереду в бік сечового міхура - передній параметрит, дозаду - задній параметрит) чи охоплювати клітковину малого тазу (пельвіоцелюліт). Виникненню захворювання сприяє післяпологова чи післяабортна інфекція, різні внутрішньоматкові втручання (зондування, біопсія, гістеросальпінгографія), а також поширення інфекції лімфогенним чи гематогенним шляхом з матки, маткових труб, кишечника.

Клініка. Характерний біль внизу живота, який посилюється з прогресуванням процесу. Температура тіла підвищується до 38-39⁰С. Нерідко порушується сечовипускання (почащене, болюче), відмічаються диспептичні порушення (запор, пронос, тенезми).

При бімануальному дослідженні (необхідно провести і ректальне дослідження) збоку, допереду чи дозаду від матки визначається болючий інфільтрат з нечіткими контурами. У подальшому інфільтрат поширюється в сторони аж до стінок тазу, до пахової і лонної ділянок, згладжуючи чи вип'ячуючи склепіння вагіни. При нагноєнні в центрі інфільтрату визначається флуктуація. Матка зміщена в здорову сторону.

Діагностика. Діагноз параметриту підтверджуємо на підставі даних анамнезу (післяпологова чи післяабортна інфекція, інструментальні маніпуляції у порожнині матки), клінічної картини захворювання (біль внизу живота який посилюється з прогресуванням процесу, підвищення температури, порушення сечовипускання, диспептичні порушення), даних бімануального і ректоабдомінального дослідження (збоку, допереду чи дозаду від матки визначається болючий інфільтрат з нечіткими контурами), даних лабораторних методів дослідження (лейкоцитоз, підвищення ШОЕ), УЗД. Також обов'язковим є забір гнійних виділень для бактеріоскопічного та бактеріологічного дослідження, та визначення чутливості до антибіотиків.

Лікування. Холод на низ живота, антибактеріальна терапія, при болі - знеболюючі. При нагноєнні параметрального інфільтрату (при випинанні заднього склепіння) потрібно своєчасно його розсікти.

III. Сальпінгоофорит. Ізольоване запалення маткової труби в клінічній практиці зустрічається рідко. Частіше у жінок зустрічається запалення маткових труб і яєчників. Воно може поєднуватися з запаленням матки. Сальпінгоофорити викликаються патогенними та умовно-патогенними мікроорганізмами: стафілококами, стрептококами, кишковою паличкою, хламідіями, гонококами. Нерідко збудниками процесу є анаероби - бактеріїди, пептококи.

Гострий сальпінгоофорит.

Клініка. Хворі скаржаться на підвищення температури тіла, погіршення загального стану, сильний біль внизу живота, озноб, дизуричні розлади, збільшення піхвових виділень із неприємним запахом. Інколи спостерігається нудота та блювання. При огляді живіт напружений, болючий при пальпації. При гінекологічному дослідженні придатків матки - вони збільшені, пастозні, болючі при пальпації, рухомість їх обмежена. Болючість під час екскурсії шийки матки. В аналізі крові спостерігається: лейкоцитоз, зростання ШОЄ; в протеїнограмі переважають глобулінові фракції, підвищення в крові вмісту С-реактивного білка.

Діагностика. Діагноз ґрунтується на даних анамнезу (гострий початок захворювання після менструації), клінічної картини захворювання (підвищення температури тіла, тазовий біль, озноб, дизуричні розлади), бімануального дослідження, лабораторних даних (лейкоцитоз, зростання ШОЄ, підвищення в крові вмісту С-реактивного білка), УЗД органів малого тазу. Обов'язковим є забір виділень для бактеріоскопічного та бактеріологічного дослідження, та визначення чутливості до антибіотиків. Для скринінгу захворювань, що передаються статевим шляхом застосовують ампліфікаційні методи (ПЛР).

Лікування хворих у гострій стадії проводиться в стаціонарі. До схеми першого ряду відносять комбінацію цефалоспоринів третього покоління (цефотоксим, цефтриаксон) з метронідазолом, призначення інгібіторзахищених амінопеніцилінів (амоксацилін/клавулонова кислота та інші).

В якості альтернативних режимів можуть застосовуватися лінкозаміди в комбінації з аміноглікозидами, фторхінолони (ципрофлоксацин, офлоксацин) з метронідазолом, карбопеніми. Враховуючи високий ризик хламідійної інфекції пацієнткам одночасно варто призначати доксициклін або макроліди. Застосовуються такі схеми лікування:

- цефтриаксон 250-500 мг внутрішньом'язово чи внутрішньовенно 1 доза + доксициклін 100 мг 2 рази на добу перорально 14 днів.
- офлоксацин 400 мг 2 рази на добу перорально + метронідазол 500 мг 2 рази на добу протягом 14 днів;
- кліндаміцин 300-450 мг 4 рази на добу перорально;
- метронідазол 500 мг 2 рази на добу перорально 14 днів.

Також рекомендується така комбінація: цефокситин 2,0 г внутрішньом'язово+пробенецид 1,0 г перорально + доксициклін 100 мг 2 рази на день, перорально 14 днів.

При важкому перебігу, гнійному сальпінгоофориті призначається: цефокситин 2,0 г через 6 годин внутрішньовенно або цефотетан 2,0 г через 12 годин внутрішньовенно в комбінації з доксицикліном 100 мг через 12 годин внутрішньовенно чи перорально; кліндаміцин 600-900 мг внутрішньовенно через 8 год. + гентаміцин в/в 2 мг/кг маси тіла, з поступовим зменшенням дози до 1,5 мг/кг через 8 год.; чи ампіцилін/сульбактам чи тікарцилін/клавунат чи піперацилін-тазобактам.

При підозрі на анаеробну флору застосовують метронідазол. Призначають його в важких випадках внутрішньовенно в добовій дозі 1-1,5 г протягом 5-8 днів; в менш важких випадках рекомендується пероральне призначення препарату в дозі 400-500 мг 3 рази в день протягом 7-8 днів, за показами тривалість прийому можна збільшити.

При виражених ознаках інтоксикації використовується інфузійна терапія: парентерально вводиться 5 % розчин глюкози, поліглюкіну, реополіглюкіну, білкових

препаратів (загальна кількість рідини 2-2,5 л/добу). При необхідності в склад інфузійної рідини включають вітаміни, 4-5 % розчин бікарбонату натрію (500-1000 мл) для корекції кислотно-лужного стану, антигістамінні препарати.

Хронічний сальпінгоофорит. Хронічний сальпінгоофорит може бути продовженням недолікованого гострого процесу, а може розвиватись без гострої стадії. Хронічній стадії процесу властиві втрата фізіологічних функцій слизової та м'язової оболонок маткової труби, розвиток сполучної тканини, звуження просвіту судин, склеротичні процеси. При тривалому перебігу нерідко виникає непрохідність маткових труб із утворенням гідросальпінксу та спайкового процесу навколо яєчників. Можуть утворитися перитубарні та періоваріальні спайки, які перешкоджають заплідненню.

Клініка. Основною скаргою є біль внизу живота(тупий, ниючий), який посилюється при переохолодженні, інтеркурентних захворюваннях, перед і під час менструації. Найчастіше інтенсивність болю не відповідає характеру змін в статевих органах, він відчувається за ходом тазових нервів (невралгія тазових нервів, тазовий гангліоневрит, який виникає внаслідок хронічного запального процесу).

Порушення менструальної функції (олігоменорея, альгодисменорея та ін.) має місце у хворих і пов'язане з порушенням функції яєчників (гіпофункція, ановуляція та ін.). Функціональні зміни в маткових трубах і гіпофункція яєчників є причиною безпліддя. Спостерігається порушення статевої функції (болючий коїтус, зниження лібідо). Скарги на розлади секреторної функції (білі) обумовлені розвитком кольпіту або ендоцервіциту.

Діагностика. З даних анамнезу враховують наявність перенесеного запального процесу в придатках матки після абортів, ускладненого перебігу пологів, внутрішньоматкових діагностичних процедур. З клінічних даних (тазовий біль, порушення менструальної та статевої функції, безпліддя). Для підтвердження діагнозу -УЗД органів малого тазу, забір виділень для бактеріоскопічного та бактеріологічного дослідження, та визначення чутливості до антибіотиків. Для скринінгу захворювань, що передаються статевим шляхом застосовують полімеразну ланцюгову реакцію (ПЛР).

При легких формах запальних захворювань органів малого тазу пацієнтки можуть лікуватися в амбулаторних умовах. У таких випадках перевага надається пероральним препаратам високої біодоступності. За показаннями призначають анальгетики, нестероїдні протизапальні препарати у вигляді свічок, вітаміни, ферменти.

Виражений запальний процес у придатках матки нерідко потребує **хірургічного лікування**. Доцільно спочатку провести діагностичну лапароскопію. Необхідність хірургічного втручання виникає при відсутності ефекту від консервативної терапії та формуванні тубооваріальних утворень.

Гнійні запальні тубооваріальні утворення

Розповсюдження інфекції відбувається переважно каналікулярним шляхом (при маткових кровотечах, внутрішньоматкових втручаннях). Внаслідок склеювання фімбрій і розвитку спайок у ампулярній частині труби виникають «пухлини» з серозним (гідросальпінкс) чи гнійним (піосальпінкс) вмістом. Запальні утвори в яєчниках (кісти, абсцес) і гідросальпінкс чи піосальпінкс утворюють тубооваріальну «пухлину» (тубооваріальний абсцес).

Клініка. Клінічні прояви гнійного запального процесу можуть бути різноманітними. Гнійний сальпінгіт та гнійні тубооваріальні утворення в гострій стадії запалення мають схожу клінічну картину.

Гнійний сальпінгіт починається гостро, з підвищення температури, гострого болю в лівій або правій гіпогастральній ділянці тіла, які віддають до попереку, прямої кишки і стегна на стороні враження. Постійний симптом гнійного сальпінгіту – це патологічний гнійний характер піхвових виділень.

При гінекологічному дослідженні чітких утворень у ділянці придатків матки часто не вдається визначити через різку болючість та перитонеальні симптоми. Найбільш

типовою ознакою такого процесу є болючість при зміщенні шийки матки та при пальпації заднього та бокового склепіння. Наростання болів свідчить про можливість перфорації гнійної пухлини з утворенням найбільш тяжких ускладнень – розлитого гнійного перитоніту.

Основними проявами інфекційного синдрому є лихоманка, озноб, погіршення загального стану, зростання лейкоцитарного індексу інтоксикації. В крові спостерігається помірний лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної форми вліво та збільшення ШОЕ.

Синдром метаболічних порушень проявляється гіпопротеїнемією, диспротеїнемією, електролітними порушеннями в бік ацидозу, гіпоксією.

Для **діагностики** тубооваріальних утворень застосовують трансвагінальну ехографію, діагностичну (або лікувальну) лапароскопію, діагностичну пункцію черевної порожнини крізь заднє піхвеве склепіння. Виконують забір виділень для бактеріологічного дослідження, та визначення чутливості до антибіотиків. Посів крові на стерильність. Може бути виконана комп'ютерна або магнітно-резонансна томографія органів малого тазу.

Диференціальну діагностику необхідно проводити з такою патологією черевної порожнини, як гострий апендицит, холецистит, кишкова непрохідність, хірургічний перитоніт.

Лікування. За відсутності даних щодо розриву тубооваріального утворення, хворі підлягають лікуванню шляхом внутрішньовенного введення антибіотиків широкого спектра дії в умовах стаціонару. Методом вибору може бути призначення цефокситину 2 г в/в кожні 6 год і доксицикліну 100 мг внутрішньовенно або орально 2 рази на день. Якщо пацієнтка не відповідає на таку терапію, переходять на режим введення трьох антибіотиків — ампіцилін (або амоксиклав), гентаміцин (або цефуроксим) і кліндаміцин (або метронідазол). При алергії до пеніцилінів застосовують левофлоксацин, гатіфлоксацин і кліндаміцин.

Хірургічне лікування при тубооваріальних абсцесах – це головний етап. У разі розвитку більш тяжких форм, резистентних до антибактеріальної терапії, або з клінічними ознаками розриву абсцесу (симптоми подразнення очеревини, наявність гнійного вмісту в дугласі), хірургічне втручання є необхідним. При одnobічних тубооваріальних абсцесах звичайно виконують сальпінгоофоректомію на боці ураження, при двобічних може бути необхідною гістеректомія з двобічною сальпінгоофоректомією.

Лапароскопія розглядається як найбільш ефективний і сучасний метод лікування піосальпінксів, піоварів та тубооваріальних утворень з давністю захворювання 2-3 тижні. При осумкованих тубооваріальних утвореннях та їх ускладненнях безумовно має проводитися лапаротомія.

Профілактика уrogenітальних запальних захворювань полягає у таких заходах: 1) ретельному скринінгу груп високого ризику захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ); 2) своєчасному лікуванні пацієнток із ЗПСШ та їх статевих партнерів; 3) рекомендаціях застосування бар'єрних методів контрацепції;

3.Формування професійних вмінь та практичних навичок

Питання:

- 1.Поняття мікробіоцинозу піхви.
- 2.Бактеріальний вагіноз: етіологія, клініка, діагностика, лікування.
3. Запальні захворювання жіночих статевих органів: класифікація, етіологія, патогенез. Особливості перебігу в різні вікові періоди.
4. Запалення зовнішніх статевих органів та піхви (вульвіт, бартолініт, вагініт): клініка, діагностика, лікування.
5. Запалення внутрішніх статевих органів (ендоцервіцит, ендометрит, аднексит, параметрит, пельвіоперитоніт): клініка, діагностика, лікування, тактика лікаря загальної практики.
6. Ведення хворих з гнійною тубооваріальною пухлиною, тактика лікаря загальної практики.

7. Показання до хірургічного лікування запальних захворювань жіночих статевих органів.
8. Захворювання, що передаються статевим шляхом (трихомоноз, гонорея, уреа- мікоплазмоз, хламідіоз, вірусні ураження) тактика лікаря загальної практики при виявленні захворювань, що передаються статевим шляхом.
9. Генітальний кандидоз: клініка, діагностика, лікування.
10. Генітальний герпес: клініка, діагностика, лікування.
11. Трихомоноз: клініка, діагностика, лікування.
12. Уреаплазмоз: клініка, діагностика, лікування.
13. Хламідіоз: клініка, діагностика, лікування.
14. Гонорея: клініка, діагностика, лікування.
15. Реабілітація жінок, які перенесли запальні захворювання жіночих статевих органів.

Клінічна ситуація 1

Жінка 32 роки звернулась до жіночої консультації зі скаргами на підвищення температури тіла до 38⁰С і біль внизу живота, які з'явилися через 3 дні після штучного аборт при терміні вагітності 10 тижнів. При бімануальному дослідженні: тіло матки збільшено до 5-6 тижнів вагітності, болісне при пальпації, має м'яку консистенцію. Виділення гнійно-кров'янисті з неприємним запахом.

Вкажіть попередній діагноз?

Вкажіть план обстеження хворої?

Відповідь:

Попередній діагноз: Гострий метроендометрит.

Підтвердити діагноз можливо за допомогою наступних методів дослідження: загальний аналіз крові та сечі, біохімічні дослідження крові, бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження, ультразвукове дослідження органів малого таза, ампліфікаційні методи (визначення ПЛР ДНК збудників інфекції).

Клінічна ситуація 2

Жінка 30 років звернулась зі скаргами на підвищення температури тіла до 38,2⁰С. Паритет: 2 вагітності (1 пологи, 1 штучний аборт), без ускладнень. Статеве життя з 18 років. При огляді: в ділянці лівої великої статевої губи гіперемія шкіри, симптом флюктуації, різка болісність при пальпації. В ЗАК – лейкоцитоз, ШОЕ - 24 мм\год.

Вкажіть попередній діагноз?

Вкажіть план обстеження та лікування пацієнтки?

Відповідь

Попередній діагноз: Абсцес лівої бартолинової залози.

План обстеження: загальний аналіз крові та сечі, біохімічні дослідження крові, бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження, ультразвукове дослідження органів малого таза, ампліфікаційні методи (визначення ПЛР ДНК збудників інфекції).

Лікування: розкриття і дренування абсцесу залози, надалі — антибіотикотерапія.

Тестові завдання.

1. Хвора 23 років звернулась до лікаря зі скаргами на значні гнійні виділення зі статевих шляхів, з неприємним запахом, печію, свербіж в області зовнішніх статевих органів протягом 3 днів. Ці симптоми з'явилися після незахищеного статевого акту. При огляді слизова оболонка піхви гіперемована, виділення значні, жовто-зелені, пінисті.

Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Трихомонадний кольпіт *
- В. Хламідіоз
- С. Бактеріальний вагіноз
- Д. Кандидозний кольпіт
- Е. Мікоплазмоз

2. Хвора 33 років зі скаргами на болі внизу живота справа, t=37,9⁰С, безпліддя 5 років,

хронічний двобічний сальпінгіт, уrogenітальний хламідіоз (в анамнезі). Менструації регулярні, 7-ий день циклу. Гінекологічний огляд: тіло матки та шийка матки – без патології. В проекції правих додатків – утвір розмірами 11*5 см, болючий. Виділення серозно-гнійні. Імовірний діагноз

- A. Правобічний піосальпінкс.*
- B. Правобічна трубна вагітність
- C. Апоплексія правого яєчника
- D. Кіста правого яєчника
- E. Гострий апендицит

3. Мати п'ятирічної дитини звернулася до лікаря-гінеколога з приводу появи у дівчинки відчуття печіння у піхві та сильного свербіжу. З анамнезу відомо, що дитина приймала антибіотики для лікування пневмонії. Під час огляду виявлено: гіперемія та набряк вульви, густі, білі, сирністі виділення без запаху. Яке ускладнення виникло у дівчинки?

- A. Кандидозний вульвовагініт *
- B. Бактеріальний вагіноз
- C. Трихомонадний вульвовагініт
- D. Гонорейний вульвовагініт
- E. Бактеріальний вульвовагініт

ТЕМА 8. «ГОСТРИЙ ЖИВІТ В ГІНЕКОЛОГІЇ»

Мета: систематизувати та поглибити знання за темою практичного заняття. Засвоїти план обстеження та лікування пацієнтки з невідкладними станами. Сформувати чітке уявлення про план обстеження перед плановими та ургентними оперативними втручаннями.

Основні поняття:

- Сучасні підходи до діагностики та невідкладної допомоги при гострому животі.
- Основні методи хірургічних втручань при невідкладних станах в гінекології.
- Особливості підготовки та післяопераційне ведення гінекологічних хворих при ургентних та планових оперативних втручаннях.

План:

Контроль опорного рівня знань

Питання:

1. Які захворювання приводять до «гострого живота» в гінекології?
2. Позаматкова вагітність: визначення, класифікація, етіологія, патогенез, клінічні ознаки, діагностика, лікування.
3. Апоплексія яєчника: визначення, класифікація, етіологія, клінічна картина, діагностика, лікування.
4. Диференційна діагностика «гострого живота» в гінекології.
5. Невідкладна допомога.
6. Як правильно підготувати гінекологічних хворих до ургентних та планових оперативних втручань?
7. Як правильно вести післяопераційний період?
8. Реабілітація після хірургічних втручань.

1. Хвора П., 22 роки, надійшла зі скаргами на періодичний біль внизу живота, незначні кров'яністі виділення зі статевих шляхів. Остання менструація шість тижнів тому. Загальний стан жінки задовільний. Пульс – 80 уд./хв, АТ – 120/80 мм рт. ст., температура тіла – 36,6 °С. При пальпації живіт болісний у нижніх відділах. Тіло матки трохи збільшене у розмірі, екскурсії болісні. Праворуч у ділянці придатків визначається тугоеластичної консистенції, малорухоме, ретортоподібне болісне утворення розмірами 50 x 30 мм. Який діагноз можна припустити?

- А. Порушена трубна вагітність за типом трубного аборту*
- В. Прогресуюча позаматкова вагітність
- С. Хронічний сальпінгоофорит у стадії загострення
- Д. Абдомінальна вагітність
- Е. Пухирцевий занесок

2. Хвора С., 30 років, скаржиться на сильний гострий біль внизу живота, який посилюється при зміні положення тіла, слабкість, запаморочення та втрату свідомості. Остання менструація вісім тижнів тому. Пульс – 99 уд./хв, АТ – 90/50 мм рт. ст., гемоглобін – 88 г/л. При поверхневій пальпації: живіт здутий, болісний у нижніх відділах, симптоми подразнення очеревини позитивні. Перистальтика кишечника ослаблена, під час перкусії відмічається притуплення перкуторного звуку. Алгоритм дії лікаря.

- А. Госпіталізація до гінекологічного стаціонару*
- В. Госпіталізація до хірургічного стаціонару
- С. Лікування у денному стаціонарі
- Д. Амбулаторне спостереження та лікування
- Е. Санаторно-курортне лікування

3. У пацієнтки К., 28 років, скарги на рясні, тривалі кров'яністі виділення зі статевих

шляхів, слабкість, підвищену втомлюваність, періодичний біль внизу живота. При дослідженні: ознаки анемії, гемоглобін – 88 г/л, гематокрит – 24 %. Вісім місяців тому введено внутрішньоматковий контрацептив. Яке обстеження необхідно провести в першу чергу?

- А. Тести функціональної діагностики, УЗД органів малого таза, посткоїтальний тест
- В. Бактеріологічні посіви виділень піхви та цервікального каналу на облигатну мікрофлору
- С. Гінекологічне обстеження, УЗД, хоріонічний гонадотропін у сироватці крові*
- Д. Трикратні бактеріологічні посіви сечі та менструальної крові на мікобактерії туберкульозу.
- Е. Тести функціональної діагностики

4. У хворої М., 33 роки при інструментальній ревізії порожнини матки з приводу неповного кримінального інфікованого аборту була перфорована стінка матки біля дна. Яка тактика ведення хворої?

- А. Антибіотики, утеротоніки, спостереження
- В. Екстирпація матки*
- С. Ушивання перфораційного отвору
- Д. Вакуум-аспірація вмісту порожнини матки
- Е. Строгий ліжковий режим, спостереження

5. Хвора С., 33 роки, скаржиться на болі внизу живота справа, температуру 37,9 °С, безпліддя протягом п'яти років, хронічний двобічний сальпінгіт, урогенітальний хламідіоз (в анамнезі). Менструації регулярні, 7-й день циклу. Гінекологічний огляд: тіло матки та шийка матки – без патології. В проєкції правих придатків – утвір розмірами 11 × 5 см, болючий. Виділення серозно-гнійні. Імовірний діагноз?

- А. Правобічний піосальпінкс*
- В. Правобічна трубна вагітність
- С. Апоплексія правого яєчника
- Д. Кіста правого яєчника
- Е. Гострий апендицит

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою

Ектопічна вагітність

Ектопічна вагітність (ЕВ) є основною причиною материнської захворюваності та смертності. Кровотеча в наслідок розриву фаллопієвої труби або розриву інших структур, у яких імплантована ЕВ, є основною причиною материнської смертності в першому триместрі і становить від 4 до 10 відсотків усіх смертей, пов'язаних з вагітністю. Більшість цих смертей відбувається до госпіталізації або під час транспортування пацієнтки до ЗОЗ. Розрив маткових труб, зазвичай, пов'язаний зі значною кровотечею, яка може бути фатальною, якщо терміново не буде виконано оперативне втручання.

Класифікація ектопічної вагітності

У залежності від імплантації плідного яйця позаматкову вагітність підрозділяють на трубну, яєчникову, черевну та інші форми (шийкова, у рудиментарному розі, інтралігаментарна).

У залежності від локалізації плідного яйця в матковій трубі: ампулярний відділ, істмічний, інтерстеціальний.

У залежності від перебігу позаматкової вагітності: прогресуюча позаматкова вагітність; трубна вагітність, що перервалася по типу «трубного аборту»; трубна вагітність, що перервалася по типу розриву маткової труби.

Алгоритм діагностики позаматкової вагітності

1. Клінічна картина:

Основні скарги хворих з позаматковою вагітністю: затримка менструації, кров'яні виділення зі статевих шляхів, біль, нудота.

В ургентній гінекології частіше зустрічається порушена трубна вагітність - розриви труби чи трубний аборт.

Позаматкова вагітність, порушена по типу розриву труби: характерний гострий початок, якому, як правило, передуює затримка менструації.

Болі внизу живота різкі, переймоподібні, іррадіюють у задній прохід, під- та надключичну ділянки, плече чи лопатку, супроводжуються нудотою, блювотою, запамороченням, під час інтенсивного больового приступу можлива втрата свідомості.

Об'єктивно: шкіра і слизові бліді, кінцівки холодні. Тахікардія, пульс слабого наповнення, артеріальний тиск знижений. Живіт трохи роздутий, болючий при пальпації, більше на стороні ураження, помірна напруга м'язів черевної стінки, симптоми роздратування очеревини. При перкусії - притуплення в пологих місцях живота.

Гінекологічний огляд: при огляді за допомогою дзеркал: ціаноз слизової піхви і екзоцервіксу. Бімануальне дослідження (дуже хворобливе) виявляє: матка збільшена, але менше ймовірного терміну вагітності, легко зміщується, як би «плаває» у вільній рідині. У ділянці додатків матки виявляється пастозність або пальпується пухлиноподібне утворення. Задній та один з бокових склепінь нависають; при спробі зміщення шийки матки та при пальпації заднього склепіння виникає різка біль з іррадіацією в пряму кишку.

Позаматкова вагітність, порушена по типу трубного аборту: переривання данної вагітності характеризується повільним перебігом (від декількох днів до декількох тижнів). Основні скарги: приступоподібні болі внизу живота, мажучі, незначні, темно-коричневі або майже чорні виділення зі статевих шляхів на тлі затримки менструації (обумовленні відторгненням децидуальної оболонки в результаті зниження рівня статевих гормонів). Можуть бути повторні короткочасні стани непритомності, слабкість, головокружіння, холодний піт, блювота.

При гінекологічному огляді – ціаноз слизових, незначні кров'яні виділення із цервікального каналу. Збільшення матки не відповідає терміну вагітності. У ділянці правих або лівих додатків матки пальпується помірно-рухливе пухлиноподібне утворення з нечіткими контурами. Задній та відповідне бокове склепіння сплюснені або випнуті, помірно болючі.

Черевна вагітність – зустрічається дуже рідко. Плідне яйце може прикріплюватися до будь-якого органу черевної порожнини, окрім кишківнику. Як правило, вона закінчується розривом капсули плідовмістилища на ранніх термінах та значною кровотечею і перитонеальним шоком.

Шийкова вагітність – на ранніх термінах перебігає безсимптомно, у подальшому з'являються кров'яні виділення. При огляді спостерігається колбоподібне збільшення шийки матки. Існує велика небезпека профузної кровотечі.

2. Лабораторно-інструментальна діагностика: УЗД органів малого таза, черевної порожнини; визначення рівня хоріонічного гонадотропіну людини (ХГЛ); пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви (при порушеній позаматковій вагітності виявляється темна незгортаюча кров); біопсія ендометрія (при позаматковій вагітності ендометрій трансформується в децидуальну оболонку в вигляді феномену Аріас-Стелли

та «світлих залоз» Овербека та ворсини хоріону не виявляються); лапароскопія (найбільш інформативний метод діагностики 97 – 100 %).

Алгоритм лікування позаматкової вагітності

1. Лікування може бути хірургічним та консервативним. Вибір методу залежить від клінічного перебігу, локалізації плідного яйця, репродуктивних планів жінки, можливостей медичного закладу.

2. Хірургічне лікування залишається найбільш поширеним методом лікування позаматкової вагітності. Хвора одразу після визначення діагнозу порушеної позаматкової вагітності має бути прооперована. Додатково проводиться інфузійна терапія (об'єм, швидкість введення розчинів залежить від об'єму крововтрати/стадії геморагічного шоку).

Хірургічне лікування трубної вагітності можливе лапароскопічним та лапаротомним доступом. При будь-якому методі проводять як радикальні (тубектомія - виконують у разі порушеної трубної вагітності, що супроводжується масивною кровотечею та виразними патологічними змінами маткових труб, розривом), так і органозберігаючі операції (фімбріальна евакуація, сегментарна резекція маткової труби, сальпінготомія (туботомія)).

3. У сучасній практиці можливе застосування консервативних методів лікування позаматкової вагітності. Виконуються лише в умовах гінекологічного стаціонару при бажанні жінки зберегти репродуктивну функцію, наявності непорушеної трубної вагітності, відсутності тяжких соматичних захворювань у жінки.

У більшості випадків використовується метотрексат – антагоніст фолієвої кислоти, що визиває загибель ембріону з послідувачим трубним абортom або резорбцією плідного яйця без пошкодження ендосальпінксу.

Протипокази для метотрексата: тромбопенія, лейкопенія, тяжкі захворювання печінки, нирок, діаметр плідного яйця більше 3 см, більше 100мл крові в дугласовом просторі.

4. При шийковій вагітності проводять екстирпацію матки без додатків.

Трубний аборт – це вигнання продуктів зачаття через фімбріальний відділ маткової труби. Після цього може відбутися резорбція тканини або повторна імплантація трофобласта в черевній порожнині (вторинна абдомінальна вагітність) або на яєчнику (яєчникова вагітність). Трубний аборт може супроводжуватися масивною внутрішньочеревною кровотечею, що вимагає ургентного хірургічного втручання, або мінімальною кровотечею, яка не потребуватиме подальшого лікування. Регресування трубної вагітності може статися спонтанно, хоча важко передбачити, у яких пацієнток відбудеться регрес трубної вагітності без ускладнень.

Фактори ризику ЕВ включають попередню ЕВ, патологію маткових труб або оперативні втручання (наприклад, запальне захворювання органів малого таза або перев'язка маткових труб), поточне використання внутрішньоматкової спіралі, куріння та застосування допоміжних репродуктивних технологій. Однак у більшості жінок із ЕВ неможливо визначити фактори ризику.

Діагностика ЕВ проводиться на підставі анамнезу, клінічних ознак, даних загального фізикального і гінекологічного обстеження, результатів трансвагінального УЗД та визначення рівня сироваткового β -ХГЛ.

При зборі анамнезу необхідно уточнити наступні дані: акушерсько-гінекологічний анамнез: дата останньої менструації, попередні вагітності, запальні захворювання та перенесені операції органів малого таза, методи контрацепції; біль у животі: початок, тривалість, характер, іррадіація болю, фактори полегшення або посилення болю; вагінальна кровотеча: початок, тривалість, об'єм (кількість просякнутих прокладок); синкопе/запаморочення; нудота/блювання.

Клінічні ознаки ЕВ включають:

загальні симптоми: біль у животі або ділянці малого таза; аменорея або затримка менструації; вагінальні кровотечі зі згустками крові чи без них; інші симптоми: чутливість молочних залоз; симптоми з боку шлунковокишкового тракту; запаморочення, загальна слабкість чи втрата свідомості; біль у ділянці плеча; симптоми з боку сечовидільних шляхів; елементи тканин у кров'янистих виділеннях зі статевих шляхів; відчуття тиску на пряму кишку або біль при дефекації.

Дані загального фізикального і гінекологічного обстеження при ЕВ включають:

більш поширені ознаки: чутливість у ділянці органів малого таза; болючість придатків матки; болючість при пальпації живота; інші ознаки: чутливість при зміщенні шийки матки; болючість при раптовому послабленні тиску на передню черевну стінку або перитонеальні ознаки; блідість шкіри; здуття живота; збільшення тіла матки; тахікардія (> 100 за хв) або гіпотонія ($< 100/60$ мм рт.ст.); шок або колапс; ортостатична гіпотензія.

За підозри на шийкову вагітність гінекологічне обстеження проводиться в умовах розгорнутої операційної.

Трансвагінальне УЗД є найкращим методом діагностики ЕВ.

Для визначення тактики ведення ЕВ, що візуалізовано за допомогою трансвагінального УЗД, використовується одноразове визначення рівня сироваткового β -ХГЛ. У гемодинамічно стабільних пацієнток при вихідному рівні сироваткового β -ХГЛ < 1000 МО/л проводиться повторне дослідження сироваткового β -ХГЛ через 48 годин. Визначення рівня β -ХГЛ у сироватці крові для діагностики гетеротопічної вагітності є обмеженим.

Перед хірургічним лікуванням ЕВ проводиться стандартне обстеження для ургентного оперативного втручання, визначення об'єму крововтрати, моніторинг артеріального тиску, пульсу, сатурації крові за даними пульсоксиметрії, діурезу жінки.

Остаточний діагноз при хірургічному лікуванні ЕВ підтверджується результатами патологогістологічного дослідження операційного матеріалу. На кожний операційний матеріал лікуючий лікар заповнює першу сторінку бланку-направлення на дослідження за Формою № 014/о. Лікуючий лікар або лікар ЗОЗ, який здійснив відбір операційного матеріалу, забезпечує належне зберігання операційного і біопсійного матеріалу.

Медикаментозне лікування ЕВ може бути застосовано за умови відповідності пацієнтки критеріям призначення та відсутності протипоказань. Лабораторні обстеження, що мають бути виконані перед призначенням медикаментозного лікування: сироватковий рівень β -ХГЛ, сечовина, електроліти, печінкові проби, клінічний аналіз крові, група крові, резус фактор.

Якщо маткова вагітність є небажаною, вакуум-аспірація порожнини матки у жінок з підвищеним рівнем сироваткового β -ХГЛ допомагає відрізнити ЕВ від викидня раннього терміну шляхом визначення відсутності ворсин хоріона при патологогістологічному дослідженні зразка ендометрія.

Лікування ЕВ відрізняється в залежності від локалізації вагітності, гемодинамічної стабільності пацієнтки, результатів трансвагінального УЗД і вихідного рівня β -ХГЛ у сироватці крові.

Більшість випадків трубної ЕВ підлягають лікуванню хірургічним шляхом. Лапароскопія є кращою за лапаротомію через її численні переваги, такі як скорочення часу операції, зменшення інтраопераційної крововтрати, скорочення часу перебування у стаціонарі, нижча вартість, менша потреба у знеболювальних і менша ймовірність формування спайок. Однак фактичні дані свідчать про відсутність різниці з точки зору користі для здоров'я між лапароскопією та лапаротомією, в тому числі щодо ключових показників успішної вагітності у майбутньому.

За умови наявності ознак геморагічного шоку необхідно забезпечити достатній венозний доступ (катетеризація 2-3 периферичних вен катетерами розміром 14-16 G). За

неможливості забезпечити периферичний доступ слід розглянути центральний венозний доступ.

З метою запобігання гіпотермії важливо дотримуватись стратегії термозбереження та введення теплих інфузійних розчинів. Перевагу слід надавати розчинам електролітів. Для оптимізації об'єму інфузійної терапії до остаточної зупинки кровотечі слід застосовувати стратегію пермісивної (керованої) гіпотензії (систолический артеріальний тиск на рівні 90 мм рт.ст.).

Медикаментозне лікування можна запропонувати визначеним категоріям жінок із ЕВ. Його не слід призначати, якщо діагноз ЕВ не підтверджений, і не виключена наявність життєздатної маткової вагітності.

Особливості призначення медикаментозного лікування ЕВ

День	Обстеження і терапія
1	Сироватковий рівень β -ХГЛ, сечовина, електроліти, печінкові проби, клінічний аналіз крові, група крові, резус фактор. Введення метотрексату 50 мг/м ² поверхні тіла* внутрішньом'язово.
4	Сироватковий рівень β -ХГЛ
7	Сироватковий рівень β -ХГЛ - Якщо рівні β -ХГЛ знижуються менше ніж на 15% у дні 4-7, потрібно повторне трансвагінальне УЗД та введення другої дози метотрексату 50 мг/м ² поверхні тіла* внутрішньом'язово, якщо пацієнтка відповідає критеріям для медикаментозного лікування. - Якщо рівні β -ХГЛ знижуються більше ніж на 15% у дні 4-7, слід повторювати визначення рівня β -ХГЛ щотижня до рівня менше 15 МО/л.

Лікування рідкісних форм еktopічної вагітності

Локалізація вагітності	Медикаментозне лікування	Інші варіанти лікування	Варіанти хірургічного лікування
Інтерстиціальна ЕВ	Однодозовий або багатодозовий режим	-	Лапароскопія/лапаротомія, клиновидна резекція матки з іпсилатеральною сальпінгоектомією або без неї
Шийкова ЕВ	Багатодозовий режим	Емболізація маткових артерій	Вакуум-аспірація Гістероскопічна резекція Лапаротомія, тотальна гістеректомія
Вагітність у рубці на матці після кесаревого розтину Інтрамуральна вагітність	Однодозовий або багатодозовий режим	Емболізація маткових артерій	Вакуум-аспірація Гістероскопічна резекція під контролем УЗД / лапароскопії або без Лапароскопія/лапаротомія, клиновидна резекція матки
Вагітність у додатковому розі матки	Однодозовий або багатодозовий режим	-	Лапароскопія/лапаротомія, висічення додаткового рогу матки
Яєчникова ЕВ	Однодозовий режим	-	Лапароскопія/лапаротомія, клиновидна резекція яєчника або овариоектомія
Абдомінальна ЕВ	Багатодозовий режим	-	Лапароскопія/лапаротомія, видалення вагітності в залежності від локалізації за участю лікаря-хірурга, лікаря-уролога, інших спеціалістів Лапаротомія і розродження (при життєздатності плода)
Гетеротопічна вагітність	-	-	У разі виявлення прогресуючої гетеротопічної вагітності тактика лікування визначається в залежності від життєздатності маткової вагітності, репродуктивних планів та гемодинамічної стабільності пацієнтки. Варіанти хірургічного лікування залежать від локалізації співіснуючої ЕВ.

Апоплексія яєчника

Апоплексія яєчника - це крововилив у паренхіму яєчника, який супроводжується кровотечею у черевну порожнину.

Апоплексія може розвиватись у будь-який день менструального циклу чи після затримки менструації, але частіше в середині або у другу фазу циклу.

Клінічні форми апоплексії яєчника:

- анемічна
- больова
- змішана.

У клінічній картині анемічної форми переважають симптоми інтраперитонеальної кровотечі. Початок захворювання може бути зв'язаний з фізичними травмами, фізичною напругою, половим актом, а може починатися без видимої причини. Гострий інтенсивний біль в животі з'являється в другій половині чи в середині циклу. Нерідко біль поширюється у задній прохід, зовнішні статеві органи, куприк; може спостерігатися френікус-симптом.

Болючий приступ супроводжує слабкість, запаморочення, нудота, іноді блювота, холодний піт, непритомний стан. При огляді звертає на себе увагу блідість шкіри і слизуватих оболонок, тахікардія при нормальній температурі тіла. У залежності від величини крововтрати знижується артеріальний тиск. Живіт залишається м'яким, трохи роздутим. Напруга м'язів черевної стінки відсутня. При пальпації живота виявляється розлита хворобливість в усій нижній половині його. Симптоми роздратування очеревини виражені в різному ступені. Перкусія живота може виявити в черевній порожнині наявність вільної рідини.

Під час бімануального (досить хворобливого) дослідження визначають нормальних розмірів матку, іноді - збільшений хворобливий кулястий яєчник. При значній кровотечі знаходять нависання і хворобливість заднього і/чи бічних зводів піхви. У клінічному аналізі крові переважає картина анемії.

Больова форма апоплексії яєчника спостерігається у випадках крововиливу у тканину фолікула чи жовтого тіла без кровотечі чи з невеликою кровотечею в черевну порожнину.

Захворювання починається гостро з приступу болю унизу живота, що супроводжується нудотою і блювотою на фоні нормальної температури. Ознаки внутрішньої кровотечі відсутні. Живіт частіше м'який, але може виявлятися деяка напруга м'язів черевної стінки в клубових ділянках. Пальпація живота хвороблива в нижніх відділах, там же визначаються помірно виражені симптоми роздратування очеревини. Вільної рідини в черевній порожнині знайти не вдається. Кров'янистих виділень з статевих шляхів немає.

При внутрішньому гінекологічному дослідженні визначають нормальних розмірів матку, зсув якої викликає біль, і трохи збільшений круглий хворобливий яєчник. Склепіння піхви залишаються високими. Клінічний аналіз крові не виявляє значних відхилень від норми.

Лікування апоплексії яєчника залежить від ступеня внутрішньочеревної кровотечі. Анемічна форма захворювання вимагає хірургічного лікування, обсяг якого може бути різним. Якщо відбувся розрив жовтого тіла, його варто ушити гемостатичними Т-подібними швами. Найбільш типовою операцією є резекція яєчника. Видаляють яєчник цілком тільки в тих випадках, коли вся його тканина просочена кров'ю.

В останні роки з'явилася можливість проведення операцій, що щадять, з використанням лапароскопії, під час яких здійснюють евакуацію крові, що вилилася в черевну порожнину, і коагуляцію ділянки яєчника, що кровоточить.

Больова форма апоплексії яєчника без клінічних ознак наростаючої внутрішньої кровотечі можна лікувати консервативно. Призначають спокій, холод на низ живота, препарати гемостатичної дії, вітаміни. Консервативна терапія проводиться в стаціонарі під спостереженням медичного персоналу.

Перекрути ніжки пухлини яєчника

До перекруту ніжки можуть бути схильні пухлини різної гістологічної структури, не спаяні із сусідніми органами і які мають виражену ніжку. Як правило, це доброякісні і пограничні новоутвори, але можуть зустрічатися і злоякісні.

Перекрути ніжки пухлини може бути зв'язаний зі зміною положення тіла, фізичною напругою, посиленою перистальтикою кишечника, переповненням сечового міхура, довгою рухливою ніжкою кісти.

Анатомічна ніжка пухлини складається з розтягнутої зв'язки, що підвішує яєчник, власної зв'язки яєчника і мезооварія. У хірургічну ніжку ще входить маткова труба.

Перекрути ніжки може відбутися раптово чи поступово, буває повним і частковим. Патологоанатомічні зміни в пухлині при перекручуванні її ніжки залежать від швидкості, з яким відбувається поворот пухлини по осі, і ступеня перекруту. Перекрути ніжки пухлини, що супроводжується пережаттям артерій, приводить до некротичних змін у тканинах пухлини.

Клінічна картина. Захворювання, як правило, починається із сильного болю у низу живота, що супроводжується нудотою і блювотою. Температура тіла в перші години захворювання залишається нормальною, лейкоцитарна реакція не виражена.

Хвора приймає змушене положення в ліжку через виниклий різко біль. При пальпації - напруга передньої черевної стінки, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга, парез кишечника, затримка стільця, рідше-діарея. Температура тіла може підвищуватися, пульс частий, блідість шкіри, холодний піт. При внутрішньому гінекологічному дослідженні виявляють пухлину в ділянці придатків матки, спроба її зсуву викликає різкий біль. Такі хворі потребують термінового оперативного лікування.

Тубооваріальні пухлини

Тубооваріальна пухлина – це патологічний процес, що характеризується формуванням абсцесу в області придатків матки (маткових труб та яєчників). Зазвичай, це ускладнення запальних захворювань органів малого таза.

Гнійні тубооваріальні пухлини виникають як ускладнення перебігу сальпінгоофориту. При запаленні ендотелія труби в її просвіті накопичується ексудат, який у міру прогресування процесу може набувати гнійного характеру. Якщо склеюються матковий та яєчниковий кінці труби, гній не евакуюється і утворюється піосальпінкс. Вторинно може виникати пери-оофорит, а потім оофорит. За рахунок випадання фібрину труба склеюється з яєчником. У випадку виникнення гнійного запалення яєчника нерідко утворюється єдина з піосальпінксом порожнина - формується тубооваріальний абсцес.

Клініка та діагностика. При піоварі, нагноєнні ексудату в трубці чи гнійній тубооваріальній пухлині стан хворої тяжкий, шкіра бліда, з ціанотичним відтінком. Температура піднімається до 39°C, пульс частий, відповідає температурі. Як наслідок інтоксикації виникає гіповолемія, що клінічно проявляється зниженням АТ, язик вологий. Живіт м'який, бере участь у акті дихання, може бути незначне його здуття, переважно в нижніх відділах, болючий у тих самих ділянках. Іноді можна пальпувати верхній полюс утвору, що виходить з малого таза. Поява симптомів подразнення очеревини свідчить про загрозу прориву гнійника. При бімануальному дослідженні у випадку наявності гнійника знаходять дещо збільшену болючу матку, болючість посилюється при зміщенні. Нерідко матка спаяна в єдиний конгломерат із збільшеними придатками. При гострому перебігові захворювання придатковий утвір має нечіткі контури і нерівномірну консистенцію, він, як правило, нерухомий, різко болючий. Тканини, що оточують матку та придатки, пастозні. У деяких випадках болючі ретортоподібні утвори пальпуються збоку і ззаду від матки, проте частіше, у зв'язку з різкою болючістю, отримати чіткі дані про стан придатків немає можливості. У стадії ремісії придатків характерні досить чіткі контури, щільна консистенція, виражена болючість.

Для наявності гнійного утвору характерні зміни у клінічному аналізі крові — лейкоцитоз із зсувом формули вліво, ШОЕ більше 30 мм/год, позитивна реакція на С-реактивний білок, зниження альбуміно-глобулінового коефіцієнта до 0,8.

Ухворих із тубооваріальними пухлинами нерідко виникає так званий ізольований сечовий синдром. Він проявляється протеїнурією, лейкоцитурією (15-25 у полі зору), мікрогематурією та появою гіалінових чи зернистих циліндрів.

Для підтвердження діагнозу використовують ультразвукове дослідження. Стінки піосальпінксу мають чіткі контури середньої ехогенності, ексудат ехонегативний. Тубооваріальний абсцес має неправильну форму, він багатокамерний, з нечіткими контурами. Точнішу оцінку утвору можна дати, використовуючи вагінальний датчик.

Застосовують також лапароскопію, проте через ризик поширення інфекції цей метод можна використовувати лише при наявності «гострого живота» із нез'ясованою етіологією.

Лікування. При тубооваріальних пухлинах проводиться антибактеріальна, десенсибілізуюча, протизапальна, детоксикаційна, імуностимулююча терапія. Вибір антибіотиків проводиться за загальними принципами, але інтенсивність терапії має бути посилена. Найкраще комбінувати пеніциліни з аміноглікозидами, цефалоспорини з аміноглікозидами, цефалоспорини з тетрациклінами. При підозрі на анаеробну флору призначають метронідазол. Бажаними є пункції гнійників через заднє склепіння вагіни з подальшим дрениванням.

Показаннями до оперативного лікування тубооваріального гнійника є:

- відсутність ефекту від комплексного лікування з використанням пункції чи лапароскопічного дренивання протягом 2-3 діб;
- підозра на перфорацію гнійника.

Об'єм оперативного втручання вирішується індивідуально і залежить від поширення процесу, наявності супутніх захворювань, віку жінки.

Пельвіоперитоніт і перитоніт

Пельвіоперитоніт та перитоніт — це гостре запалення очеревини. Пельвіоперитоніт — це запалення очеревини малого таза.

Етіологічні чинники:

- розплавлення стінки піосальпінксу, гнійного тубооваріального утворення;
- гінекологічні операції;
- кримінальні аборти, у тому числі перфорація матки;
- некроз пухлини яєчника.

Класифікація за походженням:

- Первинний перитоніт: виникає внаслідок потрапляння інфекції в черевну порожнину без прямого пошкодження органів черевної стінки (наприклад, при цирозі печінки).
- Вторинний перитоніт: розвивається внаслідок пошкодження або запалення органів черевної порожнини, що призводить до витоку вмісту в черевну порожнину та інфікування.
- Третинний перитоніт: виникає як ускладнення після лікування первинного або вторинного перитоніту, часто пов'язаний з госпітальними інфекціями.

Класифікація за поширенням:

- Місцевий (локальний) перитоніт: запалення обмежене однією анатомічною ділянкою.
- Поширений (розлитий) перитоніт: запалення захоплює кілька анатомічних ділянок черевної порожнини.
- Тотальний (загальний) перитоніт: запалення охоплює всю очеревину.

Класифікація за наявністю інфекції:

- Асептичний перитоніт: запалення, викликане хімічним подразненням (наприклад, жовч, шлунковий сік) без інфекції.
 - Мікробний перитоніт: запалення, викликане бактеріями.
- Класифікація за характером ексудату:
- Серозний перитоніт: ексудат прозорий або злегка каламутний, містить багато білка.
 - Фібринозний перитоніт: ексудат містить фібрин, що утворює наліт на поверхні очеревини.
 - Гнійний перитоніт: ексудат містить гній.
 - Геморагічний перитоніт: ексудат містить кров.
- Інші форми:
- Туберкульозний перитоніт: Спричинений мікобактеріями туберкульозу.
 - Гострий та хронічний перитоніт: Залежно від перебігу захворювання.

Клінічна картина: біль внизу живота, висока температура, нудота, іноді - блювота. При об'єктивному дослідженні: частий пульс, що випереджає температурну реакцію. Язик залишається всуховат, іноді обкладений білим нальотом. Живіт роздутий у нижніх відділах, також напруга м'язів черевної стінки, позитивні симптоми подразнення очеревини. Перистальтика кишечнику млява, черевна стінка не бере участь в акті подиху. Бімануальне дослідження затруднене через різку хворобливість і напругу нижніх відділів живота. Сильний біль виникає уже при найменшому зсуві шийки матки. Іноді сплюснення чи нависання піхвових зводів, що вказує на наявність ексудату в малому тазі.

Клінічний аналіз крові при пельвіоперитоніті варто робити багаторазово протягом доби. Для пельвіоперитоніту характерний помірний лейкоцитоз, нерізкий здвиг лейкоцитарної формули вліво, невелике зниження кількості лімфоцитів і збільшення ШОЕ.

У неясних випадках проводиться лапароскопія.

Лікування пельвіоперитоніту, як правило, консервативне.

Спокій, повноцінна дієта, що щадить. На низ живота - періодична аплікація міхура з льодом. Антибактеріальна терапія. Детоксикація (інфузійно-трансфузійна терапія). Десенсибілізуючі, неспецифічні протизапальні препарати, що знеболюють, вітаміни. Доцільні сеанси ультрафіолетового опромінення крові.

Хірургічного лікування вимагає пельвіоперитоніт, що протікає на фоні піосальпінксу, піовару і тубоваріального абсцесу.

Розповсюджений перитоніт характеризується рано виникаючою ендегенною інтоксикацією.

Клініка перитоніту: біль у животі, захисна напруга м'язів черевної стінки, симптоми подразнення очеревини позитивні, завзятий парез кишечнику. Висока лихоманка, поверхнєве дихання, блювота, неспокійне поведіння є ейфорія, тахікардія, холодний піт. лейкоцитоз вирази зі зрушенням лейкоцитарної формули вліво і токсичною зернистістю нейтрофілів, підвищення рівня лужної фосфатази, різке зниження числа тромбоцитів

Лікування в 3 етапи: передопераційна підготовка, оперативне втручання, інтенсивна терапія в післяопераційному періоді

Передопераційна підготовка: декомпресія шлунка, катетеризація підключичної вени (проводиться інфузійна терапія, спрямована на ліквідацію гіповолемії і метаболічного ацидозу, корекцію водяного, електролітного і білкового балансу, детоксикацію організму), уведення серцевих засобів, адекватна оксигенація, в/в введення антибіотиків у максимально можливих дозуваннях.

Обсяг оперативного втручання суцього індивідуальний, особлива вимога - повне видалення вогнища інфекції з наступним дренажуванням черевної порожнини.

Тривалість інфузійної терапії в післяопераційному періоді повинна переслідувати наступні цілі:

- ліквідація гіповолемії шляхом введення колоїдних розчинів і білкових препаратів;

- відновлення дефіциту хлоридів і калію;
- корекція ацидозу;
- забезпечення енергетичних потреб організму;
- антиферментна й антикоагулянтна терапія;
- забезпечення форсованого діурезу;
- боротьба з інфекцією шляхом застосування антибіотиків широкого спектра дії;
- профілактика і лікування функціональної недостатності серцево-судинної системи;
- відновлення моторно-евакуаторної функції шлунка і кишечника.

Основні методи хірургічних втручань при невідкладних станах в гінекології

При невідкладних станах у гінекології застосовується широкий спектр хірургічних методів, які можна розділити на кілька основних груп:

Лапароскопія: малоінвазивний метод, при якому операція проводиться через невеликі проколи в черевній стінці. Лапароскоп дозволяє візуалізувати органи на моніторі, а через інші проколи вводяться хірургічні інструменти.

Лапароскопічн традиційний хірургічний доступ, при якому здійснюється розріз черевної стінки для доступу до органів малого тазу. Цей метод використовується, коли

Гістероскопія: діагностична та хірургічна процедура, при якій гістероскоп вводиться в порожнину матки через піхву. Цей метод дозволяє оглянути порожнину матки, видалити поліпи, міоми та інші патологічні утворення.

Переваги малоінвазивної хірургії (лапароскопія, гістероскопія, вагінальні операції): Менші розрізи та шрами, зменшення болю та дискомфорту після операції, скорочення терміну перебування в стаціонарі та швидше відновлення, менший ризик ускладнень, кращий косметичний ефект.

Вибір методу залежить від конкретного захворювання, загального стану пацієнтки та досвіду лікаря.

3.Формування професійних вмінь та практичних навичок

Питання:

1. Які захворювання приводять до «гострого живота» в гінекології?
2. Позаматкова вагітність: визначення, класифікація, етіологія, патогенез, клінічні ознаки, діагностика, лікування.
3. Апоплексія яєчника: визначення, класифікація, етіологія, клінічна картина, діагностика, лікування.
4. Диференційна діагностика «гострого живота» в гінекології.
5. Невідкладна допомога.
6. Як правильно підготувати гінекологічних хворих до ургентних та планових оперативних втручань?
7. Як правильно вести післяопераційний період?
8. Реабілітація після хірургічних втручань.

Клінічна ситуація 1

Жінка 26 років доставлена до лікарні із скаргами на раптово виниклий біль внизу живота, який іррадіює у стегно та пряму кишку, нудоту, запаморочення, кров'яні темні виділення із статевих шляхів на протязі тижня, затримку менструації на протязі 4 тижнів. Шкіряні покриви бліді. Симптоми подразнення очеревини визначаються внизу живота, більше справа.

Огляд у дзеркалах: ціаноз слизової піхви і шийки матки.

Бімануальне дослідження: матка та її додатки чітко не визначаються через різку болісність. Визначається симптом “плаваючої матки”, заднє склепіння піхви нависає і різко болісне.

Вкажіть попередній діагноз?

Попередній діагноз: Порушена трубна вагітність за типом розриву маткової труби. Внутрішньочеревна кровотеча.

План лікування: Оперативне втручання тубектомія.

Клінічна ситуація 2

Хвора 34 років надійшла до стаціонару зі скаргами на гострий біль внизу живота, нудоту, блювання. Шість місяців тому при огляді у гінеколога виникла підозра на наявність кісти правого яєчника, від операції відмовилась. Остання менструація була місяць тому. Вважає себе хворою 2 тижні, коли уперше з'явився переймоподібний біль внизу живота. З анамнезу: лікувалась з приводу запалення додатків матки.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Температура 37,7°C, пульс 86 уд/хв. АТ-130/90 мм рт. ст. Язик обкладений, живіт помірно здутий, симптом Щоткіна – Блюмберга позитивний внизу живота. Бімануальне дослідження: різка болісність при зміщенні шийки матки. Справа від матки пальпується утворення тугоеластичної консистенції розміром 4x5 см, болісне. Зліва додатки не визначаються. Склепіння глибокі, пальпація правого склепіння болісна. Виділення з піхви – білі, помірні.

Вкажіть попередній діагноз?

Попередній діагноз: Перекрут ніжки пухлини правого яєчника. Пельвіоперитоніт.

Клінічна ситуація 3

До лікаря акушер-гінеколога звернулася хвора 48 років зі скаргами на кровотечу із 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 тому, після 2-х місячної відсутності менструації, почалася маткова кровотеча, що продовжується дотепер. При огляді: шкіра і видимі слизові бліді, пульс 76 уд./хв, АТ – 110/80 мм.рт.ст., гемоглобін – 100г/л. Живіт м'який, безболісний при пальпації. При бімануальному дослідженні з боку внутрішніх статевих органів патології не виявлено.

- Встановіть діагноз. Аномальна маткова кровотеча. Вторинна анемія.
- Які додаткові лабораторні та інструментальні методи дослідження необхідно призначити? УЗД органів малого тазу 2.Гормональне дослідження. 3.Біопсія ендометрія (аспірат з порожнини, Фракційне лікувально - діагностичне вишкрібання порожнини матки, гістероскопія).
- Від чого залежить тактика лікування? Від результатів гістологічного дослідження ендометрія.
- Що необхідно призначити для лікування анемії? Сбалансоване харчування (продукти із вмістом заліза) та антианемічні препарати.

Тестові завдання:

1.Пацієнтка 28 років зі скаргами на болі внизу живота справа, затримку менструацій на 10 днів. Гінекологічний огляд: шийка матки ціанотична, тіло матки розм'якшене, дещо збільшене в розмірах. В проекції правих додатків - болючий пухлиноподібний утвір до 4 см в діаметрі. Зліва додатки не пальпуються. Виділення темно-кров'яністі, скудні. ХГЛ позитивний. Імовірний діагноз?

А.*Правобічна трубна вагітність

В.Кіста лівого яєчника.

С.Апоплексія правого яєчника.

Д.Гострий апендицит.

Е.Міома матки, субсерозний варіант

2. Хвора 27-ми років надійшла до гінекологічного відділення зі скаргами на різкий біль в ділянці зовнішніх статевих органів, що посилюється при ходьбі, підвищення температури

тіла до 39,2°C, озноб. Захворіла тиждень тому, після переохолодження. Остання менструація 3 тижні тому. При огляді зовнішніх статевих органів в ділянці великої статевої губи визначається болюче пухлиноподібне утворення розмірами 3х4 см, шкіра над ним гіперемована, гаряча на дотик, при пальпації відмічається флуктуація. Діагноз:

- A. Рак вульви
- B. Кіста бартолінієвої залози
- C. Фурункул великої статевої губи
- D. Ліпома зовнішніх статевих органів
- E. Абсцес бартолінієвої залози

3. Хвора 20 років скаржиться на затримку менструації на десять днів, порушення менструальної функції відмічає вперше. Статеве життя регулярне. Об'єктивно встановлено: стан задовільний, живіт м'який, безболісний. АТ - 120/80 мм рт. ст., пульс - 72/хв. Під час УЗД виникла підозра на наявність прогресуючої трубної вагітності. Яка тактика лікаря жіночої консультації?

- A. Видати лікарняний лист та направити хвору на визначення титру
- B. Провести обстеження за тестами функціональної діагностики
- C. Рекомендувати повторну явку за 1 тиждень для контрольного
- D. Провести пункцію черевної порожнини через заднє склепіння
- E. Терміново госпіталізувати хвору для уточнення діагнозу

4. Жінка 28 років поступила зі скаргами на різкі болі внизу живота, короточасну втрату свідомості вдома. Остання менструація була 12 днів тому. Під час вагінального обстеження встановлено: матка звичайної форми, неболюча, додатки зліва дещо збільшені, болючі під час пальпації. Заднє склепіння нависає, напружене, різко болюче. Який попередній діагноз?

- A. Перекрут ніжки кісти
- B. Апоплексія правого яєчника
- C. Загострення хронічного аднекситу
- D. Позаматкова вагітність
- E. Піосальпінкс праворуч

5. До гінекологічного стаціонару звернулася жінка 36-ти років зі скаргами на значну кровотечу зі статевих шляхів та затримку місячних на місяць. При бімануальному дослідженні: шийка матки бочкоподібної форми, м'якої консистенції. Матка звичайних розмірів, дещо розм'якшена. Придатки без особливостей з обох сторін. При дзеркальному дослідженні: шийка матки синюшна, збільшена у розмірах, зовнішнє вічко розкрите до 0,5 см. Дослідження сечі на ХГ - позитивне. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Шийкова вагітність
- B. Маткова вагітність
- C. Аборт у ході
- D. Загроза переривання вагітності
- E. Позаматкова вагітність

ТЕМА 9

НЕПЛІДНИЙ ШЛЮБ

Мета: Навчити визначенню етіологічних та патогенетичних факторів основних захворювань жіночої репродуктивної системи, що призводять до неплідності. Засвоїти основні принципи обстеження подружньої пари при неплідному шлюбі. Визначити попередній клінічний діагноз на підставі інтерпретації даних спеціального обстеження неплідної подружньої пари. Засвоїти сучасні принципи та методи лікування жіночої неплідності (гормональні, хірургічні, новітні репродуктивні технології).

Основні поняття:

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

План:

1. Контроль опорного рівня знань

Типові тести:

1. Безплідний шлюб - це відсутність вагітності у жінок дітородного віку при регулярному статевому житті без застосування контрацептивів:

- A. Протягом 1 року*
- B. Протягом 2-х років
- C. Протягом 3-х років
- D. Протягом 4-х років
- E. Протягом 5-ти років

2. Одним з методів штучного запліднення є:

- A. Вишкрібання слизової оболонки матки
- B. Введення сперми в порожнину матки*
- C. Ампутація матки
- D. Операція Порро
- E. Операція Еметта

3. Наявність в організмі жінки порушень, що виключають будь-яку можливість вагітності-це:

- A. Абсолютне безпліддя*
- B. Відносне безпліддя
- C. Атрезія піхви
- D. Ампутація матки
- E. Відсутність піхви

4. При яких ситуаціях використання МЛА недоцільно?

- A. Минуло не більше 6 місяців після пологів.
- B. Жінка годує виключно груддю.
- C. Жінка годує дитину за вимогою.
- D. Жінка годує груддю нерегулярно, відновилась менструація.*

5. Яких типів КОК за складом гормонів не існує?

- A. Монофазні.
- B. Двофазні.
- C. Багатофазні
- D. Чотирифазні.*

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою

Класифікація жіночої безплідності:

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

- гіпоталамо-гіпофізарна недостатність (ГГН);
- гіпоталамо-гіпофізарна дисфункція (ГГД) (яєчникова та надниркова форми);
- первинна недостатність яєчників;
- порушення функції статевих органів;
- гіперпролактинемія.

II. Трубно-перитонеального генезу – 20 – 30%.

III. Маткового генезу – 2 – 3%:

- відсутність матки;
- аномалії розвитку матки;
- синехії у порожнині матки (синдром Ашермана).

IV. Шийкового генезу – 5%.

V. Імунологічного генезу – 20%:

- з наявністю антиспермових АТ тільки у цервікальному слизі;
- з наявністю антиспермових АТ у крові жінки, яйцеклітині, фолікулярній рідині.

VI. Інші форми жіночого безпліддя:

- жіноче безпліддя, обумовлене урогенітальною інфекцією;
- ендометріоз та безпліддя;
- міома матки та безпліддя.

Класифікація чоловічої безплідності:

- Секреторна безплідність (недостатність секреторної функції статевих залоз), яка обумовлена вродженою та набутою патологією.
- Екскреторна безплідність - обумовлена порушенням транспорту сперматозоїдів по сім'явидним шляхам.
- Змішана безплідність – коли секреторна недостатність статевих залоз поєднується з обструктивним, імунологічним та запальним процесом.
- Імунологічна безплідність.

Обстеження жінок:

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

- МАР-тест – визначення антиспермальних антитіл в еякуляті (в нормі < 30%).

➤ Гістероскопія, лапароскопія.

Додаткові дослідження за ознаками:

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

Обстеження чоловіків:

(проводиться спільно і одночасно з обстеженням жінки)

- Загальноклінічні методи обстеження.
- Обстеження на урогенітальну інфекцію.
- Обстеження еякуляту за класифікацією ВООЗ (3 – 4 дні статевого покою).
- Консультація терапевта, генетика, сексопатолога (за показами).

При наявності патології у спермограмі додатково проводиться:

- Бак. посев сперми на стерильність.
- Гормональне обстеження (ФСГ, ЛГ, пролактин, тестостерон).
- Пробна капациація.
- УЗД передміхурової залози та мошонки.

Показання для проведення запліднення ін вітро (ЗІВ):

➤ Жіноче безпліддя:

- ☐ відсутність маткових труб;
- ☐ непрохідність маткових труб;
- ☐ виражений спайковий процес органів малого тазу;
- ☐ порушення росту фолікулів та овуляції;
- ☐ синдром лютеїнізації фолікула;
- ☐ ендометріоз;
- ☐ неодноразові невдалі спроби внутрішньоматкової інсемінації;
- ☐ неодноразові невдалі спроби стимуляції фолікулогенезу;
- ☐ безпліддя, що пов'язане з віком (після 36 років) та передчасним виснаженням яєчників;
- ☐ безпліддя, що не піддається лікуванню іншими методами.

➤ **Чоловіче безпліддя:**

- ☐ безпліддя нез'ясованого генезу;
- ☐ захворювання, які потребують проведення преімплантаційної генетичної діагностики (ПГД) для виключення вірогідності народження дитини зі спадковою патологією;
- ☐ обструктивна азооспермія;
- ☐ астенозооспермія; олігозооспермія; олігоастенотератозооспермія;
- ☐ еректильна дисфункція;
- ☐ анеякуляція;
- ☐ ретроградна еякуляція;
- ☐ анатомічні дефекти пенісу (гіпоспадія, епіспадія);
- ☐ імунологічні фактори (аутоантитіла та аглютинація сперматозоїдів).

Протипоказання для проведення ЗІВ:

- соматичні та психічні захворювання, які є протипоказанням для виношування вагітності та пологів;
- довжина тіла матки менше ніж 35 мм;
- гострі запальні захворювання будь-якої локалізації на початок лікувальної програми ДРТ;
- уроджені вади розвитку або набуті деформації порожнини матки, при яких неможлива імплантація ембріона (-ів) та виношування вагітності;

- доброякісні пухлини матки, що деформують порожнину матки та (або) вимагають оперативного лікування;
- злоякісні новоутворення будь-якої локалізації (дозволяється отримання гамет з метою збереження репродуктивного потенціалу).

Алгоритм виконання практичних навичок.

Бімануальне (піхвове) дослідження:

- 1) привітатись з пацієнткою;
- 2) ідентифікувати пацієнтку (ПІБ, вік);
- 3) проінформувати пацієнтку про необхідність проведення дослідження;
- 4) пояснити пацієнтці, як проводиться дослідження;
- 5) отримати дозвіл на проведення дослідження;
- 6) вимити руки;
- 7) вдягнути оглядові рукавички;
- 8) першим та другим пальцями лівої (правої) руки розвести великі соромні губи, середній палець «домінантної» руки розташувати на рівні задньої спайки, обережно натиснути на неї, щоб відкрити вхід до піхви;
- 9) обережно та повільно ввести середній палець, потім вказівний палець у піхву по задній стінці до склепіння та шийки матки, четвертий та п'ятий пальці привести до долоні, великий палець відвести до верху;
- 10) визначити довжину піхвової частини шийки матки в сантиметрах;
- 11) визначити консистенцію шийки матки (щільна, м'яка);
- 12) визначити прохідність зовнішнього вічка цервікального каналу (закритий, пропускає кінчик пальця);
- 13) оцінити болісність екскурсії шийки матки;
- 14) другу долоню обережно покласти на живіт (над симфізом) та помірно надавити для визначення дна тіла матки;
- 15) вивести тіло матки між двома руками та визначити:
 - положення матки відносно шийки матки (anteflexio, retroflexio);
 - розміри тіла матки (нормальні, зменшені, збільшені);
 - консистенцію тіла матки (щільно-еластична, м'яка, ущільнена);
 - рухомість тіла матки (відносно рухома, обмежено рухома);
 - чутливість при пальпації (болісна, безболісна);
- 16) розмістити пальці в дні правого бокового склепіння та використовуючи обидві руки пропальпувати праве вагінальне склепіння та праві додатки матки, визначити їх розмір, рухливість та болісність;
- 17) розмістити пальці в дні лівого бокового склепіння та використовуючи обидві руки пропальпувати ліве вагінальне склепіння та ліві додатки матки, визначити їх розмір, рухливість та болісність;
- 18) визначити ємкість піхвових склепінь;
- 19) проінформувати пацієнтку про результати дослідження;
- 20) подякувати пацієнтці;
- 21) зняти оглядові рукавички;
- 22) вимити руки.

2. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Питання:

- Причини жіночої та чоловічої неплідності.
- Класифікація непліддя в шлюбі.
- Обстеження подружньої пари при неплідному шлюбі.
- Сучасні принципи і методи лікування жіночої безплідності (гормональні, хірургічні, новітні репродуктивні технології).

- Хірургічні методи реконструктивно-пластичних операцій на маткових трубах.
- Операції клиновидної резекції, лазерної вапоризації у пацієнток з непліддям.
- Показання до застосування допоміжних репродуктивних технологій.
- Методи профілактики неплідності.

Клінічна ситуація 1

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

Вкажіть фактор безпліддя?

Визначте найбільш доцільний метод діагностики.

Відповідь:

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

Клінічна ситуація 2

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

Які дослідження слід призначити?

Відповідь:

1. Спермограма.
2. Метросальпінгографія.

Клінічна ситуація 3

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

Вкажіть фактор безпліддя?

Визначте найбільш доцільний метод діагностики.

Відповідь:

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

Типові тестові завдання:

1. Жінка 35 років зі скаргами на безпліддя 7 років. Менструальний цикл регулярний, овуляторний. Під час об'єктивного та інструментального обстеження матки та яєчників патології не виявлено. В анамнезі – хронічний двобічний сальпінгіт, уrogenітальний хламідіоз. МСГ: дистальна трубна оклюзія. Чоловік здоровий. Імовірний фактор безпліддя?

- A. Трубно-перитонеальний фактор*.
- B. Ендокринний фактор.
- C. Матковий фактор.
- D. Чоловічий фактор
- E. Змішаний фактор.

2. Жінка 26 років звернулася зі скаргами на безпліддя протягом 3 років. Менструації з 14 років, безболісні, помірні. Цикл 4-5/28, регулярний. У віці 16 років перенесла апендектомію. Посткоїтальна проба та аналіз сперми чоловіка в межах норми. За даними

вимірювання базальної температури цикли овуляторні, лютеїнової фаза становить 12-14 днів.

Вкажіть фактор безпліддя?

Визначте найбільш доцільний метод діагностики.

Відповідь:

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

ТЕМА 10: «ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї»

Мета: Навчити проводити оцінку пацієнтки та медичних критеріїв прийнятності методу контрацепції. Засвоїти план обстеження пацієнтки перед вибором методу контрацепції. Оволодіти консультуванням з питань планування сім'ї. Навчити проводити підбір сучасного методу контрацепції для різних категорій населення.

Основні поняття: Консультування з питань планування сім'ї: напрямки, переваги, процес консультування. Загальний огляд методів контрацепції: КОК, вагінальне кільце, контрацептивний пластир, ПТП, ін'єкційні, ВМК, бар'єрні методи та сперміциди. Методи розпізнавання фертильності, добровільна хірургічна стерилізація, невідкладна контрацепція. Оцінка пацієнтки. Необхідне обстеження, яке проводиться у плановому порядку перед прийняттям рішення щодо використання конкретного методу контрацепції. Планування сім'ї для людей, що живуть з ВІЛ.

I. Контроль опісного рівня знань:

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

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

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

Відповідь: Поновлення менструації означає, що дітородна функція відновилась і необхідно негайно почати використовувати методи контрацепції (бар'єрні методи, внутрішньоматкову спіраль, протизаплідні таблетки прогестогенового ряду, природні методи планування вагітності).

Типові тестові завдання:

1. При яких ситуаціях використання МЛА недоцільно?

- A. Минуло не більше 6 місяців після пологів.
- B. Жінка годує виключно груддю.
- C. Жінка годує дитину за вимогою.
- D. Жінка годує груддю нерегулярно, відновилась менструація.

2. Яких типів КОК за складом гормонів не існує?

- A. Монофазні.
- B. Двофазні.
- C. Багатофазні
- D. Чотирифазні.

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

- A. Внутрішньоматкова спіраль.
- B. Протизаплідні таблетки прогестеронового ряду.
- C. Прогестеронові ін'єкційні контрацептиви.
- D. Презервативи.
- E. Метод лактаційної аменореї*.

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

- A. Комбіновані оральні контрацептиви*
- B. Мідні ВМК.
- C. Хірургічна стерилізація.
- D. Презервативи.

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою

Необхідне обстеження, яке проводиться у плановому порядку перед прийняттям рішення на користь того чи іншого методу контрацепції.

Вид	КОК	ТНК	ПК	ВМК	Презервативи	Шийкові ковпачки	Контрацептиви для місцевого застосування	Жіноча стерилізація	Вазектомія
Обстеження молочних залоз	С	С	С	С	С	С	С	С	Не проводиться
Обстеження тазових/статевих органів	С	С	С	А	С	А	С	А	А
Скринінг патології шийки матки	С	С	С	С	С	С	С	С	Не проводиться
Стандартне лабораторне обстеження	С	С	С	С	С	С	С	С	С
Визначення рівня гемоглобіну у крові	С	С	С	В	С	С	С	В	С
Оцінка ризику ПСШ: збір анамнезу і загальний огляд	С	С	С	А*	С*	С**	С**	С*	С
Скринінг на предмет виявлення ПСШ/ВІЛ: лабораторне обстеження	С	С	С	В*	С*	С**	С**	С*	С
Вимірювання кров'яного тиску	* * *	* * *	* * *	С	С	С	С	А	С****

Клас „А” – проведення цього обстеження/аналізу обов’язково рекомендується у всіх випадках і є гарантією безпеки та ефективності користування конкретним методом контрацепції.

Клас „В” – проведення цього обстеження/аналізу значною мірою забезпечує безпеку та ефективність користування конкретним методом контрацепції.

Клас „С” – проведення цього обстеження чи аналізу не забезпечує будь-якої суттєвої гарантії безпеки і ефективності конкретного методу контрацепції.

* Якщо жінка з групи високого ризику зараження гонорейною чи хламідійною інфекцією, то в цьому випадку введення ВМК не рекомендується, за винятком обставин, коли застосовувати альтернативні методи контрацепції з тих чи інших причин неможливо або неприйнятно.

** Жінки з групи високого ризику зараження ВІЛ-інфекцією не повинні використовувати сперміциди, до складу яких входить ноноксинол-9.

*** Перед початком використання КОК, ТКП, ІКП рекомендовано вимірювання кров’яного тиску.

**** Процедури, які виконуються із застосуванням місцевої анестезії.

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

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

		Методи розпізнавання фертильності: - можна запропонувати дисциплінованим дівчатам з регулярним менструальним циклом, які сильно мотивовані мають одного партнера; - не захищає від ІПСШ/ВІЛ. Невідкладна контрацепція: - висока ефективність; - не можна використовувати як регулярну контрацепцію; - не захищає від ІПСШ/ВІЛ.
2. Методи контрацепції для жінок у післяпологовому періоді.	Ключовими питаннями післяпологової контрацепції є початок терміну попередження непланованої вагітності та вплив методу контрацепції на лактацію. За даними досліджень відновлення менструації до 6 місяців після пологів відбувається в 11,1- 39,4% випадків, а контрацептивна ефективність МЛА складає від 93,5 до 100%. Контрацептиви прогестогенового ряду не впливають на якість та кількість грудного молока і здоров'я дитини. Використання КОК у перші 6 місяців після пологів зменшує кількість грудного молока і може негативно вплинути на нормальний ріст дитини та у перші 3 тижні після пологів КОК збільшують ризик тромбозу. ВМК протипоказані для жінок з ускладненими пологами (кровотеча, анемія, інфекції); ВМК та ДХС не впливає на кількість та якість грудного молока (ВООЗ 2012).	<u>Обов'язкові:</u> Провести консультування щодо особливостей перебігу післяпологового періоду та використання методів планування сім'ї. Запропонувати методи контрацепції: Метод лактаційної аменореї (МЛА): годування грудьми одразу після пологів і до 6 місяців виключно грудневигодовування (не менше 8-10 разів на добу) при відсутності менструації (аменорея) Контрацептиви прогестогенового ряду: - жінкам, які використовують МЛА, тільки через 6 місяців після пологів; - жінкам, які не годують грудьми, можна застосовувати негайно, за умови відсутності вагітності; - жінкам які годують грудьми, але чергують з прикормом - через 6 тижнів після пологів. ВМК: - постплацентарно або протягом 48 годин після пологів або операції кесарів розтин, які відбувалися без ускладнень; - у післяпологовому періоді тільки через 4 тижні, якщо не введено постплацентарно. КОК: - не рекомендовано для жінок, які годують у перші 6 місяців після пологів;

		- якщо жінка грудьми не годує, КОК можна використовувати через 3 тижні після пологів. ДХС: - одразу після пологів, під час операції кесарів розтин або протягом 7 днів після пологів; - якщо стерилізацію не проведено після 7 днів, провести тільки через 6 тижнів після пологів. Бар'єрні методи: - з часу відновлення сексуальної активності (шийкові ковпачки – через 6 тижнів після пологів). Методи розпізнавання фертильності: - не рекомендовано починати використання до відновлення регулярних менструацій.
3. Методи контрацепції для жінок після абортів.	Послуги з планування сім'ї після абортів: - консультування про необхідність використання контрацепції та про всі наявні методи контрацепції, їх характеристики, ефективність і побічні ефекти; - надання можливості усвідомленого вибору методів контрацепції; - надання інформації про необхідність захисту від ПСШ. Надання послуг з планування сім'ї для жінки після абортів потрібно розпочати негайно, оскільки овуляція у неї може наступити вже на 11-й день після абортів і, як правило, відбувається до першої менструації. Здатність до зачаття відновлюється дуже швидко - протягом 2 тижнів після штучного або самовільного абортів, що мав місце у 1-му триместрі	<u>Обов'язкові:</u> 1. Провести консультування щодо особливостей перебігу періоду після абортів та використання методів планування сім'ї. Неускладнений аборт: - після абортів до 12 тижнів не треба відкладати використання методів контрацепції. - після абортів після 12 тижнів бар'єрні методи (шийкові ковпачки), хірургічна стерилізація та введення ВМК можна рекомендувати через 4-6 тижнів. Неускладнений аборт: Гормональні препарати: - перша таблетка КОК або ТКП надається одразу в день операції; - гормональний пластр, вагінальне кільце можна починати використовувати одразу після проведення операції. Ін'єкційні препарати: - можуть бути введені одразу після абортів або протягом 7 днів після операції. ВМК (що містять мідь) або ВМС (з левоноргестрелом): - одразу після абортів або протягом 7 днів (для ВМС з левоноргестрелом) та

	вагітності, і протягом 4 тижнів після штучного або самовільного аборт, що мав місце у другому триместрі вагітності. Після неускладненого аборт у I триместрі підходять всі методи контрацепції.	12 днів (для ВМК, що містять мідь) за умови відсутності симптомів інфекції. Бар'єрні методи (презервативи, сперміциди): - з часу відновлення сексуальної активності. Методи розпізнавання фертильності: - тільки після відновлення регулярного менструального циклу. Ускладнений аборт: - можна використовувати гормональні оральні контрацептиви, ін'єкційні методи, презервативи; - ВМК та стерилізацію відкласти до усунення ускладнення. Медикаментозний аборт: - можна розпочинати використання гормональної контрацепції уже після прийому першої таблетки по схемі медикаментозного аборт; - перед введенням внутрішньоматкового контрацептиву або стерилізацією слід підтвердити повне завершення аборт.
--	---	---

3.Формування професійних вмінь та практичних навичок

Питання:

- Принципи вибору методу контрацепції.
- Класифікація методів контрацепції.
- Типи, правила застосування, переваги та недоліки КОК та КІПР.
- Правила застосування, переваги та недоліки вагінальних гормональних кілець та гормональних пластирів.
- Типи, правила застосування, переваги та недоліки внутрішньоматкових засобів контрацепції.
- Правила застосування, переваги та недоліки МЛА.
- Типи, правила застосування, переваги та недоліки бар'єрних методів контрацепції та сперміцидів.
- Типи, правила застосування, переваги та недоліки методів природної контрацепції.
- Типи, правила застосування, переваги та недоліки методів хірургічної контрацепції.
- Типи, правила застосування, переваги та недоліки методів невідкладної контрацепції.

Клінічна ситуація 1

До гінеколога звернулася жінка 35 років для підбору методів контрацепції. У зв'язку наявністю екстрагенітальної патології, має протипокази до прийому ОК. Проби з постановки ВМС, мали побічні ефекти. З анамнезу: В браке 15 років, має 1 стового партнера. В-8, 3 пологів, 5 штучних абортів., менструальний цикл без особливостей. Репродуктивних намірів немає

Який метод контрацепції можливо призначити жінці?

Відповідь:

1. Хірургічна стерілізація маткових труб

Клінічна ситуація 2

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

Вкажіть тактику лікаря.

Відповідь:

Введення внутрішньоматкової спіралі необхідно відстрочити до повного виліковування запального процесу.

Тестові завдання:

1. Дівчина 18 років звернулась до сімейного лікаря з проханням вибору методу контрацепції. Статевий розвиток відповідає віку. Зріст 150 см, вага 75 кг. Статевий партнер один. Менархе з 14 років. Менструальний цикл не регулярний, відмічає затримки до 3 міс. Має надлишковий ріст волосся на стегнах, акне на підборідді та чолі. Який метод контрацепції найбільш прийнятний для цієї дівчини?

А.*Комбіновані оральні контрацептиви (КОК)

Б.Методи розпізнавання фертильності

В.Внутрішньоматкові контрацептиви

Д.Метод лактаційної аменореї

Е.Прогестагенові ін'єкційні контрацептиви

2. До сімейного лікаря звернулась жінка 20 років для вибору методу контрацепції.. З анамнезу менархе з 13 років, менструації по 4-5 днів, через 28-30 днів. Статеве життя не регулярне, не заміжня. Соматичний та гінекологічний анамнез не обтяжений. Місяць тому назад перенесла гострий двобічний сальпінгоофорит специфічної етіології. Який найбільший метод контрацепції найбільш прийнятний для даної пацієнтки.

А.*Бар'єрна контрацепція (презерватив)

Б.Внутрішньоматкові контрацептиви

В.Комбіновані контрацептиви

Д.Прогестагенові контрацептиви

Е.Методи розпізнавання фертильності

4. Підведення підсумків:

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

Структура поточного оцінювання на практичному занятті:

1. Оцінювання теоретичних знань з теми заняття:

- методи: опитування, вирішення ситуаційної клінічної задачі;
- максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.

2. Оцінка практичних навичок та маніпуляцій з теми заняття:

методи: оцінювання правильності виконання практичних навичок;

- максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.
3. Оцінювання роботи із пацієнтом з теми заняття:
- методи: оцінювання: а) комунікативних навичок спілкування з пацієнтом, б) правильність призначення та оцінки лабораторних та інструментальних досліджень, в) дотримання алгоритму проведення диференціального діагнозу г) обґрунтування клінічного діагнозу, д) складання плану лікування;
 - максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.

Критерії оцінювання результатів навчання здобувачів вищої освіти під час поточного контролю

Оцінка	Критерії оцінювання
Відмінно «5»	Здобувач вільно володіє матеріалом, бере 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.
Добре «4»	Здобувач добре володіє матеріалом, бере 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.
Задовільно «3»	Здобувач недостатньо володіє матеріалом, невпевнено бере 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.
Незадовільно «2»	Здобувач не володіє матеріалом, не бере участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, не демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпретації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень.

Список рекомендованої літератури

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. Ventskiivskiy et al. — 3rd edition, 2022. – 360 p.
4. Pragmatic obstetrics and gynecology [Text]: [manual] / L. B. Markin [et al.]. - Lviv: Lviv Nat. Danylo Halytsky Med. Univ., 2021. - 236 p.
5. Oxford Textbook of Obstetrics and Gynecology / Ed. by S. Arulkumaran, W. Ledger, L. Denny, S. Doumouchsis. – Oxford University Press, 2020 – 928 p.
6. 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.
7. Comprehensive Gynecology - 8 th Ed. / D.M. Hershenson, G.M. Lentz, F.A. Valea et al. Elsevier. 2021 – 881 p.

8. Pragmatic obstetrics and gynecology [Text]: [manual] / L. B. Markin [et al.]. - Lviv: Lviv Nat. Danylo Halytsky Med. Univ., 2021. - 236 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. Безплідність та доброякісні захворювання молочної залози / НАМН України, МОЗ України, Ін-т педіатрії, акушерства і гінекології, УМСА; за ред. А.Г. Корнацької, Т.Ф. Татарчук, О.Д. Дубенко. – К.; Полтава, 2017. – 271 с.
6. Планування сім'ї та контрацепція: навчальний посібник / В.І. Бойко, Н.В. Калашник, А.В. Бойко та ін.; за заг. ред. д-ра мед. наук, проф. В.І. Бойка. – Суми: Сумський державний університет, 2018. – 223 с.
7. 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.
8. 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, 2019 р. – С. 12-13.
9. Вплив хірургічних енергій на оваріальний резерв при ендоскопічному лікуванні ендометріозу яєчників / Т.П. Тодорова // Науково-практична конференція з міжнародною участю, присвячена 150-річчю з дня народження В.В. Воронова «Сучасні теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини» - м. Одеса, 2020р. – с.118.
10. 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.
11. Williams Gynecology, 4th Edition by Barbara Hoffman, John Schorge et al&. - Mac Grow Hill Education. - 2020. – 1328 p.
12. 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.
13. 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.
14. Діючі «Клінічні протоколи», затверджені наказом МОЗ України з акушерства та гінекології:
 - Наказ МОЗ України від 15.08.2023 № 1465 "Про внесення змін до Стандартів медичної допомоги "ВІЛ-інфекція".
 - Наказ МОЗ України №147 від 25.01.2023 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Лейоміома матки».
 - Наказ МОЗ України №928 від 18.05.2023 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Запальні захворювання органів малого таза».
 - Наказ МОЗ України №2264 від 15.12.2022 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Аномальні вагінальні виділення».

- Наказ МОЗ України від 16.11.2022 № 2092 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «ВІЛ-інфекція»".
- Наказ МОЗ України №822 від 17.05.2022 «Про затвердження Стандарту «Парентеральна периопераційна антибіотикопрофілактика».
- Наказ МОЗ України від 15.12.2022 № 2264 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Аномальні вагінальні виділення»"
- Наказ МОЗ України від 24.09.2022 № 1730 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Ектопічна вагітність»"
- Наказ МОЗ України від 04.08.2023 № 1401 "Про затвердження Стандарту медичної допомоги "Медичний аборт (I триместр вагітності)"
- Наказ МОЗ України від 13.07.2022 № 1218 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Передменструальний синдром»"
- 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»"
- Наказ МОЗ України від 05.05.2021 № 869 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіперплазія ендометрія»"
- Наказ МОЗ України від 13.04.2016 № 353 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Аномальні маткові кровотечі»"
- Наказ МОЗ України від 05.02.2021 № 189 "Про затвердження Стандартів охорони здоров'я доконтактної та постконтактної медикаментозної профілактики ВІЛ-інфекції"
- Наказ МОЗ України від 26.04.2022 № 692 "Про затвердження клінічної настанови, заснованої на доказах, «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» та стандартів медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини»"
- Наказ МОЗ України від 16.11.2022 № 2092 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «ВІЛ-інфекція»"
- Наказ МОЗ України від 15.08.2023 № 1465 "Про внесення змін до Стандартів медичної допомоги "ВІЛ-інфекція"

Електронні інформаційні ресурси:

1. <https://www.cochrane.org/> - Cochrane / Кокрейніська 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/> - Wolters 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
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