

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 ВИБІРКОВОЇ ДИСЦИПЛІНИ
«АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО
ЛІКАРЯ»

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 27.08.2025р.

Завідувач кафедри _____  Ігор ГЛАДЧУК

Розробники:

д.мед.н., професор кафедри акушерства та гінекології Алла ВОЛЯНСЬКА

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

д.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології Зінаїда ЧУМАК

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

к.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології Людмила МНІХ

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

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

Рецензенти:

Завідувач кафедри пропедевтики педіатрії, професор, д.мед.н.

Олена СТАРЕЦЬ

Доцент кафедри внутрішньої медицини №2, к.мед.н. Ігор ЛИСИЙ

ТЕМА **«ПАТОЛОГІЯ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ»**

Мета: Ознайомити здобувачів вищої освіти із розвитком наукових поглядів на проблеми патології молочної залози. Вивчити алгоритм клінічного обстеження молочних залоз. Вміти скласти алгоритм обстеження жінок в практиці сімейного лікаря в залежності від віку жінки, скарг та анамнезу. Оволодіти практичними навичками пальпації молочних залоз. Вміти інтерпретувати результати пальпаторного, ультразвукового та рентгенологічного обстеження молочних залоз та планувати лікувальні заходи з метою подальшого лікування.

Основні поняття (перелік питань):

- Види клінічного обстеження молочних залоз; техніка пальпації молочних залоз,
- УЗД, мамографія. Показання до ультразвукового дослідження молочних залоз та мамографії
- Зміни молочної залози під час вагітності та лактації.
- Доброякісні та злоякісні утворення молочних залоз.
- Класифікація BI-RADS

1. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмовий тест, онлайн-тест, співбесіда тощо).

Вимоги до теоретичної готовності здобувачів до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць).

Вимоги до знань:

- Комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнтів.
- Вміння визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати.
- Вміння встановити попередній та клінічний діагноз захворювання
- Виконувати медичні маніпуляції
- Можливість вести медичну документацію

Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань з теми заняття.

Питання:

1. Клінічна анатомія молочної залози.
2. Зміни в молочній залозі під час вагітності та лактації.
3. Методи обстеження та діагностики новоутворень молочної залози.
4. Класифікація доброякісних утворень молочної залози.
5. Класифікація раку молочної залози.
6. Сучасне ведення жінок з патологією молочної залози.

Перелік дидактичних одиниць:

- Види клінічного обстеження молочних залоз

- Алгоритм пальпації молочної залози
- Самообстеження молочних залоз
- Доброякісні та злоякісні пухлини молочних залоз.
- Ультразвукове дослідження молочних залоз .
- Рентгенологічне дослідження молочних залоз.

Типові ситуаційні завдання

1. 65-річну жінку обстежують зі скаргами на швидко прогресуючу еритему, набряк, ущільнення та теплоту в лівій молочній залозі. Пацієнтка заперечує наявність лихоманки, ознобу або нудоти. В анамнезі - добре контрольована артеріальна гіпертензія, цукровий діабет 2 типу та гіпотиреоз, з приводу якого вона приймає амлодипін, інсулін та левотироксин. Пацієнтка проходить онкологічний скринінг відповідно до віку під наглядом свого основного лікаря. При фізикальному обстеженні ліва молочна залоза більша за праву. Шкіра над нею потовщена, а ліва молочна залоза виглядає набряклою. Пальпаторно не визначається ущільнення або регіонарної лімфаденопатії. Пацієнтка не має сімейного анамнезу раку молочної залози. Який наступний крок у веденні цієї пацієнтки є найкращим?

Відповідь.

Двостороння мамографія. У цієї пацієнтки підозра на рак молочної залози, що викликає занепокоєння. Найкращим наступним кроком буде виконати двосторонню мамографію з подальшим ультразвуковим дослідженням. Якщо рентгенологічні дані відповідають раку молочної залози, наступним кроком буде консультація хірурга.

Диференційна діагностика проводиться з бактеріальним маститом який зазвичай вражає жінок, які годують груддю. Він також може розвинути у пацієнток після пірсингу сосків. У пацієнток зазвичай підвищується температура, а шкіра над молочною залозою стає тонкою, набряклою та еритематозною.

Завдання 2.

Породілля на 5 добу після пологів поскаржилася на болісність, напруженість лівої молочної залози, підвищення температури тіла до 39⁰C. Об'єктивно: температура тіла 38,6⁰C, пульс 94 уд/хв. Шкіра та видимі слизові оболонки чисті, блідо-рожевого кольору. Над легенями вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони гучні. Живіт м'який, безболісний при пальпації. Ліва молочна залоза у верхньому зовнішньому квадранті болісна, там же визначається ущільнення тканини молочної залози. При вагінальному дослідженні: патології не виявлено.

Запитання.

1. Діагноз.
2. Вкажіть можливі причини визначеної в задачі патології.
3. Вкажіть класифікацію післяпологових захворювань молочної залози

Відповідь:

1. Гострий інфільтративний мастит.
2. Інфекційний збудник: стафілокок, кишкова паличка, стрептокок та їх поєднання. Шляхи інфекції: каналікулярний (через протоки) під час травми соска, гематогенний, рідше лімфогенний.
3. Класифікація: специфічна чи неспецифічна за етіологічним фактором. За фазами розвитку гострий мастит: серозна, інфільтративна та абсцедуювальна (формування абсцесу)

Завдання 3.

Жінка 42 роки скаржиться на біль в верхніх зовнішніх квадрантах обох молочних залоз на протязі 2-х років. Біль виникає за декілька днів до чергової менструації.

Запитання.

1. Попередній діагноз?
2. Скаладить план обстеження.

Відповідь.

1. Доброякісна дисплазія молочної залози (ДДМЗ)
2. Фізикальне обстеження, УЗД молочних залоз, мамографія

Тести КРОК (2021, 2023, 2024 рр)

1. На 10-ту добу післяпологового періоду породілля скаржиться на болі в молочних залозах. Температура тіла - 38,2°C, Ps- 96/хв. В молочних залозах значний і рівномірний набряк, болі під час пальпації. При натисненні із сосків виділяються крапельки молока. Яка тактика по відношенню до цієї хворої?

- А. Спорожнити груди шляхом зціджування або за допомогою молоковідсмоктувача
- В. Тимчасове обмеження обсягу рідини в раціоні
- С. Припинення лактації
- Д. Призначити антибіотикотерапію та сечогінне
- Е. Компрес на молочні залози

2. Породілля 22-х років на 12 добу після нормальних пологів відзначає підвищення температури тіла до 39,0°C протягом 3-х днів, біль у правій молочній залозі. Права молочна залоза збільшена, гаряча, напружена, гіперемована, болюча. При пальпації відмічається щільний інфільтрат 8×8 см, у центрі якого визначається флюктуація. Який найімовірніший діагноз?

- А. Післяпологовий період, 12 доба, правобічний флегмонозний мастит
- В. Післяпологовий період, 12 доба, правобічний інфільтративно-гнійний мастит
- С. Післяпологовий період, 12 доба, правобічний серозний мастит
- Д. Післяпологовий період, 12 доба, правобічний лактостаз
- Е. Післяпологовий період, 12 доба, правобічний гангренозний мастит

3. Класифікація ДДМЖ пропонує варіанти:

- А. з переважанням залозистого компонента
- Б. з переважанням фіброзного компонента
- В. з переважанням кістозного компонента
- Г. змішану форму
- Д. з переважанням жирового компонента

3. Формування професійних умінь і навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування проведення лабораторних та інструментальних досліджень тощо).

Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо)

Інтерактивне завдання:

Здобувачи групи діляться на 3 підгрупи по 4-5 осіб у кожній. Ми працюємо в жіночих консультаціях (амбулаторія сімейного лікаря) з гінекологічними пацієнтками, даємо завдання:

Підгрупа I - опанувати скарги пацієнтки, анамнез захворювання, гінекологічний та акушерський анамнез для постановки попереднього діагнозу.

Підгрупа II - скласти план ведення гінекологічної пацієнтки.

Підгрупа III - оцінює правильність відповіді підгруп I та II та вносить свої корективи.

Нетипові ситуаційні задачі та тести

Задача 1.

У жінки на 10 добу після пологів з'явилися скарги на виражену слабкість, нездужання, озноби, підвищення температури тіла до 39°C протягом доби, болі в лівій молочній залозі. Об'єктивно: температура тіла $38,3^{\circ}\text{C}$, пульс 98 уд/хв., озноб. Шкіра та видимі слизові оболонки чисті, блідо-рожевого кольору. Над легеньми везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони гучні. Живіт м'який, безболісний при пальпації. Ліва молочна залоза збільшена в розмірах, напружена, гіперемована у верхньому латеральному квадранті, там же визначається інфільтрація тканин без чітких меж. При вагінальному дослідженні: шийка матки сформована, тіло матки щільне, безболісне при пальпації, розміри матки відповідають добі післяпологового періоду, придатки матки не пальпуються, ділянка їх безболісна. Вагінальні склепіння вільні. Виділення із статевих шляхів сукровичні, без запаху.

Завдання.

1. Діагноз.
2. . Яка існує класифікація даної патології?
3. . Вкажіть шляхи розповсюдження інфекції при даній патології.
4. . Вкажіть лабораторні критерії даної патології.
5. . Яка тактика ведення пацієнтки?

Задача 2.

Породілля на 5 добу після пологів поскаржилася на болісність, напруженість лівої молочної залози, підвищення температури тіла до 39°C . Об'єктивно:

температура тіла 38,6⁰С, пульс 94 уд/хв. Шкіра та видимі слизові оболонки чисті, блідо-рожевого кольору. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони гучні. Живіт м'який, безболісний при пальпації. Ліва молочна залоза у верхньому зовнішньому квадранті болісна при пальпації, там же визначається ущільнення тканини молочної залози. При вагінальному дослідженні: шийка матки сформована, тіло матки щільне, безболісне при пальпації, розміри матки відповідають добі післяпологового періоду, додатки матки не пальпуються, ділянка їх безболісна. Вагінальні склепіння вільні. Виділення із статевих шляхів кров'яністі, помірні, без запаху.

Завдання.

1. Діагноз.
2. Вкажіть класифікацію післяпологових захворювань молочної залози.
3. Вкажіть можливі причини визначеної в задачі патології.
4. Вкажіть лабораторні критерії визначеної в задачі патології.
6. Яка тактика ведення пацієнтки?

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтувальні карти для формування практичних навичок і вмінь тощо).

У жінок захворювання молочної залози посідають одне з перших мість за звертанням по медичну допомогу. Лікарі загальної практики – сімейні лікарі та дільничні терапевти відіграють ключову роль в організації раннього (своєчасного) виявлення новоутворень МЗ та РМЗ (під час профілактичних оглядів), сприянні виконанню рекомендацій спеціалістів під час протипухлинного лікування, забезпеченні належної паліативної допомоги. Профілактика пухлин молочної залози розподіляється на первинну та вторинну.

- **Первинна** профілактика полягає у профілактиці тютюнопаління, надмірного вживання алкоголю, надмірної ваги, гіподинамії, стресових ситуацій, надмірного сонячного опромінення.

- **Вторинна** профілактика полягає у ранньому виявленні доброякісних дисгормональних захворювань молочної залози та у своєчасній корекції гормональних розладів, які є передумовою розвитку пухлин. Кратність та методи обстеження молочних залоз визначаються віком жінки.

Основні завдання лікаря загальної практики/сімейної медицини:

1. Ведення реєстру жіночого населення, що отримує допомогу у лікаря загальної практики/сімейної медицини.
2. Заповнення «Анамнестичної анкети» усім жінками, які отримують допомогу сімейного лікаря, з метою виявлення «сімейного» РМЗ.
3. Роз'яснення жіночому населенню доцільності участі у скринінгу на РМЗ та залучення якомога більшої кількості жінок у віці 50 – 69 років, без 22 скарг

щодо МЗ та без генетичного ризику РМЗ до мамографії. Саме вік є найбільш важливим фактором ризику для більшості жінок.

4. Надання інформації усім жінкам щодо методики самообстеження МЗ, що проводиться щомісячно починаючи з 20-ти років (на 7-14 дні циклу).

5. Клінічне обстеження молочних залоз здійснюється 1 раз на рік лікарем загальної практики/сімейної медицини.

6. Організація лікарем загальної практики/сімейної медицини направлення жінки на мамографію у регіональний діагностичний центр або диспансер. У локальному протоколі медичної допомоги вказати заклад, куди жінка скеровується на мамографію.

7. Внесення сімейним лікарем даних до реєстру жіночого населення щодо проходження жінкою мамографічного скринінгу. Заклади охорони здоров'я, що надають вторинну та третинну медичну допомогу Основним завданням онкологів та рентгенологів є забезпечення проведення якісної мамографії з наданням письмового заключення усім жінкам, які звернулися до них щодо програми мамографічного скринінгу.

8. Проведення мамографії: - до 35-ти років не призначати жінкам мамографію, якщо для цього немає переконливих підстав, (використовувати УЗ дослідження); - за наявності сімейного анамнезу РМЗ - мамографію рекомендують проводити 1 раз на 1-2 роки (регулярно обстежуючи груди самостійно та у кабінеті лікаря), починаючи з віку 35 років; - у віковому діапазоні 35-40 років усім жінкам одноразово проводиться первинна мамографія, для визначення структури тканини молочної залози;

- у віці 40-49 років пропонується проводити мамографію в залежності від показань (клінічних обстежень та самообстежень МЗ);

- у віці 50 – 69-ти років мамографію проводять 1 раз на 2 роки, враховуючи результати попередніх обстежень, самообстежень та клінічних обстежень МЗ.

9. Регулярне надання інформації для сімейного лікаря стосовно списків жінок, які пройшли мамографічний скринінг.

Скринінг патології молочної залози

Вид обстеження	Вік (роки) обстеження	Частота
Самообстеження МЗ	≥ 20	Щомісячно
Клінічне обстеження МЗ лікарем загального профілю	Всі вікові групи	Щорічно
Мамографія	> 40	Щорічно

Методи скринінгу такі:

- Пальпація молочних залоз може проводитися під час клінічного обстеження молочних залоз та самообстеження молочних залоз.

- Методи візуалізації молочної залози, такі як мамографія, ультразвукова діагностика, магнітно-резонансна томографія (МРТ) та цифровий томосинтез молочної залози (ЦТМ)

Багато численних рандомізованих досліджень дійшли висновку, що рутинну скринінгову мамографію слід пропонувати жінкам у віці від 50 до 69 років, а не жінкам у віці від 40 до 49 років або жінкам старше 70 років. Виявлення генетичних мутацій, збільшення ризику раку молочної залози та розробка моделей прогнозування ризику раку молочної залози стимулювали ретельні зусилля з розробки методів скринінгу для стратифікації ризику.

Для жінок з високим ризиком, на додаток до мамографії, в якості методів скринінгу вивчаються ультразвукове дослідження та магнітно-резонансна томографія (МРТ) молочної залози. Обговорення включатиме стратифікацію ризику та варіанти лікування жінок з генетичною схильністю до раку молочної залози. Окремо обговорюється спостереження за жінками, які мають особистий анамнез раку молочної залози.

Рак молочної залози посідає перше місце за захворюваністю та смертністю серед усіх видів раку. Це найпоширеніший нешкірний рак і другий за смертністю рак у жінок. Теоретично, діагностика пухлин на ранніх стадіях повинна знизити смертність; однак, дуже важливо враховувати часовий фактор. Проблемним питанням є визначення того, хто повинен проходити скринінг. Можуть існувати повільно зростаючі пухлини, які не стають клінічно очевидними протягом життя пацієнта. Тому стратифікація ризику, вік початку скринінгу та вік припинення скринінгу мають вирішальне значення для належного скринінгу новоутворень молочної залози. Останнім часом замість того, щоб зосереджуватися на розмірі та поширеності пухлини для визначення терапії, основна увага приділяється визначенню біологічних характеристик, які можуть допомогти у прогнозуванні та плануванні лікування. Заклади охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу виконують первинну діагностику патологічних процесів молочної залози.

Анатомія та фізіологія молочної залози

Зріла молочна залоза дорослої людини складається зі шкіри, підшкірної клітковини, епітеліального та стромального компонентів. Епітеліальний компонент складається з розгалужених протоків, які з'єднують структурні та функціональні одиниці молочної залози, відомі як часточки, з соском. Стромальний компонент становить більшу частину об'єму молочної залози у нелактуючих жінок і складається з фіброзної та жирової тканини. Тканина молочної залози простягається від 2 і 6 ребер по вертикалі і від краю груднини до середньої пахвової лінії по горизонталі. Частина тканини молочної залози виступає в пахвову западину і відома як пахвовий хвіст Спенса. Шкіра молочної залози тонка і містить сальні залози, екзокринні потові залози та волосяні фолікули. Сосок позбавлений волосяних фолікулів і містить велику кількість сенсорних нервових закінчень, а також сальні та апокринові залози. Ареола, розміром від 16 до 60 мм, має майже круглу форму і підвищену пігментацію. На периферії ареоли є підвищення, які утворюються внаслідок відкриття проток залоз Монтгомері, які є великими сальними залозами і відомі

як горбки Морганьї. Залози Монтгомері являють собою стадію між потовими та молочними залозами. Груді вкриті поверхневою грудною фасцією, яка продовжується поверхневою черевною фасцією Кампера. Знизу груди вкриті глибокою грудною фасцією, яка покриває великий грудний м'яз і передній зубчастий м'яз. Два фасціальні шари, що покривають тканину молочної залози, з'єднані волокнистими смугами, відомими як підвісні зв'язки Купера, які забезпечують природну підтримку грудей. Більша частина загального кровопостачання молочної залози надходить з внутрішніх молочних судин. Сенсорна іннервація відбувається переважно від передньолатеральних та передньомедіальних гілок грудних міжреберних нервів Т3 - Т5. Вона також забезпечується нижніми волокнами від надключичних нервів шийного сплетення.

Молочна залоза – це специфічний орган, призначений для вигодовування дитини. З моменту прикріплення ембріона до стінки матки і в міру прогресування вагітності в грудях відбуваються важливі події, як для мами, так і для малюка. Один з проявів раннього токсикозу – набухання і біль в грудях – є типовою ознакою успішного зачаття. Уже з 4 тижні вагітності в структурі залозистої тканини запускається процес формування майбутніх молокоутворюючих часточок. Перші зміни молочних залоз при вагітності мінімальні, але – разом з ростом і розвитком плоду відбувається поступова підготовка грудей до майбутніх пологів.

Зміни молочних залоз при вагітності Структурна одиниця молочної залози – альвеола (невеликий мішечок, вистелений молокоутворюючими клітинами). З кількох десятків альвеол формується часточка. Численні протоки від структурних одиниць зливаються в області соска. Всі основні події розгортаються в 2-3 триместрі. Виділяють наступні зміни молочних залоз при вагітності:

Розростання молокоутворюючих клітин;

Потовщення клітинного шару всередині альвеолярних мішечків;

Збільшення розмірів часточок з функціональної перебудовою альвеол;

Розширення молочних проток для майбутньої транспортування молока;

Покращення кровотоку у всіх судинах – від капілярів до великих артеріальних стовбурів;

Стимуляція росту гладком'язових волокон, необхідних для просування молока в сторону соска;

Поява судинної сіточки на шкірі за рахунок венозної мережі;

Пігментація навколососкової ареоли.

Маммогенез – це запрограмована природою проліферація залізистих структур, що забезпечує збільшення розмірів грудей в 2 рази (з вихідних 150-250 до 400-500 грам). Зміни в молочних залозах при вагітності контролюються специфічними жіночими гормонами, які виробляються гіпофізом, яєчниками і плацентою. По суті, молокоутворення – це складна біохімічна фабрика, створена в організмі вагітної жінки. Основними етапами секреції жіночого грудного молока є:

1. Формування і накопичення всередині альвеол молочної краплі, багатою білками і жирами;
2. Виведення дрібних доз секрету з кожної часточки в загальні протоки;
3. Транспортування молока в сторону соска за рахунок скорочення м'язових волокон;

Процес лактації: В кінці 3 триместру з сосків починає виділятися молозиво (у першовагітних жінок найчастіше тільки перед пологами, у повторнородящих – значно раніше). У цьому в'язкому і густому секреті мало рідини, але зате багато корисних речовин. Для новонародженого малюка молозиво – ідеальне харчування на перших днях життя. З 3-4 дня з моменту пологів у грудях формується рідке молоко, яке є оптимальним варіантом їжі для дитини протягом мінімум найближчих півроку.

До безперечних переваг грудного вигодовування відносяться:

- забезпечення всіх харчових потреб малюка;
- оптимальне засвоєння поживних речовин;
- формування імунітету у дитини;
- адаптація новонародженого до навколишнього середовища;
- психоемоційний контакт з матір'ю;
- зниження ризику онкології в молочних залозах;
- оптимальне зменшення розмірів матки за рахунок фізіологічного скорочення м'язових тканин;
- попередження не бажаного зачаття;
- відновлення маси тіла післяпологовий жінки;
- економічність (не треба витрачатися на суміші).

Природа все передбачила. Лактація є ідеальним варіантом годування в перший рік життя дитини.

Завершення грудного вигодовування Немає ніяких обмежень – жінка може годувати грудьми до тих пір, поки малюк сам не відмовиться. Якщо в організмі жінки не відбудеться нічого екстраординарного, то молочна залоза буде продукувати поживу для малюка. До факторів, що гальмують лактацію, відносяться:

1. Незрілість організму і неготовність до материнства (рідкісні юні матусі добре годують грудьми);
2. Будь-яка стресова ситуація;
3. Больовий синдром;
4. Загострення хронічних хвороб;
5. Неправильне харчування з недоліком надходження рідини;
6. Неповне спорожнення молочних часточок з формуванням лактостазу.

Після завершення грудного вигодовування в молочних залозах відбудуться зворотні процеси – зменшиться розмір і кількість часточок, знизиться кровотік.

Доброякісна дисплазія молочної залози (ДДМЗ): ознаки й лікування

Синоніми: Мастопатія (фіброзно-кістозна хвороба), фіброзно-кістозна хвороба МЗ, кістозний фіброаденоматоз, мезоплазія, дисгормональна гіперплазія, склерозируючий аденоматоз, хвороба Вельямінова (тиреотоксична мастопатія), хвороба Мінца (кровоточива молочно залоза)

Доброякісна дисплазія МЗ (мастопатія) — це назва доброякісних змін молочних залоз. Дане фіброзно-кістозне ураження грудей може бути діагностовано у жінок різного віку. Мастопатія включає такі поняття, як: фіброз, збільшення залоз, проліферація епітелію, кіста й розширення вивідних протоків.

Фіброзно-кістозна мастопатія: класифікація

Виділяють основні види мастопатії:

- Вузлова форма. Існує у вигляді фіброаденоми, кісти, судинної пухлини або жирового некрозу.
- Дифузна форма. Зустрічається рідше, ніж вузлова, але в ній переважають різні компоненти: кісти, фібрози або відбувається комбінування цих двох типів.

Етіологія захворювання

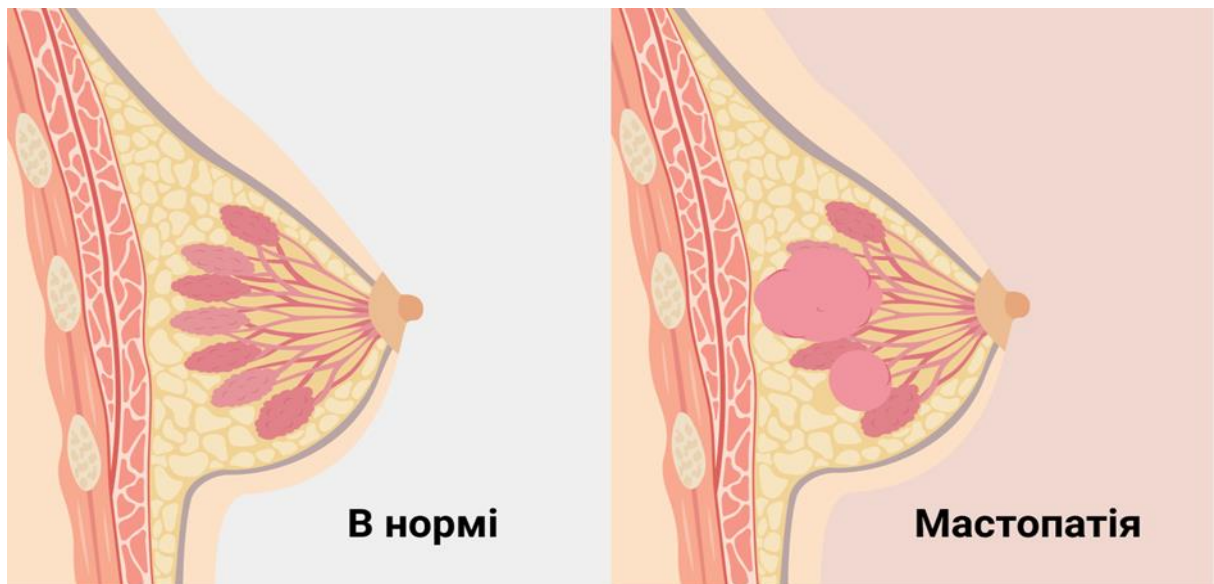
Причини мастопатії часто лежать в області спадкової схильності.

До основних причин мастопатії відносять:

- ранній клімактеричний період;
- порушення менструального циклу;
 - тривалу відсутність пологів;
 - множинні аборти;
 - нерегулярне статеве життя (або його відсутність);
 - ендокринні порушення (гіпо- та гіпертиреоз, дисфункцію гіпоталамуса і гіпофіза, роботу надниркових залоз, печінки, підшлункової залози).

Патогенез

Груди складаються з двох основних елементів — із залоз, які вистеляє епітелій, і утвореної зі сполучних тканин строми, яка їх оточує. Структури, що утворюють груди, знаходяться під гормональним і нервовим контролем. Тому саме вплив гормонів вважається основною причиною мастопатії. Дефіцит естрогену і прогестерону призводить до стимуляції розвитку каркаса — сполучної тканини. Через її надмірне розростання відбувається розвиток елементів епітеліальної тканини — залоз. Ознаки мастопатії, як правило, не є основою злоякісних новоутворень. При правильній регуляції гормонального фону прогноз для пацієнтки позитивний.



Клінічні прояви мастопатії

До ключових симптомів мастопатії відносять появу численних твердих шишок, які можна прощупати пальцями. Вони можуть відрізнятися за розміром, збільшуватися і зменшуватися протягом менструального циклу.

Серед симптомів мастопатії можна також виділити біль у грудях (або підвищену чутливість) з набряком. З'являється відчуття, що груди стали важкими. Біль у грудях, викликана мастопатією, зазвичай посилюється перед менструацією і проходить з початком менструації, хоча, в деяких випадках, вона може виникати незалежно від фази циклу. Іноді можливі навіть виділення з соска. Симптоми мастопатії зазвичай слабшають з настанням менопаузи.

Діагностика мастопатії

Будь-які зміни в грудях повинні бути обстежені фахівцем. Діагностика мастопатії починається з огляду жінки лікарем-гінекологом або сімейним терапевтом.

Лікар повинен отримати інформацію від пацієнта про існування факторів ризику мастопатії (спадковий фактор, тривала дія естрогену) і попросити описати існуючі симптоми

- проводиться фізичний огляд та пальпація.
- проводиться лабораторна діагностика:
- УЗД молочних залоз;
- гормональні тести;
- мамографія, що дозволяє оцінити ступінь ураження грудей.

У деяких випадках також може знадобитися тонкоголкова аспіраційна біопсія молочної залози (ТАБ) з цитологічним дослідженням.

У рідкісних випадках пацієнтку з мастопатією направляють на МРТ.

Лікування мастопатії

На попередньому етапі необхідно з'ясувати який лікар лікує мастопатію. Сімейний лікар направляє жінку з підозрою на дане захворювання до мамолога на огляд. Мета лікування мастопатії — відновити гормональний фон і полегшити симптоми хвороби. Для цього застосовується гормональне лікування. Додатково буде потрібна консультація лікаря-ендокринолога.

Лікування мастопатії включає прийом:

- нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), знеболюючих;
- оральну контрацепцію — у деяких випадках її використання може зменшити дискомфорт (шляхом коригування балансу статевих гормонів);
- андрогенних препаратів — застосовують при дуже високій вираженості симптомів (такі препарати є похідними чоловічого статевих гормону — тестостерону, він блокує секрецію жіночих статевих гормонів в яєчниках, знижуючи рівень естрогену і прогестерону).

Пацієнткам, у яких немає гормональних порушень і виражених симптомів, медикаментозні прийоми лікування мастопатії не потрібні.

Контроль вилікування

Після лікування і запровадження принципів правильного харчування доброякісні зміни зникають, але можуть з часом повернутися. У групі з підвищеним ризиком рецидиву залишаються пацієнтки після хірургічного втручання. Тому огляд у мамолога та лабораторну діагностику необхідно проводити не рідше 1 разу на рік.

Профілактика мастопатії

Профілактика фіброзно-кістозної мастопатії включає обов'язкові огляди, завдяки яким знижується ризик «пропустити» небезпечні для життя захворювання грудей.

Для профілактики рекомендується:

- проведення самостійного обстеження грудей — щомісяця;
- обов'язково відвідувати лікаря для огляду грудей — раз на рік;
- періодично проходити мамографію — кожні 2 роки для жінок у віці 45-50 років і щорічно — для жінок старше 50 років;
- збільшити частоту обстежень грудей, а мамографію проводити після 40 років — жінкам з підвищеним ризиком до виникнення мастопатії.
- У молодших жінок мамографію проводять тільки в разі підозрілих змін молочних залоз

Рак молочної залози (РМЗ): ознаки й лікування

Клінічне обстеження молочних залоз, окрім пальпації, включає ретельний збір анамнезу з урахуванням факторів ризику розвитку раку молочної залози (РМЖ).

Фактори ризику розвитку раку молочної залози (В):

- вік більше 35 років (В);
- сімейний анамнез: при наявності онкопатології у родичів (В);
- вік менархе до 12 років (С);
- перші пологи після 30 років (С);
- менопауза після 55 років (С);
- атипія у результатах попередніх біопсій цих матеріалів (В);
- зловживання алкоголем (вживання більш 100 мл міцних напоїв або 200 мл вина у день)(В);
- вживання екзогенних гормонів: при безперервному вживанні КОК або ЗГТ – більше 10 років (С).

Інструментальні методи обстеження.

Мамографія білатеральна є “Золотим стандартом” обстеження молочних залоз, що обумовлено: радіорезистентністю детальної візуалізації молочної залози і тканини зрілої молочної залози, низькою дозою опромінення сучасних апаратів, високою ефективністю діагностики безсимптомних злоякісних пухлин: 85-90% (В). Це найкращий популяційний метод для скринінгу. Він може продемонструвати мікрокальцинати розміром менше 100 мікрометрів, що робить його здатним виявити ураження до того, як вони стануть відчутними. Мамографія може проводитися у двох формах: скринінгова та діагностична. Пацієнтки, які мають сімейний або особистий анамнез раку молочної залози, потребують додаткового обстеження при діагностичній/скринінговій мамографії. Інформативність та діагностична цінність мамографії визначається мамографічною щільністю.

Мамографічна щільність – це ступінь рентгенологічної щільності тканини молочної залози.

Висока мамографічна щільність відмічається при перевазі фіброзної тканини.

Низька — при жировій інволюції МЗ.

Проміжна - при тому або іншому ступені візуалізації протокових структур. Оцінка мамографічної щільності при інтерпретації мамограм проводиться рентгенологом відповідно до наступної класифікації.

Класифікація мамографічної щільності молочної залози (Wolfe J.N., 1987; Byrne C., Schairer C., 1995), відповідно до якої визначаються чотири типи мамограм:

N1 — паренхіма представлена цілком або майже цілком жировою тканиною, можуть бути поодинокі фіброзні сполучнотканинні тяжі.

P1 — візуалізуються протокові структури, які займають не більше 25% обсягу молочної залози.

P2 — протокові структури займають більше 25% обсягу молочної залози.

DY — надзвичайно щільна (непрозора) паренхіма (“дисплазія”), що зазвичай вказує на гіперплазію сполучної тканини.

Встановлення мамографічної щільності має важливе діагностично-прогнозне значення: ризик розвитку раку молочної залози у жінок із підвищеною мамографічною щільністю у 3 рази вищий, ніж у жінок із нормальною мамографічною щільністю (В).

Прийом екзогенних естрогенів та гестагенів підвищують щільність тканини молочної залози на мамограмі (А), чим знижують діагностичні можливості мамографії при виявленні ранніх стадій раку молочної залози.

Це вимагає більш уважного підходу до оцінки мамограм у разі обстеженні пацієнток, які приймають гормональні препарати.

Показання до проведення мамографії:

У 2015 році Американське онкологічне товариство (ACS) рекомендувало

- Жінки із середнім ризиком повинні проходити регулярну скринінгову мамографію, починаючи з 45 років (наполеглива рекомендація).
- Жінки у віці від 45 до 54 років повинні проходити скринінг щорічно, а жінки 55 років і старше можуть проходити скринінг раз на два роки або щорічно.

- Рутинні стратегії скринінгу не рекомендуються жінкам віком від 40 до 49 років або жінкам старше 70 років. Однак, у співпраці з мамографією, МРТ молочної залози вивчалася як важливий метод скринінгу для жінок з високим ризиком і жінок з щільними грудьми. Рекомендується продовжувати скринінгову мамографію жінкам, які мають очікувану тривалість життя до десяти років і гарний стан здоров'я в цілому.

Протипоказання до мамографії.

При скринінгу молочної залози слід дотримуватися певних застережних заходів, враховуючи вік жінки. Нові рекомендації Американської колегії лікарів застерігають, що починаючи з 40 років жінки середнього ризику без симптомів повинні обговорити зі своїм лікарем переваги, особисті уподобання та потенційну шкоду скринінгу раку молочної залози за допомогою мамографії до досягнення 50-річного віку.

Клінічний скринінг молочних залоз не рекомендується незалежно від віку для жінок середнього ризику. Скринінг для жінок у віці 75 років і старше або з очікуваною тривалістю життя 10 років і менше слід припинити.

Діагностичні критерії

Підрахунок балів BI-RADS:

- 0-Потрібна додаткова інформація. Може знадобитися ще одна мамографія.
- 1 - без відхилень. Продовжуйте рутинний скринінг.
- 2 - Доброякісні захворювання молочної залози, такі як кісти. Продовжуйте регулярний скринінг.
- 3 - Виявлено щось, що, ймовірно, не є раком. Повторна мамографія протягом наступних шести місяців.
- 4 - підозра на рак. Може знадобитися біопсія.
- 5 - Висока ймовірність раку. Потрібна біопсія.

Цифрову мамографію краще застосовувати для діагностики раку молочної залози в щільних молочних залозах. Також може використовуватися томосинтез або 3D-мамографія, що покращує здатність виявляти ракові пухлини найменших розмірів і зменшує ймовірність хибнопозитивних результатів.

Вартість магнітно-резонансної томографії (МРТ) у всьому світі вища, ніж вартість мамографії

Термографія метод який ґрунтується на факті підвищеної температури шкіри молочної залози над раком молочної залози.

Ультразвукова діагностика зазвичай використовується для того, щоб дізнатися більше про позитивний результат клінічного обстеження або скринінгової мамографії на діагностичному фронті. Він має обмежене застосування як скринінговий метод через різні фактори, включаючи нездатність виявити мікрокальцифікати та низьку специфічність. У жінок молодше 35 років з метою зниження променевого навантаження на організм жінки при пальпаторному виявленні об'ємного новоутворення у молочній залозі для діагностики доцільно використовувати замість мамографії УЗД молочних залоз .

Показання до проведення УЗД:

- скринінг молочних залоз у молодих жінок (до 40 років);
- моніторинг стану молочних залоз у жінок, які приймають гормональні препарати (гестагени, КОК, ЗГТ);
- інтерпретація мамографічних даних щодо визначення структури об'ємних утворень;
- динамічне спостереження за розмірами об'ємних новоутворень у молодих жінок;
- контрольне обстеження після пункційної біопсії та хірургічних втручань на молочній залозі.

Обстеження може проводитись в будь якій фазі менструального циклу.

Проте, необхідно враховувати, що при УЗД недостатня візуалізація ранніх доклінічних форм, невеликих за розміром РМЗ.

Скринінгова МРТ вважається менш специфічною, але більш чутливою, ніж мамографія, для виявлення інвазивного раку у жінок з високим ризиком.

Щорічна мамографія та МРТ, а іноді і кожні 6 місяців, необхідні жінкам з мутаціями гена *BRCA*, обтяженим сімейним анамнезом раку молочної залози та попередньою променевою терапією грудної клітки.

Методи скринінгу, такі як мамографія, є найбільш ефективними, коли використовуються цільові стратегії скринінгу, що враховують вік та інші критерії, такі як гормональний вплив, сімейний анамнез та фактори ризику, такі як радіація, ожиріння та генетика.

Покращення результатів роботи медичної команди

Тести

1. Пацієнтка 35-ти років скаржиться на біль і збільшення правої молочної залози. Страждає на безпліддя 15 років. Права молочна залоза збільшена у розмірах, шкіра її пастозна, гіперемована, пальпується інфільтрат тістоподібної консистенції без чітких контурів, симптом "лимонної кірки".

Постав-те діагноз:

- A. Рак молочної залози
- B. Мастит
- C. Вузлово мастопатія
- D. Абсцес молочної залози
- E. Фібroadенома молочної залози

2. Хвора 52-х років впродовж 2-х років спостерігає збільшення правої молочної залози. Протягом останніх 3-х місяців з'явилося почервоніння шкіри цієї молочної залози. У правій аксілярній ділянці пальпується туго-еластичної консистенції лімфовузол розміром до 1,5 см. Права молочна залоза збільшена у розмірах, шкіра її гіперемована, симптом лимонної шкірки, сосок втягнутий. Яке захворювання найбільш імовірно у даному випадку?

- A. Рак молочної залози
- B. Мастит
- C. Фібroadенома молочної залози
- D. Пахвовий лімфаденіт

Е. Мастопатія

3. У жінки 34 років із попередньо нормальною менструальною функцією цикли стали нерегулярними, за даними тестів функціональної діагностики - ановуляторними. Молочні залози пальпаторно болючі, виділяється молоко (галакторея). Яке дослідження показано пацієнтці насамперед?

- А. Визначення рівня гонадотропінів
- В. Ультразвукове дослідження органів малого тазу
- С. Визначення рівня пролактину
- Д. Прогестеронова проба
- Е. КТ головного мозку

4. До сімейної лікарки звернулася жінка 54 років для профілактичного огляду. Зріст - 164 см, вага - 84 кг. АТ - 130/80 мм рт. ст. Менопауза 5 років. Мати пацієнтки померла від раку молочної залози, молодша сестра страждає на мастопатію. Під час огляду ущільнень у молочних залозах не виявлено, органи малого тазу в межах вікової норми. Цитологія шийки матки без особливостей. Що порекомендувати жінці?

- А. Прийти на наступний профогляд за 2 роки
- В. Регулярно проводити самообстеження молочних залоз
- С. Приходити на огляд кожних 3 місяці
- Д. Пройти МРТ молочних залоз
- Е. Проходити маммографію 1 раз на рік

Ситуаційні задачі

Задача 1.

Пацієнтка М., (29 років) звернулася до лікаря зі скаргами на біль та відчуття нагубання в молочних залозах, що посилюється за 10 днів до очікуваної менструації.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої задовільний. Шкіра та видимі слизові оболонки рожевого кольору. Молочні залози однакових розмірів. Відмічається незначне збільшення молочних залоз та болісність при пальпації. Пульс – 74 уд./хв, ритмічний, АТ – 110/65 мм рт. ст. Живіт не вздутий, бере участь в акті дихання; при поверхневій та глибокій пальпації – м'який та безболісний на всьому протязі. Симптоми подразнення очеревини негативні.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно. Огляд у дзеркалах: піхва жінки, що не народжувала. Шийка матки конічної форми, епітелій цілий. Тіло матки у положенні *anteflexio* не збільшене, щільне, рухливе, безболісне при пальпації. Придатки матки з обох сторін не збільшені, безболісні.

Дані УЗД молочних залоз: збільшення об'єму сполучнотканинного компонента.

Питання:

1. Попередній діагноз.

2. Діагностика.
3. Диференційна діагностика.
4. Класифікація дисгормональних захворювань молочної залози.
5. Лікувальна тактика.

Відповідь:

1. Дифузна мастопатія.
2. Діагностика:
 - Загальний аналіз крові та сечі,
 - Біохімічні дослідження крові, вміст глюкози крові.
 - Дослідження рівня гормонів крові (ФСГ, ЛГ, ТТГ, Т3, Т4, пролактину, естрадіолу, прогестерону).
 - Бактеріоскопічне дослідження виділень та цитоморфологічне дослідження з шийки матки.
 - Клінічне обстеження молочних залоз.
 - Ультразвукове дослідження органів малого тазу (УЗД).
 - Спеціальні методи дослідження: ультразвукове дослідження молочних залоз (до 40 років), мамографія, пневмокистографія (за наявності великих кистозних утворень), дуктографія із застосуванням водорозчинного контрасту пункційна біопсія, КТ, МРТ.
 - Огляд профільними спеціалістами за показаннями (мамолога, гастроентеролога, ендокринолога).
3. Мастодінія, передменструальний синдром, гіперпролактинемія.
4. Класифікація дисгормональних захворювань молочної залози.
 - А. Дифузні:
 - А. Прийти на наступний профогляд за 2 роки
 - В. Регулярно проводити самообстеження молочних залоз
 - С. Приходити на огляд кожних 3 місяці
 - Д. Пройти МРТ молочних залоз
 - Е. Проходити маммографію 1 раз на рік

Ситуаційні задачі

Задача 1.

Пацієнтка М., (29 років) звернулась до лікаря зі скаргами на біль та відчуття нагубання в молочних залозах, що посилюється за 10 днів до очікуваної менструації.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої задовільний. Шкіра та видимі слизові оболонки рожевого кольору. Молочні залози однакових розмірів. Відмічається незначне збільшення молочних залоз та болісність при пальпації. Пульс – 74 уд./хв, ритмічний, АТ – 110/65 мм рт. ст. Живіт не вздутий, бере участь в акті дихання; при поверхневій та глибокій пальпації – м'який та безболісний на всьому протязі. Симптоми подразнення очеревини негативні.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно. Огляд у дзеркалах: піхва жінки, що не народжувала. Шийка матки конічної форми, епітелій цілий. Тіло матки у положенні anteflexio не

збільшене, щільне, рухливе, безболісне при пальпації. Придатки матки з обох сторін не збільшені, безболісні.

Дані УЗД молочних залоз: збільшення об'єму сполучнотканинного компонента.

Питання:

1. Попередній діагноз.
2. Діагностика.
3. Диференційна діагностика.
4. Класифікація дисгормональних захворювань молочної залози.
5. Лікувальна тактика.

Відповідь:

1. Дифузна мастопатія.
2. Діагностика:
 - Загальний аналіз крові та сечі,
 - Біохімічні дослідження крові, вміст глюкози крові.
 - Дослідження рівня гормонів крові (ФСГ, ЛГ, ТТГ, Т3, Т4, пролактину, естрадіолу, прогестерону).
 - Бактеріоскопічне дослідження виділень та цитоморфологічне дослідження з шийки матки.
 - Клінічне обстеження молочних залоз.
 - Ультразвукове дослідження органів малого тазу (УЗД).
 - Спеціальні методи дослідження: ультразвукове дослідження молочних залоз (до 40 років), мамографія, пневмокистографія (за наявності великих кистозних утворень), дуктографія із застосуванням водорозчинного контрасту пункційна біопсія, КТ, МРТ.
 - Огляд профільними спеціалістами за показаннями (мамолога, гастроентеролога, ендокринолога).
3. Мастодінія, передменструальний синдром, гіперпролактинемія.
4. Класифікація дисгормональних захворювань молочної залози.

А. Дифузні:

Бактеріоскопічне дослідження виділень та цитоморфологічне дослідження з шийки матки.

 - Клінічне обстеження молочних залоз.
 - Ультразвукове дослідження органів малого тазу (УЗД).
 - Спеціальні методи дослідження: ультразвукове дослідження молочних залоз (до 40 років), мамографія, пункційна біопсія, КТ, МРТ.
 - Огляд профільними спеціалістами за показаннями (мамолога, гастроентеролога, ендокринолога).
3. Етіологічні фактори розвитку галактореї:
 - Порушення функції гіпоталамуса та гіпофіза.
 - Деякі лікарські препарати (гіпотензивні та протиблювотні засоби, антидепресанти, транквілізатори), включаючи гормональні протизаплідні засоби.
 - Захворювання щитоподібної залози
 - Захворювання надниркових залоз

- Мастит (особливо його тяжкі форми)
- Захворювання яєчників, СПКЯ.
- Стресові ситуації.

4. *Медикаментозна терапія* спрямована на відновлення функцій репродуктивної системи, стабілізацію рівня пролактину і нормалізацію менструального циклу. *Оперативне лікування* доречно тоді, коли виникає гостра необхідність у негайному видаленні прогресуючої пухлини гіпофізу. В даний час для лікування гіперпролактинемії використовуються: парлодел (бромокриптин), каберголін (алактин), агоністи дофаміну, який використовується для лікування синдрому галактореї непухлинного генеза і при пролактинсекретуючих аденомах гіпофіза. Якщо галакторею супроводять явища первинного гіпотиреозу, призначають препарати тиреоїдних гормонів.

5. Диференційний діагноз

- аденома гіпофіза;
- фізіологічна гіперпролактинемія;
- СПКЯ;
- первинний гіпотиреоз.

Задача 3 .

Пацієнтка М., 24 роки, звернулась до гінеколога через 6 місяців після пологів зі скаргами на нагрубання в правій молочній залозі, неприємні відчуття перед менструацією. Жінка не годує грудьми, відмічає наявність фіброзно-кістозної мастопатії в анамнезі.

Огляд молочних залоз: при пальпації у нижньому зовнішньому квадранті правій молочній залозі діагностовано рухоме утворення, наповнене рідиною до 3 см, із чіткими контурами, периферичні лімфатичні вузли не змінені. При ультразвуковому дослідженні молочних залоз: визначається збільшення об'єму сполучнотканинного компонента, у нижньому зовнішньому квадранті правій молочній залозі об'ємне утворення зниженої ехогенності, розміром 31×29 мм.

Питання:

1. Попередній діагноз?
2. Скласти план обстеження пацієнтки.
3. Диференційна діагностика.
4. Патогенез фіброзно-кістозної мастопатії.
5. Методи профілактики дисгормональних захворювань молочних залоз.

Відповідь:

1. Кіста правій молочній залозі. Фіброзно-кістозна мастопатія.

2. Діагностика:

- Загальний аналіз крові та сечі,
- Біохімічні дослідження крові, вміст глюкози крові.
- Дослідження рівня гормонів крові (ФСГ, ЛГ, ТТГ, Т3, Т4, пролактину, естрадіолу, прогестерону).
- Бактеріоскопічне дослідження виділень та цитоморфологічне дослідження з шийки матки.

- Клінічне обстеження молочних залоз.
- Ультразвукове дослідження органів малого тазу (УЗД).
- Спеціальні методи дослідження: ультразвукове дослідження молочних залоз (до 40 років), мамографія, пункційна біопсія, КТ, МРТ.
- Огляд профільними спеціалістами за показаннями (мамолога, гастроентеролога, ендокринолога).

3. Диференційна діагностика:

- Фібroadеноми,
- Фіброзної мастопатії,
- Масталгії.

4. Патогенез мастопатії в основному визначається персистуючою дією пролактину, порушенням співвідношення естрогенів і прогестерону, підвищенням рівня фолікулін-стимулюючого гормону і естрогенів. Порушення нейрогуморальної регуляції у молочній залози створює умови для проліферації або сприяє розростанню стромы, у результаті чого погіршується дренаж протокової системи залози.

5. Методи профілактики:

- Наявність вагітностей у репродуктивному віці, які завершилися пологам.
- Повноцінне грудне вигодовування.
- Використовування контрацепції.
- Своєчасна діагностика та лікування супутніх захворювань жіночих статевих органів.
- Лікування екстрагенітальних захворювань.
- Відмова від шкідливих звичок.

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою «Захворювання молочної залози» в практиці сімейного лікаря»

1. Охарактеризувати основні зміни, які відбуваються в молочних залозах при вагітності та лактації.
2. Діагностика захворювань молочної залози. Ознаки доброякісних та злоякісних захворювань.
3. Огляд та пальпація молочних залоз.
4. Коли існують критерії проведення мамографії та її характерні умови виконання.
5. Передракові захворювання статевих органів жінки.
6. Онкомаркери злоякісних новоутворень жіночих статевих органів.
7. Сучасні методи діагностики та профілактики гінекологічних захворювань.
8. Фізіологічні та патологічні стани репродуктивної системи у різні вікові періоди.
9. Порушення менструальної функції.

3.Формування професійних вмінь та практичних навичок

Огляд та пальпація молочних залоз (на симуляторах)

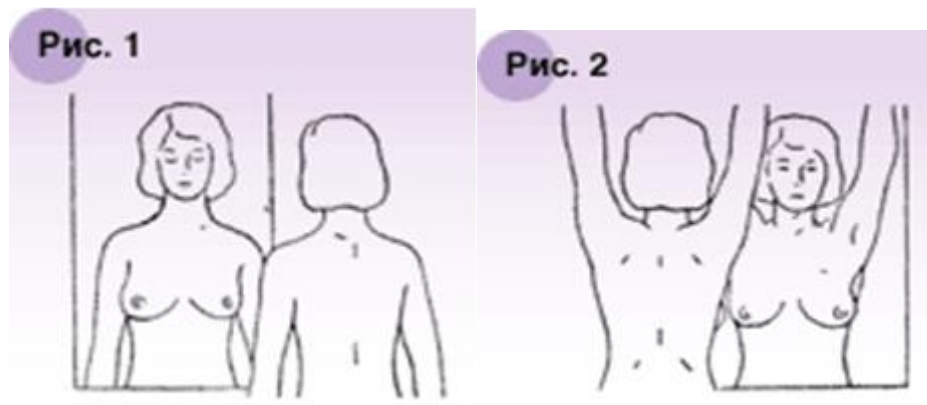
Алгоритм обстеження молочних залоз

Огляд та пальпація:

Етап 1:

Пацієнтка стоїть з вільно опущеними руками. Уважно огляньте кожну залозу. Перевірте, чи немає змін у розмірі, формі, контурах молочної залози (одна залоза може бути трохи більшою, це нормально). Зверніть увагу на симетричність обох залоз, чи розташовані залози на одному рівні, чи рівномірно вони зміщуються при піднятті і закладенні рук за голову, нахилах, поворотах вправо і вліво. Чи немає фіксації або зміщення однієї із залоз в сторону?

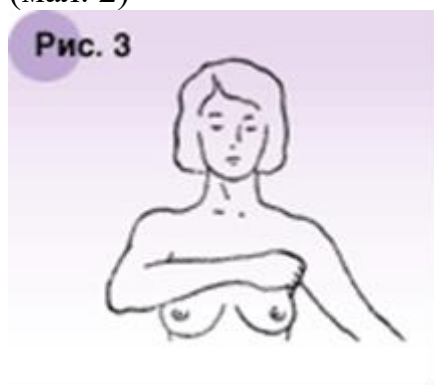
Жінка повинна щомісяця робити такий же самоаналіз, дивлячись у дзеркало (рис. 1).



Етап 2:

Пацієнтка піднімає руки вгору -

ще раз оглянути молочні залози по черзі, звертаючи увагу на їх зміщення вгору, в сторони або вниз; зміну форми з утворенням збільшення, втягнення, втягування шкіри або соска; появу крапель рідини з соска під час цих рухів (мал. 2)



Етап 3:

У положенні "стоячи" - проводиться так звана поверхнева пальпація, коли подушечки пальців не проникають в товщу залози, що дає можливість виявити невеликі утворення, розташовані безпосередньо під шкірою. Потім проводиться глибока пальпація, коли подушечками пальців послідовно досягають ребер. Пальпацію слід проводити від ключиці до нижнього краю ребер і від грудини до пахвової лінії, включаючи пахвову область, де можна виявити збільшені лімфатичні вузли (рис. 3)

Етап 4:

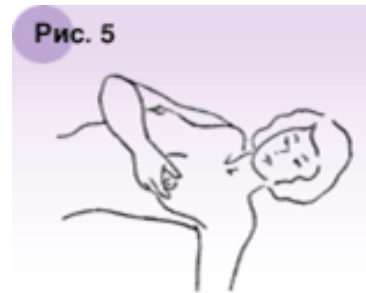
Проведення "кругової" пальпації молочних залоз у положенні пацієнтки стоячи. Рекомендується починати пальпацію із зовнішнього верхнього квадрата, далі - круговими рухами за годинниковою стрілкою.

Етап 5:

Пробацуйте молочні залози в положенні "лежачи на спині".

Це найважливіша частина огляду, адже тільки так можна належним чином обстежити всі тканини. При цьому зверніть увагу, які молочні залози можна промацати під пальцями.

Пальпація проводиться лежачи на відносно твердій, рівній поверхні; можна підкласти валик або тверду подушку під досліджувану залозу, витягнути руку



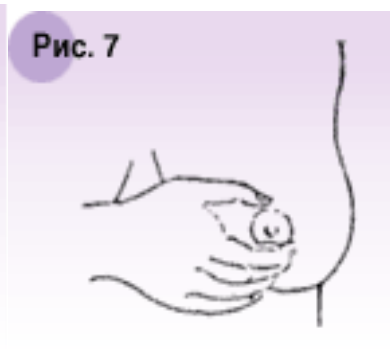
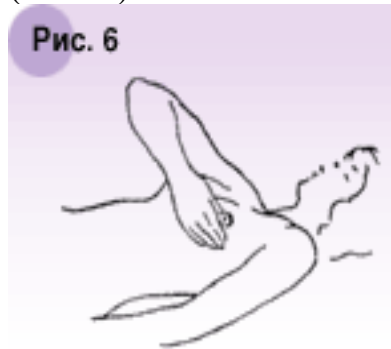
вздовж тіла або

завести її за голову. (Рис. 4)

Пропонується два способи пальпації:

1. Метод квадратів, коли вся поверхня передньої грудної стінки від ключиці до реберного краю і молочної залози умовно ділиться на невеликі квадрати. Огляд проводиться послідовно в кожному квадраті зверху вниз, як по сходах. (Рис. 5)

2. Спіральний метод, коли огляд молочної залози проводиться по спіралі у вигляді концентричних кіл, починаючи від пахової западини до соска. Подушечками пальців роблять кругові рухи, просуваючись у напрямку соска. (мал. 6)



Пробацуйте пахові лімфовузли.

Етап 6: Огляд соска

При огляді сосків необхідно визначити, чи немає змін їх форми і кольору, чи не втягнуті вони. Чи немає намокання, ранок або тріщин. Необхідно промацати сосок та інфраамаммарну ділянку. Ця зона у жінок досить чутлива і у деяких супроводжується еротичними або неприємними відчуттями.

На завершення потрібно обережно взяти сосок великим і вказівним пальцями і натиснути на нього, відзначаючи при цьому характер виділень з нього або їх відсутність. (мал. 7)

Навчіть жінку щомісяця проводити самообстеження молочних залоз:

З 10 виявлених змін у молочній залозі - 9 виявляють самі жінки, адже ніхто краще за них не знає стан своїх молочних залоз. Більшість виявлених змін у молочній залозі є доброякісними.

Обстеження краще проводити в один день з менструальним циклом, оскільки протягом місяця відбуваються зміни в розмірі та структурі молочних залоз.

Найкращий час - через тиждень після початку менструації, коли молочна залоза знаходиться в розслабленому стані, а при настанні менопаузи - в один і той же день кожного календарного місяця.

При **клінічному обстеженні** молочних залоз визначаючим є **принцип онкозастереженості**.

Клінічні ознаки малігнізації наступні:

- пухлина, яка виявляється при пальпації;
- втягування соска або шкіри соска;
- асиметрія соска;
- ерозія соска;
- біль у МЗ;
- аксиллярна лімфаденопатія;
- набряк верхньої кінцівки;
- набряк шкіри МЗ — “лимонна шкірка”;
- біль в аксиллярній ділянці.

При виявленні патології під час проведення скринінгу, здійснюється подальше обстеження стану молочної залози, яке проводиться з використанням **“потрійного тесту”** що включає:

- клінічне обстеження молочних залоз;
- білатеральну мамографію;
- при наявності об'ємних утворень - тонкогільчату аспіраційну біопсію під контролем УЗД із послідуною цитологією (маніпуляція проводиться підготовленим лікарем УЗД). Інтерпретація результатів тонкогільчатої аспіраційної біопсії проводиться патоморфологом .

ТЕМА

«ОНКОПРОФІЛАКТИКА ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ»

Мета: Навчити проводити скринінговий огляд жінок звернувшійся до спеціаліста, на предмет ранньої діагностики захворювань жіночої статеві системи. Провести оцінку стану пацієнтки, скласти план обстеження з використанням сучасних методів діагностики, аналізувати дані лабораторних та інструментальних обстежень при, доброякісних та передракових захворюваннях жіночої статеві системи та визначити попередній діагноз; визначати тактику ведення (принципи проведення первичної профілактики, спостереження, та проведення оперативних втручань та консервативного лікування, а також реабілітаційні заходи) при лікуванні передракових та злоякісних захворюваннях жіночої статеві системи;

Основні поняття:

- Передракові захворювання статевих органів жінки.
- Онкомаркери злоякісних новоутворень жіночих статевих органів.
- Сучасні методи діагностики та профілактики.

1. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, тестування онлайн, фронтальне опитування тощо).

• Вимоги до знань:

- навички комунікації та клінічного обстеження пацієнта;
- здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати;
- здатність встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання;
- здатність визначати необхідний режим праці та відпочинку при лікуванні та профілактиці захворювань;
- здатність визначати характер харчування при лікуванні та профілактиці захворювань;
- здатність визначати принципи та характер лікування та профілактики захворювань;
- здатність діагностувати невідкладні стани;
- здатність визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу;
- здатність виконувати медичні маніпуляції.

• Перелік дидактичних одиниць:

- Передракові захворювання статевих органів жінки.
- Онкомаркери злоякісних новоутворень жіночих статевих органів.
- Сучасні методи діагностики та профілактики.

• Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою семінару:

- Класифікація передракових захворювань шийки матки.
- Профілактика передракових захворювань жіночих статевих органів

- Етіопатогенетичне фактори, що зумовлюють розвиток патології шийки матки. Папіломавірусна інфекція.
- 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», як фактор розвитку АМК в різні вікові періоди.
- Гістологічна класифікація гіперпластичних процесів ендометрія ВООЗ. Додаткові методи діагностики гіперпластичних процесів ендометрія

Типові ситуаційні задачі:

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

Відповіді: Д-з Поліп ендометрія. АМК.

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'яністі. 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, не болюче, додатки не визначаються. Склепіння піхви, параметрії – вільні. Який з методів є найбільш цінним для підтвердження діагнозу?

Д-з: Рак шийки матки? Кольпоскопія з прицельною біопсією. Мазок на цитоморфологічне дослідження.

В залежності від результатів гістологічного дослідження рішення питання об'єму оперативного втручання.

3. У гінекологічне відділення звернулася хвора 48 років зі скаргами на кровотечу зі статевих шляхів. З анамнезу: менструації з 14 років, установилися відразу (по 4-5 днів через 28 днів), помірні, безболісні. Останні 2 роки інтервали між менструаціями 2-3 місяця. 15 днів назад, після 2-х місячної відсутності менструації, почалася маткова кровотеча, що продовжується дотепер.

При надходженні: шкіра і видимі слизуваті бліді, пульс 76 уд. у хв., АД – 110/80 мм рт. ст., гемоглобін – 100г/л.

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

Встановіть діагноз.

Якою повинна бути тактика лікаря?

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

Типові тестові завдання:

1. Хвора 24-х років звернулася до гінеколога зі скаргами на появу виростів у ділянці статевих органів. Оглянувши хвору, лікар виявив на великих і малих соромітних губах сосочкоподібні розростання, що нагадують цвітну капусту, м'якої консистенції, неbolючі, неерозовані. Хвору направлено на консультацію до дерматолога. Який діагноз найбільш імовірний?

- A. Гострокінцеві кондиломи
- B. Широкі кондиломи
- C. Вегетуюча пухирчатка
- D. Гранульоматозний кандидоз
- E. Папіломатоз

Крок 2017

2. У хворої 58-ми років після 10 років менопаузи почалося рясна маткова кровотеча. В ході бімануального дослідження й огляду за допомогою дзеркал, окрім рясних кров'янистих виділень, іншої патології не виявлено. Яке захворювання можна припустити?

- A. Рак тіла матки
- B. Геморагічна метропатія Шредера
- C. Неповний аборт
- D. Міома матки
- E. Порушення менструального циклу клімактеричного характеру

3. У хворої 36-ти років під час профілактичного огляду в дзеркалах виявлено деформацію шийки

матки старими післяпологовими розривами. При кольпоскопічному дослідженні на задній губі

виявлені поля дисплазії. Що необхідно зробити для уточнення діагнозу?

- A. Біопсія шийки матки
- B. Діагностичне вишкрібання
- C. Цистоскопія, іригоскопія
- D. Бактеріологічне обстеження виділень
- E. УЗД органів малого тазу

4. До гінеколога звернулася жінка 54-х років зі скаргами на кров'яні виділення з піхви протягом 1

місяця. Остання менструація 5 років тому. Під час гінекологічного огляду патології не виявлено.

Ваші дії:

А. Фракційне діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки

В. Кольпоскопія

С. УЗД

Д. Взяти мазок для цитологічного дослідження

Е. Призначити симптоматичну терапії

Вірні відповіді: 1 – А; 2 – Е; 3 – А; 4 – А;

2. Обговорення теоритичних питань для перевірки базових знань за темою (повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

У вирішення проблеми профілактики розповсюдження злоякісних пухлин статевих органів важливий внесок має активне виявлення та лікування хворих не тільки з ранніми стадіями злоякісних пухлин, але і з перед пухлинними та доброякісними пухлинами.

Передракові захворювання зовнішніх статевих органів. Передракові захворювання шийки матки: класифікація. Гіперпластичні процеси ендометрія: етіологія, патогенез, класифікація, сучасні методи діагностики, тактика ведення та принципи лікування. Профілактика передракових захворювань жіночих статевих органів.

На сучасному етапі у структурі онкологічної захворюваності пухлини жіночих статевих органів складають 20-30%. На сьогоднішній день в Україні на рак шийки матки (РШМ) помирає до 2,5 тисяч хворих, з них 700 — жінки репродуктивного віку. В світі щорічно діагностується біля 500 тисяч нових випадків РШМ. Враховуючи, що розвиток раку не є блискавичним процесом, лікар має достатньо часу для діагностики лікування початкових форм ураження.

Головна мета наполягає в проведенні профілактичних оглядів серед хворих з предпухлинними захворюваннями та на ранніх стадіях, відомо що ефективність лікування значно зростає на цьому етапі. При раку шийки матки початковий стадії лікування призводить до одужання в 98-100 % випадків, а у частини хворих дозволяє зберегти генеративну функцію. Особливе місце потребує кагорта жінок інфікованих на вірус папіломи людини 16-18 типу, який є предіктором розвитку раку шийки матки. Проведення первичної онкопрофілактику шийки матки при застасовувнні противірусних вакцин «Церварікс» та «Гардаксіл».

Іншими словами - у вирішення проблеми профілактики розповсюдження злоякісних пухлин статевих органів важливий внесок вносить активне виявлення та лікування хворих не тільки з ранніми стадіями злоякісних пухлин, але і з доброякісними пухлинами, а також з перед пухлинними захворюваннями.

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 розділити на 3 підгрупи. Працюємо у кабінетах жіночої консультації з вагітними пацієнтками у різні терміни вагітності, даємо завдання:

Завдання для підгруп

I підгрупа. Зібрати акушерсько-гінекологічний та соматичний анамнез у хворої, визначити перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень, встановити попередній і клінічний діагноз захворювання

II підгрупа. Скласти план лікування жінки та визначити тактику ведення.

III підгрупа. Оцінити правильність відповідей I та II підгруп, при необхідності ввести корективи.

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Хвора 35-ти років, звернулася в гінекологічний стаціонар зі скаргами на періодичні болі в нижніх відділах живота, які посилюються під час менструації, темно-коричневі мажучі виділення зі статевих шляхів. При бімануальному дослідженні: тіло матки кілька збільшено, придатки не визначаються, при огляді шийки матки в дзеркалах виявлені синюшні 'оченята'.

1) Який діагноз найбільш вірогідний?

Зовняшний ендометріоз шийки матки

2) Алгоритм обстеження: мазок на цитоморфологію., кольпоскопія поширена. Біопсія шийки матки прицільна.

Лікувальна тактика в залежності від результатів гістологічного дослідження.

При підтвердженні ендометріозу потрібно провести ексцизійну терапію (висечення ділянки з вогнищами ендометріозу).

Нетипові тестові задачі:

1. Хвора 48-ми років скаржиться на контактні кровотечі. При огляді в дзеркалах виявлено гіпертрофію шийки матки. Остання має вигляд; цвітної капусти;, легко травмується, щільна. При бімануальному огляді: склепіння вкорочені, тіло матки малорухоме. Який найбільш вірогідний діагноз?

A. Рак шийки матки

B. Фіброміома матки

C. Ендометріоз

D. Шийкова вагітність

E. Папіломатоз шийки матки

3. Жінка 54-х років звернулася зі скаргами на кровотечу зі статевих шляхів після 2-річної аменореї.

Під час ультразвукового та бімануального дослідження - патології з боку геніталій не виявлено.

Яка тактика лікаря?

A. Фракційне вишкрібання шийки та порожнини матки

B. Кровоспинюючі препарати

C. Скорочуючі препарати

D. Естрогенний гемостаз

E. Гістеректомія

4. В жіночу консультацію звернулася хвора 62-х років зі скаргами на наявність водянистих виділень,

деколи з домішками крові з піхви. Менопауза 7 років. Періодично у хворої з'являються незначні

болі внизу живота, здуття кишківника. Матка при вагінальному огляді збільшена в розмірах до 10

тижнів вагітності, обмежено рухома, чутлива. Додатки не визначаються. Яке дослідження слід

провести для уточнення діагнозу?

A. Роздільне діагностичне вишкрібання цервікального каналу і порожнини матки

B. УЗД

C. Контрастна рентгенографія

D. Цитологічне дослідження мазків

E. Пункція заднього склепіння

Вірні відповіді: 1 – D, 2 – A, 3 – A, 4 – A,

Передракові захворювання шийки матки	Дисплазія шийного епітелію - вогнищеві або поодинокі або множинні патологічні процеси, при яких відзначається гіперплазія, проліферація, порушення диференціювання, дозрівання і відторгнення епітеліальних клітин, що не виходять за межі базальної мембрани.
Ектопія шийки матки	зміщення циліндричного епітелія на зміщення циліндричного епітелія на вагінальну порцію шийки матки.
Поліп цервікального каналу	це є вогнищева проліферація сполучної тканини ендцервіксу, покритої циліндричним епітелієм і виступає в просвіт цервікального каналу або за його межі і являють собою сполучнотканинні вирости, вкриті епітелієм. Папілома шийки матки форма поражения шейки матки и вкриті епітелієм.

Папілома шийки	форма ураження шийки матки, яка характеризується осередковими розростаннями строми та багатошарового епітелія з ороговінням. В їх виникненні певну роль грають вірусні інфекції та хламідіоз
Канділома шейки матки	аномальні розростання многослойного плоского епітелію за типом акантоза (занурення ороговевающих епітеліальних островців в підлягає тканину між сполучнотканинними сосочками) з видовженими сосочками.
Ерозований ектропіон	виворіт слизової оболонки шийки матки, що характеризується наявністю псевдоерозії і рубцевої деформації шийки матки
Дисплазия эпителия шейки матки (цервикальная интраэпителиальная неоплазия, ЦИН, cervical intraepithelial neoplasia, CIN	характеризується вираженою проліферацією атипові епітелію шийки матки з порушенням його шаруватості без залучення в процес строми і поверхневого епітелію патологічний процес зроговіння поверхневих шарів багатошарового плоского епітелію.
Лейкоплакія	В основі розвитку лейкоплакії лежать гістологічні зміни: гіперкератоз, паракератоз, акантоз епітелію шийки матки
Гіперплазія ендометрія	нефизиологических проліферація ендометрія, що супроводжується структурною перебудовою його залозистого і в меншій мірі стромального компонентів
Атипова гіперплазія ендометрія	знаками цитологічної атипії: має ознаки клітинного і ядерного поліморфізму поряд з дезорганізацією епітелію ендометріальних залоз. Доброякісне новоутворення, що піднімається над поверхнею ендометрію утворення вузлуватої форми, що складається з залоз ендометрію і строми.

Діючою профілактикою РШМ є своєчасне виявлення і лікування фонових та передракових захворювань, зокрема дисплазії (цервікальна інтраепітеліальна неоплазія (CIN) чи плоскоклітинне інтраепітеліальне ураження шийки матки. За останні 10 років зросло число дисплазій ШМ у молодих жінок у віці до 30

років збільшилася кількість хворих початковими формами РШМ у віці 33-43 років, зросла смертність від РШМ у віковому інтервалі 25-49 років.

Фактором ризику розвитку РШМ є вірус папіломи людини (ВПЛ).

Найбільш канцерогенними штамми є ВПЛ 16 та 18 типи, які викликають 73,5% випадків РШМ. Роками персистуючи в клітинах епітелію шийки матки, ВПЛ призводить до мутацій, розвитку дисплазії та малігнізації.

Захворювання шийки матки класифікують на фонові стани, передракові (дисплазія), преінвазивний та інвазивний рак шийки матки.

Чинники ризику розвитку дисплазії шийки матки:

- Ранній початок статевого життя (14-17 років), коли епітелій шийки матки, що не дозрів і легко піддається онкогенному впливу.
- Часта зміна статевих партнерів.
- Захворювання, які передаються статевим шляхом. Бактеріальні інфекції (умовно-патогенна та патогенна мікрофлора). Вірусні інфекції (ВПЛ, ВПГ) в асоціації з ЦМВ, хламідіозом як фактор ЗПСШ (папіломавірус, трихомоніаз, хламідіоз, уреаплазмоз, гонорея та ін.).
- Тютюнопаління..
- Травматичне пошкодження шийки матки (після родів, абортів, оперативних втручаннях на шийці матки)
- Генетичний фактор
- Гормональні порушення

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	

Дослідження шийки матки при аномальній клітинній морфології мазка за Папаніколау включає такі методики:

- проста і розширена кольпоскопія;
- біопсія шийки матки;

- вишкрібання слизової оболонки цервікального каналу (ендоцервікальний кюретаж);
- прицільна та конусовидна біопсія шийки матки
Проста кольпоскопія — огляд шийки матки після видалення отделяемого с ее поверхности без использования медикаментозных средств.

Розширена кольпоскопія проводиться після нанесення на шийку частини шийки матки 3 % розчин оцетної кислоти або 2 % розчин Люголя. Після обробки 3 % розчиноцетної кислоти незмінений епітелій змінює на блідну окраску, при нанесенні 2 % розчин Люголя (проба Шиллера) поверхню шийки частини шийки матки рівномірно пофарбована в темно-коричневий колір

Прицільна біопсія: Забір матеріалу проводиться під контролем кольпоскопії.

Пухлини яєчників займають друге місце серед новоутворень жіночих статевих органів – 8-11% Доброякісні – 85%, з них кісти – 35% Рак яєчників займає 3-є місце серед гінекологічних пухлин пПухлини яєчників займають друге місце Серед новоутворень жіночих статевих органів– 8-11%. Доброякісні – 85%, з них кісти – 35%. Рак яєчників займає 3-є місце серед гінекологічних пухлин після раку тіла та шийки матки, та 7-є в структурі загальної онкологічної захворюваності після раку тіла та шийки матки, та 7-є в структурі загальної онкологічної захворюваності.

Скарги(дискомфорт, біль внизу живота і попереку, порушення менструальної і

репродуктивної функції 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, шляхом якого встановлюється наявність і локалізація патологічного процесу, форма, величина матки і придатків, їх консистенція, рухомість, болючість при пальпації, анатомо-топографічні взаємовідношення органів малого таза тощо

Методи візуалізації УЗО трансабдомінальна ехографія трансвагінальна ехографія, органів малого тазу, КТ, МРТ, органів малого тазу.

Застосування онкомаркерів для діагностики пухлинних процесів органів малого тазу.

Онкомаркер СА125. Підвищений більш ніж у 80% всіх пацієнток з РЯ. Підвищується при доброякісних гінекологічних захворюваннях, ендометріозі, злоякісних пухлинах іншої локалізації, здорових жінок репродуктивного віку.

Онкомаркер HE4 Секреторний білок 4 епідідіміса, кислий глікопротеїд Належить до сімейства інгібіторів протеїназ та експресується в нормальному епітелії репродуктивних органів, верхніх дихальних шляхів і підшлунковій залозі.

Підвищена продукція виявлена при РЯ та ендометрію, рідко - при поширеній формі аденокарциноми легень.

Онкомаркер HE4 При доброякісних гінекологічних захворюваннях, ендометріозі підвищення рівня не спостерігається.

Вимоги до результатів роботи:

- Складати план необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень при предракових захворюваннях жіночих статевих органів
- Оцінювати результати клініко-лабораторних та інструментальних досліджень при предракових захворюваннях жіночих статевих органів;
- Встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання;
- Призначати лікування і при предракових захворюваннях жіночих статевих органів

Матеріали контролю для заключного етапу заняття: задачі, завдання, тести

Нетипові ситуаційні задачі:

1.Хвора 2 Хвора 34 роки, звернулася до лікаря зі скаргами на значні рідкі виділення з піхви. Остання менструація була тиждень тому. Статеве життя з 24 років. Контактні кровотечі. В дзеркалах: на передній губі шийки матки виразка розміром 1см, взята біопсія. Мікроскопічно виявлений плоскоклітинний рак.

Визначіть тактику ведення пацієнтки.

Завдання:

1.Дівчина 24 роки, звернулася до лікаря зі скаргами на значні рідкі виділення з піхви. Статеве життя з 22 років. Вагітностей не було. Контрацепцію не застосовує, має одного статевого партнера. Остання менструація була тиждень тому.

При огляді в дзеркалах: на передній губі шийки матки ділянка розміром 1см, взята біопсія встановлен діагноз дисплазія ш.матки І ступеня.

Визначіть тактику ведення пацієнтки. Необхідно провести поширену діагностику з визначенням чинника розвитку дисплазії: ПЦР титрування на наявність VPH 16-18 типу, ВПГ II типу, бак посів.виделінь.

По отриманню результатів дослідження провести курс протизапальної та антибактеріальної терапії.

На етапі вилікування провести вакцинацію противірусною вакциною: Цервариксом(4- валентною) або Гардаксиллом (4- або 9 валентною)

2.Хвора 59-ти років звернулася до жіночої консультації зі скаргами на кров'яністі виділення зі статевих шляхів. Постменопауза 12 років. При вагінальному обстеженні: зовнішні статеві органи з ознаками вікової інволюції, шийка матки не ерозована, з цервікального каналу незначні кров'яністі виділення. Матка звичайних розмірів, придатки не пальпуються. Склепіння глибокі, не болючі.

Які додаткові методи дослідження потрібно провести для уточнення діагнозу?

Для уточнення діагнозу необхідно провести УЗД органів малого тазу, виконати дослідження стану ендометрія завдяки застосування: Пайпель-біопсії або

Гістероскопії з прицельною біопсією ендометрія.. або Роздільне діагностичне вишкрібання слизової порожнини матки. За результатами гістологічного дослідження буде встановлен об'єм оперативного втручання у пацієнтки.

1.Тестові завдання КРОК-2:

1. Поліпоз ендометрію частіше виникає:

- А. У менопаузі
- В. Після пологів
- +С.У клімактеричному періоді
- Д. Під час лікування прогестероном
- е. Після припинення прийому оральних контрацептивів

2. Хвора 18-ти років звернулася до гінеколога зі скаргами на появу бородавчастих підвищень у ділянці статевих органів. Під час огляду зовнішніх статевих органів на великих і малих статевих губах визначаються сосочкоподібні розростання, м'якої консистенції, безболісні. При гінекологічному дослідженні патології з боку внутрішніх статевих органів не виявлено. Який попередній діагноз?

- А. Гострокінцеві кондиломи
- В. Папіломатоз
- С. Сифілітичні кондиломи
- Д. Вегетуюча пухирчатка
- Е. Рак вульви

3. Хвора 53-х років скаржиться на ниючий біль унизу живота, значне його збільшення за останні 5 місяців, схуднення, слабкість. При гінекологічному обстеженні виявлено: шийка матки чиста, матка не збільшена, не-болюча, малорухома. З обох боків визначаються пухлини розміром 10х13 см, з нерівною поверхнею, щільної консистенції, нерухомі. При перкусії живота спостерігається флу-ктуація. Яким буде попередній діагноз?

- А. Рак яєчників
- В. Фіброміома матки
- С. Тубооваріальна пухлина
- Д. Блукаюча нирка
- Е. Ендометріоз

4. 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

аускультатії 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

3. Формування професійних та практичних навичок.

- Скласти план необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень при предракових захворюваннях жіночих статевих органів
- Оцінювати результати клініко-лабораторних та інструментальних досліджень при предракових захворюваннях жіночих статевих органів;
- Встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання;
- Призначати лікування і при предракових захворюваннях жіночих статевих органів

ТЕМА

« Гінекологічна ендокринологія»

Мета: Навчити визначенню етіологічних та патогенетичних факторів основних захворювань репродуктивної системи, що призводять до порушенню 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:

- Фізіологічні та патологічні стани репродуктивної системи у різні вікові періоди. Порушення менструальної функції. Стандартне обстеження жінок
- АМК.
- Остеопороз.
- Денситометрія.

Питання:

- 1.Нейрогуморальна регуляція менструального циклу
- 2.Аменорея: форми, діагностика, лікування
- 3.Причини розвитку АМК у жінок репродуктивного віку.
- 4.Класифікація АМК
- 5.Алгоритм обстеження хворої з АМК
- 6.Аномальні маткові кровотечі в репродуктивному віці.
7. Аномальні маткові кровотечі в клімактеричному віці.
- 8.Лікувальні заходи у жінок в менопаузі та постменопаузі
9. Покази для хірургічного лікування хворих з АМК
10. Остеопороз. Алгоритм обстеження жінок з ознаками остеопорозу.
- 11.Алгоритм обстеження жінки у різні вікові періоди.
12. Передменструальний синдром.
13. Клімактеричний синдром.
14. Якість життя жінки під час менопаузи.

1. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, тестування онлайн, клінічні ситуації, фронтальне опитування з основної термінології тощо).

• Вимоги до знань:

- навички комунікації та клінічного обстеження пацієнта;
- здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати;

- здатність встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання;
- здатність визначати необхідний режим праці та відпочинку при лікуванні та профілактиці захворювань;
- здатність визначати характер харчування при лікуванні та профілактиці захворювань;
- здатність визначати принципи та характер лікування та профілактики захворювань;
- здатність діагностувати невідкладні стани;
- здатність визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу;
- здатність виконувати медичні маніпуляції.

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.

1. Встановити попередній діагноз.

2. Розробити та призначити план обстеження та лікування.

Відповідь:

- Діагноз: Вторинна аменорея. Альгодисменорея. Генітальний інфантилізм.
- 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.

- Алгоритм обстеження:
- Гінекологічний огляд.
- Клініко-лабораторні методи обстеження: ОАК, ОАМ, біохімія крові, гормональне обстеження, мазок на флору, 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?

А. Визначення рівня гонадотропінів.

В. Визначення рівня пролактину в крові.

С. Проба з прогестероном.

Д. Визначення рівня тиреотропного гормону.

Е. 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

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

Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо):

Інтерактивне завдання:

Здобувачів вищої освіти розділити на 3 підгрупи. Працюємо у кабінеті консультування жінок різних вікових періодів, даємо завдання:

Завдання для підгруп

I підгрупа. Зібрати акушерсько-гінекологічний та соматичний анамнез у жінки з порушенням менструального циклу (АМК в пубертатному періоді), визначити перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень, встановити попередній і клінічний діагноз захворювання

II підгрупа. Скласти план обстеження та лікування у жінки вперіод менопаузи та визначити тактику ведення.

III підгрупа. Оцінити правильність відповідей I та II підгруп, при необхідності ввести корективи.

Нетипові ситуаційні задачі

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. Перименопаузальний період. 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.

* 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?

Екстерпація 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.

Нетипові тестові завдання КРОК-2(2020 – 2024 р.р.)

1. Хвора 38-ми років звернулася до жіночої консультації зі скаргами на помірні кров'я- нисті виділення зі статевих шляхів, які ви- никли після затримки чергової менструації на 1,5 місяці. В ході вагінального обстеження: шийка матки не ерозована, симптом "зіниці" (+++); матка не збільшена, щільна, рухома, неболюча; придатки з обох боків не збільшені, неболючі; склепіння глибокі. Який діагноз найімовірніший?

- A. Аномальна маткова кровотеча
- B. Внутрішній ендометріоз тіла матки
- C. Позаматкова вагітність
- D. Маткова вагітність

Е. Рак тіла матки

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

А. Фракційне діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки

В. Кольпоскопія

С. УЗД

Д. Взяти мазок для цитологічного дослідження

Е. Призначити симптоматичну терапію до отримання додаткових результатів дослідження

Вірні відповіді: 1. В., 2. А.

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтуючі карти для формування практичних вмінь та навичок тощо):
Класифікація порушень менструального циклу

Термін	Визначення
Аменорея	відсутність менструації протягом 6-ти місяців і більше
Аномальна маткова кровотеча	це обільна, часта або пролонгована кровотеча із матки (гіпер-, полі-, пройоменорея), не пов'язана із органічною патологією органів малого таза, системними захворюваннями чи ускладненнями вагітності
Нейро-ендокринні синдроми	це клінічні симптомокомплекси, при яких зміни функціонального стану статеві системи хворої поєднуються з порушенням функціонального стану інших систем організму, що, як і статеві системи, регулюються гіпоталамо-гіпофізарним відділом нервової системи
Гіпоменструальний синдром	послаблення менструацій, що проявляється у їх вкороченні, порідшанні, зменшенні крововтрати (оліго-, гіпо-, опсоменорея)
Передменструальний синдром	симптомокомплекс, що характеризується різними психоемоційними, вегетосудинними і обмінно-ендокринними порушеннями, які проявляються в лютеїнову фазу менструального циклу
Клімактеричний синдром	симптомокомплекс, який характеризується нервово-психічними, судинно-вегетативними та обмінно-ендокринними порушеннями, що виникають на фоні дефіциту естрогенів, що зумовлений віковими змінами функції яєчників

Дисменорея	Дисменорея – загальне порушення під час менструації (біль в попереку, по низу живота, головна біль, нудота, відсутність апетиту, збудженість);
Альгодисменорея	це порушення менструального циклу, основним клінічним проявом якого є больовий синдром під час менструації, що виникає в перший день чи за кілька днів до неї і триває протягом всієї менструації і навіть після неї

Клімактеричні розлади

1 група	Вазомоторн	Приливи жару, підвищена пітливість, головний біль, гіпо- або гіпертонія, серцебиття, тахікарді
	Емоційно-психічн	Роздратованість, сонливість, слабкість, депресія, зниження пам'яті, зниження лібідо, неухваленість.
2 група	Урогенітальні	Сухість слизової оболонки піхви, біль при статевих зносинах, свербіж, уретральний синдром (часте сечовипускання)
3 група	Шкіра та її додатки	Сухість, ломкість нігтів, зморшки, сухість та випадіння волосся.
	Пізнні обмінні порушення	Остеопороз, серцево-судинні захворювання

Порушення частоти менструації

1) **часті менструації (пройоменорея)** - тривалість менструального циклу менше 21 дня,

2) **рідкісні менструації (опсоменорея)** - тривалість менструального циклу більше 35 днів,

2. Порушення кількості менструальної крові, що втрачається:

1) **мізерна менструація (гіпоменорея)** спостерігається при гіпоплазії матки і яєчників, гіпофункції яєчників, хронічних ендометритах, після оперативних втручань.

2) **рясна менструація (гіперменорея)** наголошується при запальних процесах, гіпоплазії матки, тривалій інволюції жовтого тіла, гіперестрогені

Порушення тривалості менструації (симптоми):

№	Параметри	Норма	АМК
1.	Частота	Інтервал між першим днем менструації сусідніх циклів становит від 24 до ≤ 38 днів	Відсутність менструацій (аменорея) Менструації з інтервалом ≥ 38 (рідкі) Менструації з інтервалом ≤ 24 днів(часті) С-Коагулопатія О-порушення овуляції Е-Патологія ендометрію І-Ятрогенні N-некласифіковані
2.	Тривалість менструації	≤ 8 днів	≥ 8 днів
3.	Регулярність	Варіабільність найдовшого і найкоротшого циклі у межах $\leq 7-9$ днів	Варіабільність найдовшого і найкоротшого циклі у межах $\leq \geq 8-9$ днів
4.	Об'єм	Нормальний	Скудні рясні
5.	Міжменструальних кровотеч	немає.	Циклічні ациклічні

Гострі АМК - це епізоди кровотеч у невагітних жінок репродуктивного віку, інтенсивність яких вимагає негайного втручання з метою попередження подальшої втрати крові.

- **Хронічні АМК** - це кровотечі з відхиленнями від норми за тривалістю, об'ємом та/або частотою, які виникають впродовж більшої частини останніх 6 місяців.

- **Тяжка менструальна кровотеча (ТМК)** - надмірна менструальна крововтрата, що негативно впливає на фізичний стан жінки, соціальні, емоційні а/або матеріальні аспекти її життя. ТМК може проявлятися самостійно або:

- АМК аномальна маткова кровотеча поєднанні з іншими симптомами. на тлі дисфункції ендометрія, зокрема недостатності лютеїнової фази менструального цикла;
- АМК – аномальна маткова кровотеча в результаті порушення овуляції.

Диференційна діагностика проводиться з:

- наявністю структурних патологій матки;
- вагітністю.

Діагностування і лікування аномальних маткових кровотеч органічного походження мають свою специфіку і описані у відповідних протоколах. В підлітковому віці причиною аномальних маткових кровотеч переважно виступають розлади овуляції, пов'язані з незрілістю гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової регуляції. Особливу увагу у таких пацієнток необхідно звернути на виключення АМК, спричинених соматичною патологією (коагулопатія та ін.) та кровотеч внаслідок артеріо-венозних мальформацій тіла матки.

АЛГОРИТМ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ НА АМК



Препарат	Разова доза	Режим
КОК	Монофазні (30–35 мкг етинілестрадіолу)	3 рази на добу протягом 7 днів або до 4-5-ти разів на добу 3-5 днів, потім зменшення кожні 2 дні на 1 таблетку, загальний термін застосування КОК не менше 20 днів
Транексамова кислота	1,5 г перорально або перорально 10 мг/кг в/в	3 рази на добу впродовж 5 днів кожні 8 годин
Лінестрол	5 мг перорально	3 рази на добу протягом 7 днів

Нетипові ситуаційні задачі:

Завдання 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.

1. Встановити попередній діагноз.
2. Розробити та призначити план обстеження та лікування.
3. З чим необхідно проводити диференційну діагностику при даній патології

Відповідь: Вторинна аменорея. Генітальний інфантилізм. Альгодисменорея.

Алгоритм обстеження:

Гінекологічний огляд: Загальний та гінекологічний огляд, ультразвукове дослідження органів малого тазу, комп'ютерна чи магнітно-резонансна томографія.

Гормональні дослідження: ЛГ, ФСГ, ПРЛ, Е₂, андрогени – за показами. Мазок на флору та цитоморфологію.

Клініко-лабораторні методи обстеження: ОАК, ОАМ, біохімія крові. Гормональне обстеження (ФСГ, ЛГ, ПРЛ, Естрадіол), ультразвукове дослідження органів малого тазу

Завдання 2: 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.

* 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?

Екстерпація 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

рекомендувати радикальне хірургічне лікування, а саме – гістеректомію з додатками

Тестові завдання КРОК-2 (2020-2024)

1. 27-річна жінка скаржиться на нерегулярні менструації із затримками до 2-3 місяців, значне збільшення маси тіла, гірсутизм. Одружена протягом 5 років. Вагітностей не було. При піхвовому дослідженні матка трохи менша за норму, по обидва боки визначаються щільні, рухливі яєчники розміром до 4-5 см. Попередній діагноз?

- A. **Хвороба полікістозних яєчників**
- B. Двосторонній хронічний сальпінгіт
- C. Двосторонні кісти яєчників
- D. Туберкульоз придатків матки
- E. Гіпоменструальний синдром

2. До сімейного лікаря звернулася жінка зі скаргами на втомлюваність, значне схуднення, слабкість, втрату апетиту. Аменорея 8 місяців. Рік тому народила живу доношену дитину. Крововтрата в пологах до 2 л. Переливалася кров і кровозамінники. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Синдром Штейна-Левенталя
- B. **Синдром Шихана**
- C. Синдром Шерешевського-Тернера
- D. Синдром гомологічної крові
- E. Вегето-судинна дистонія

3. Жінка 26-ти років скаржиться на набряки тіла, набрякання та болючість молочних залоз, головний біль, плаксивість, дратівливість, що виникають за 4 днів до менструації і зникають з її початком.

Який клінічний синдром спостерігається у жінки?

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

4. Жінка, 49 років, скаржиться на головний біль, припливи жару до голови, шиї, 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. Ваш діагноз?

- A. Передменструальний синдром
- B. **Клімактеричний синдром**
- C. Вегетосудинна дистонія
- D. Артеріальна гіпертензія
- E. Посткастраційний синдром

Відповідь: 1-А, 2-В, 3-А, 4- В.

ТЕМА «Ведення фізіологічної вагітності»

Мета: Ознайомити здобувачів вищої освіти із розвитком наукових поглядів на перинатальну охорону плода, даними про фізіологічний перебіг вагітності, засвоїти основні методи обстеження вагітних жінок, уміти оцінювати внутрішньоутробний стан плода, та розробляти методи своєчасної профілактики.

Основні поняття:

- Діагностика ранніх термінів вагітності.
- Спостереження при фізіологічному перебігу вагітності.
- Обстеження вагітних під час візитів, профілактика ускладнень вагітності
- Оцінка внутрішньоутробного стану плода.
- Біофізичний профіль плода. КТГ.
- Перинатальна охорона плода. УЗД.

2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, тестування онлайн, фронтальне опитування тощо).

Вимоги до знань:

- Володіти навичками комунікації та клінічного обстеження пацієнта;
- Здатність встановлювати клінічний та попередній діагноз захворювання;
- Здатність діагностувати невідкладні стани;
- Здатність визначати принципи лікування захворювань, необхідний режим праці та відпочинку і характеру харчування;
- Здатність визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу;
- Здатність виконувати медичні маніпуляції;
- Здатність вести медичну документацію.

Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою семінару:

Питання:

1. Будова статевих клітин. Запліднення і розвиток плідного яйця. Імплантація.
2. Критичні періоди розвитку ембріона і плода.
3. Вплив шкідливих факторів на ембріон і плід.
4. Фізіологічні зміни в організмі жінки під час вагітності.
5. Методи обстеження вагітних. Зовнішнє і внутрішнє акушерське обстеження вагітних.
6. Топографія плода в матці.
7. Визначення дати пологів.
8. Зміни в ендокринній системі під час вагітності.
9. Зміни в геніталіях і молочних залозах під час вагітності.
10. Сумнівні ознаки вагітності і їх діагностична цінність.

11. Ймовірні ознаки вагітності і їх діагностична цінність.
12. Діагностика вагітності в ранні терміни.
13. Діагностика вагітності в пізні терміни.
14. Критерії оцінки біофізичного профілю плода
15. Можливості та функції УЗД

Типові ситуаційні задачі:

1. Пацієнтка 20 років звернулася в жіночу консультацію до лікаря, для визначення наявності вагітності. Дату останньої менструації не пам'ятає. Останні 2 місяці від вагітності оберігалась. Протягом 10 днів турбує нудота, з'явилася відраза до м'ясної їжі. При огляді за допомогою дзеркал звертає на себе увагу ціаноз слизової піхви і шийки матки. При бімануального дослідженні: матка в гіперантефлексія, злегка збільшена, округла, розм'якшена, придатки не визначаються.

Завдання: Які можливі ознаки вказують на існування вагітності.

Відповідь: При огляді жінки, лікаря турбує наявність нудоти, відраза до м'ясної страви, при огляді ціаноз слизових, злегка збільшена матка.

2. В жіночу консультації звернулась пацієнтка, що народжує вдруге. Прийомами зовнішнього акушерського дослідження пацієнтка 35 років обстежена. Термін гестації 37-38 тижнів. При пальпації матки над входом в малий таз пальпується об'ємна частина плода, що балотується. Спинка плода звернена вліво і назад щодо стінки матки. Серцебиття плода ясне, ритмічне 140 ударів в хвилину зліва нижче рівня пупка.

Завдання: Поставте попередній діагноз.

Відповідь: Діагноз: Вагітність II, 38-39 тижнів. Положення плода продольне, головне передлежання, пеша позиція, задне положення.

Типові тестові завдання:

1. При первинному огляді вагітної діагностована вагітність 32 тижні. Вагітність протікає фізіологічно. Де має знаходитися дно матки?

- A. На рівні пупка.
- B. На середині відстані між мечовидним відростком і пупком.
- C. На 4 см нижче мечоподібного відростка.
- D. Під мечовидним відростком.
- E. На 6 см нижче мечовидного відростку

2. Першовагітна 25 років, остання менструація була 3.03.2015 року. Ворушіння плода відчуває з 2.08.2015 року. Визначте передбачуваний термін пологів:

- A. 10 листопада.
- B. 10 грудня.
- C. 10 січня.

- D. 30 грудня.
- E. 30 січня

3. При зовнішньому акушерському дослідженні живіт вагітної має поперечно овальну форму, в лівій боковій стінці матки пальпується кругла, щільна частина плоду балотується, в правій - велика м'яка частина плода, що не балотується. Серцебиття плоду прослуховується на рівні пупка.

Яке положення, позиція і передлежання плода?

- A. Поперечне положення, II позиція, відсутня передлегла частина.
- B. Косе положення, I позиція, відсутня передлегла частина.
- C. Поздовжнє положення, I позиція, головне передлежання.
- D. Поперечне положення, I позиція, відсутня передлегла частина
- E. Поперечне положення, II позиція.

Правильні відповіді: 1 – B, 2 – B; 3 – D

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

Зміст завдання (завдання, клінічні ситуації і тощо):

Інтерактивне завдання:

Здобувачів розділити на 3 підгрупи. Працюємо у кабінетах жіночої консультації з вагітними пацієнтками у різні терміни вагітності, даємо завдання:

Завдання для підгруп

I підгрупа. Зібрати акушерсько-гінекологічний та соматичний анамнез у вагітної, визначити перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень, встановити попередній і клінічний діагноз захворювання

II підгрупа. Скласти план лікування жінки та визначити тактику ведення.

III підгрупа. Оцінити правильність відповідей I та II підгруп, при необхідності ввести корективи.

Нетипові ситуаційні задачі

1. До лікаря в жіночій консультації звернулася жінка 37 років зі скаргами на відсутність менструації протягом 3,5 місяців, набухання і болючість молочних залоз, підвищення апетиту. У пацієнтки менструації з 13 років, встановилися відразу, по 3-4 дні, через 21 день, безболісні, в значній кількості. Останні три роки менструації не регулярні, відзначає затримки на 1,5 - 2 місяці, до лікаря не зверталася. Статеве життя з 19 років. В анамнезі один самовільний викидень в термінах 8-9 тижнів і одні передчасні пологи в 35-36 тижнів, без ускладнень.

На момент огляду: пацієнтка правильної статури, помірного харчування. Шкірні покриви і видимі слизові звичайного окрасу, чисті. АТ - 120/80 мм

рт.ст. на обох руках, пульс - 76 ударів на хвилину, задовільних властивостей. З боку внутрішніх органів патології не виявлено.

Піхвове дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, слизова піхви і шийки матки ціанотична, тіло матки в гіперантефлексії, перешийок розм'якшений, дно пальпується посередині між пупком і лобковим симфізом, при пальпації матка тонізується. Придатки не пальпуються, склепіння вільні. Виділення слизові, у незначній кількості.

Завдання:

1. Встановіть діагноз.
2. На чому заснований лабораторний метод визначення вагітності?
3. В які терміни проводиться біохімічний скринінг, які параметри при цьому оцінюються?

Відповідь:

1. Діагноз. Вагітність III, 15 - 16 тижнів.
2. Лабораторний метод діагностики вагітності ґрунтується на визначенні в плазмі крові або сечі ХГЛ (β - субодиницю ХГЛ). Для лікарів, більш необхідним являється визначення ХГЛ в крові та УЗД органів малого тазу, чи відповідають вони терміну вагітності.
3. Біохімічний скринінг проводиться: I триместру на термінах вагітності від 11 тижнів + 1 день до 13 тижнів + 6 днів (РАРР-А, вільний β -ХГ); II триместру на термінах 16 - 20 тижнів. (АФП + вільний β - ХГ [double-test], або АФП + вільний β - ХГ + вільний естріол [triple-test]) з розрахунками індивідуального ризику наявності хромосомної і деякої вродженої патології плода (при інформованій згоді - всім або за показаннями). Жінкам, які пройшли біохімічний скринінг у I триместрі вагітності і не були включені до груп високого ризику, рекомендується у II триместрі визначати лише рівень АФП.

Нетипова задача 2.

Повторновагітна жінка поступила в акушерський стаціонар по направленню лікаря жіночої консультації. Вагітна перебуває на диспансерному обліку по вагітності з терміну 11 тижнів. Вагітність друга. Перша вагітність закінчилася пологами в термін. В даний час термін вагітності складає 30-31 тиждень. Перша половина вагітності ускладнилася загрозою переривання, проведена зберігаюча терапія в гінекологічному відділенні пологового будинку. При надходженні скарг не пред'являє. АТ - 120/70 мм рт.ст., пульс - 78 уд./хв., задовільних властивостей. Набряків немає.

Акушерський статус: матка в нормальному тонусі, відповідає терміну вагітності, ОЖ - 89 см, ВДМ - 30 см. Положення плода поздовжнє, голівка пальпується над входом в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 136 уд./хв., вислуховується праворуч у пупка. Ворушіння плода відчуває добре. В загальному аналізі крові гемоглобін 110 г/л, лейкоцити - 7×10^9 /л, ШОЕ - 29 мм/год.

В аналізі сечі: відносна щільність 1015, білок – відсутній, лейкоцити 0-2 в п/зору., еритроцити 1-2 в п/зору.

Завдання:

1. Поставте діагноз. Вкажіть достовірні ознаки, що підтверджують вагітність.
2. Скільки разів і в які терміни необхідно проводити УЗД при нормальному перебігу вагітності?
3. В якому терміні вагітності оформляється допологова декретна відпустка? Яка її тривалість?

Відповідь:

1. Діагноз: Вагітність II, 30-31 тиждень. Поздовжнє положення, головне передлежання, II позиція, передній вид.
2. Перше УЗД - у строки вагітності від 11 тижнів. + 1 день - 13 тижнів. + 6 днів вагітності. Друге - в термін вагітності 18 - 21 тижнів. Проведення третього УЗД визначається індивідуально.
3. Допологова декретна відпустка видається тільки працюючим жінкам при вагітності терміном 30 тижнів. Тривалість допологової декретної відпустки 70 днів.

Нетипові тестові задачі:

1. Вагітна в терміні 36 тижнів в положенні лежачі на спині викazuje скраги на кволість, утруднення дихання. Під час огляду в положенні на спині через 5 хвилин визначається задуха до 24 в хвилину, зниження артеріального тиску до 70/50 мм рт. ст; в положенні на боку ЧДР 20 в хвилину, артеріальний тиск 115/65 мм рт. ст.

Вкажіть причину даного стану.

- A. Синдром сдавлення нижньої полої вени
- B. Нейроциркуляторна дістонія по гіпотонічному типу
- C. Гіповолемія
- D. Прееклампсія
- E. Еклампсія

2. В жіночу консультацію звернулась вагітна з доношеною вагітністю: положення плода поздовжнє, головне передлежання, голівка притиснута до входу в малий таз. ОЖ – 100 см, ВСДМ – 38 см.

Визначте передбачувану масу плода по формулі Лебедева.

- A. 2800 г
- B. 3800 г
- C. 4500 г
- D. 3500 г
- E. 4000 г

Вірні відповіді: 1- A. 2-B.

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтирні карти для формування практичних умінь і навичок і.т.д.)

1. Запліднення і розвиток плідного яйця.

Статеві клітини, на відміну від соматичних, містять гаплоїдний набір хромосом. Чоловічі статеві клітини (гамети) мають хромосоми X або Y, жіночі статеві клітини - тільки хромосоми X.

- 1.1. Гаметогенез.
- 1.2. транспорт сперматозоїдів
- 1.3. транспорт яйцеклітини
- 1.4. Дроблення.
- 1.5. Імплантація
- 1.6. Критичні періоди розвитку ембріона і плоду.

2. Плацента, її будова і функції.

- 2.1. Будова плаценти.
- 2.2. Функції плаценти.

3. Вплив шкідливих факторів на ембріон і плід.

- 3.1. Порушення розвитку ембріона і плоду поділяють на такі групи
- 3.2. Шкідливі фактори, що впливають на плід:

4. Фізіологічні зміни в організмі жінки під час вагітності

- 4.1. Психологічні стани
- 4.2. Дискомфортні стани
- 4.3. Імунна система
- 4.5. Центральна нервова система
- 4.6. Серцево-судинна система
- 4.7. система крові
- 4.8. Шлунково-кишковий тракт
- 4.9. Обмін речовин
- 4.10. нирки
- 4.11. геніталії
- 4.12. Маса тіла
- 4.13. Кістково-м'язова система

Топографія плода в матці.

Для уточнення розташування внутрішньоутробного плода в акушерстві запропоновані наступні терміни: членорозташування, положення, позиція, вид і передлежання.

Членорозташування (habitus) - відношення кінцівок і голівки плоду до його тулуба. При нормальному членорозташуванні тулуб плода зігнутий, голівка нахилена до грудної клітки, ніжки зігнуті в тазостегнових і колінних суглобах і притиснуті до живота, ручки схрещені на грудній клітці.

Положення плода (situs) - відношення осі плода до осі (длиннику) матки. Ось плода - лінія, що проходить по спинці від потилиці до куприка.

Варіанти положення плода:

1. поздовжнє положення - вісь плода збігається з поздовжньою віссю

матки;

2. поперечне положення - вісь плода і вісь матки перетинаються під прямим кутом; обидві великі частини плода розташовані над *crista iliaca*;

3. косе положення - вісь плода і вісь матки перехрещуються під гострим кутом, при цьому головка або тазовий кінець плода розташовані в одній з клубових ділянок, тобто нижче гребеня клубової кістки.

Позиція плода (*positio*) - відношення спинки плода до лівої (перша позиція) або до правої (друга позиція) сторони матки при поздовжньому положенні. При поперечному і косому положенні плода позицію визначають по відношенню голівки плоду до правої або лівої сторони матки (перша позиція - голівка в лівій стінці матки, друга - в правій).

Вид плода (*visus*) - відношення спинки плода до передньої і задньої стінки матки

1. передній вид - спинка плода звернена кілька кпереди;

2. задній вид - спинка плода звернена кілька кзади

Предлежання плода (*praesentatio*) - відношення найнижче розташованої великої частини плода до родового каналу (до входу в малий таз). При поздовжніх положеннях має місце або головне (96%) або тазове предлежання (3,5%).

Алгоритм ведення вагітних сімейним лікарем

Візит до сімейного лікаря:

1-ий візит (Бажано до 12 тижнів вагітності)

Оформлення медичної документації. Заповнення жінкою анкети вагітної.

Збір анамнезу. Виявлення факторів ризику гестаційного діабету. Виявлення факторів ризику прееклампсії. Оцінка показань до направлення на медико-генетичну консультацію. Оцінка умов праці. Загальний огляд. Пальпація щитовидної залози. Аускультация серця. Аускультация легенів. Огляд та пальпація молочних залоз. Пальпація лімфатичних вузлів. Вимірювання артеріального тиску. Вимірювання пульсу. Вимірювання температури тіла. Визначення зросту. Визначення маси тіла. Визначення індексу маси тіла. Гінекологічний огляд: УЗД в терміні вагітності від 11+1 день до 13 тижнів та 6 днів (визначення терміну вагітності, вимірювання комірцевого простору та виявлення УЗ маркерів вродженої та хромосомної патології). Призначення лабораторного обстеження: Загальний аналіз сечі, включаючи тест на наявність білка. Посів сечі. Група крові та резус-фактор - наявність резус-антитіл. Загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів - Серологічне обстеження на сифіліс (перше) - Тест на ВІЛ-інфекцію (перший) - Тест на наявність HbsAg. Мазок на цитологічне дослідження. Мазок на флору. Заповнення вагітною інформованої згоди.

2 -ий візит (не пізніше 2 тижнів після 1-го візиту) Оцінка та обговорення результатів обстежень з вагітною. Якщо рівень гемоглобіну в загальному аналізі крові складає менш ніж 110 г/л, обговоріть з жінкою питання необхідності раціонального харчування (вживання м'яса, бобових, зелених

овочів, цитрусових) та доцільність прийому препаратів заліза. Якщо у вагітної Rh-негативний, а у батька майбутньої дитини Rh- позитивний тип крові, у разі відсутності у неї антитіл, обговоріть необхідність введення їй анти-резус імуноглобуліну в 28-32 тижні вагітності. Обстеження вагітної: вимірювання артеріального тиску вимірювання пульсу, вимірювання температури тіла лабораторне обстеження: загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка, УЗД в терміні вагітності від 18 тижнів до 20 тижнів та 6 днів (визначення структурних аномалій плода). Обговорення даних, занесених в щоденник самопочуття вагітної з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів.

3 -ий візит (19-21 тиждень вагітності, після проходження другого УЗД). Надання розгорнутої інформації щодо результатів попереднього УЗД. Обстеження вагітної: вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми, вимірювання артеріального тиску, вимірювання пульсу вимірювання температури тіла. Направлення на обстеження: тест на ВІЛ-інфекцію (другий, в 22-23 тижні вагітності) - загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка. Обговорення даних, занесених в щоденник самопочуття вагітної з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів.

4 -ий візит (25-26 тижнів вагітності). Надання розгорнутої інформації щодо: всіх отриманих результатів обстежень необхідності проведення обстежень перед оформленням відпустки по вагітності та пологам. Обстеження вагітної: вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми вимірювання артеріального тиску, вимірювання пульсу, вимірювання температури тіла огляд нижніх кінцівок аускультация серцебиття плода. Направлення на обстеження: загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів в 29 тижнів - серологічне дослідження на сифіліс (друге) в 29 тижнів - наявність резус-антитіл (при Rh- негативній належності крові у вагітної та Rh- позитивній у батька майбутньої дитини) - загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка - двогодинний тест толерантності до глюкози всім вагітним. Обговорення даних, занесених в щоденник самопочуття вагітної з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів. Надання вагітній адрес пологових будинків (відділень) та їх номерів телефонів, куди можна негайно звернутись за медичною допомогою. Призначення анти-резус імуноглобуліну.

5-ий візит (30 тижнів вагітності). Надання розгорнутої інформації щодо всіх отриманих результатів обстежень. Обговорення даних, занесених в щоденник самопочуття вагітної з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів. Підготовка до пологів та народження дитини, партнерських пологів. Якщо рівень гемоглобіну в загальному аналізі крові складає менш ніж 110 г/л, обговоріть з жінкою питання необхідності прийому препаратів заліза. Обстеження вагітної: огляд та пальпація молочних залоз вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми вимірювання артеріального тиску вимірювання пульсу (частота, ритмічність) вимірювання температури тіла огляд нижніх кінцівок аускультация серцебиття плода.

Лабораторне обстеження: загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка.

6-ий візит (34 - 35 тижнів вагітності) Обстеження вагітної: вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми вимірювання артеріального тиску вимірювання пульсу, вимірювання температури тіла огляд нижніх кінцівок аускультация серцебиття плода Лабораторне обстеження: загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка. Надання розгорнутої інформації щодо всіх отриманих результатів обстежень Обговорення даних, занесених в щоденник самопочуття вагітної з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів та необхідності своєчасного звернення за медичною допомогою. Надайте адреси пологових будинків (відділень) та номери телефонів куди може звернутись жінка.

7 -ий візит (38 тижнів вагітності) Обстеження вагітної: вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми вимірювання артеріального тиску вимірювання пульсу (частота, ритмічність) вимірювання температури тіла огляд нижніх кінцівок аускультация серцебиття плода Лабораторне обстеження: -загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка. Надання розгорнутої інформації щодо: дій жінки у разі початку пологової діяльності, вилиття навколоплідної рідини або появи можливих загрозливих симптомів; післяпологової контрацепції Обговоріть дані занесені в щоденник самопочуття вагітної. Надайте адреси пологових будинків (відділень) та номери телефонів куди повинна звернутись жінка за своєчасною медичною допомогою.

8 -ий візит (40 тижнів вагітності) Обстеження вагітної: вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми вимірювання артеріального тиску вимірювання пульсу (частота, ритмічність) вимірювання температури тіла огляд нижніх кінцівок аускультация серцебиття плода Лабораторне обстеження: загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка Надання розгорнутої інформації щодо: -можливих дій при переношеній вагітності, -післяпологової контрацепції -адрес пологових будинків (відділень) та номерів телефонів куди може звернутись жінка за своєчасною медичною допомогою. Обговоріть дані занесені в щоденник самопочуттів вагітної.

9 – ий візит (41 тиждень вагітності) Обстеження вагітної: вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми вимірювання артеріального тиску вимірювання пульсу (частота, ритмічність) вимірювання температури тіла огляд нижніх кінцівок аускультация серцебиття плода Лабораторне обстеження: загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка Надання розгорнутої інформації щодо: -можливої подальшої тактики ведення вагітності (індукція пологової діяльності або «очікувальне» ведення, обговорення позитивних та негативних наслідків кожного з варіантів) - післяпологової контрацепції. -адрес пологових будинків (відділень) та та номерів телефонів куди може звернутись жінка за своєчасною медичною допомогою Обговоріть дані занесені в щоденник самопочуття вагітної.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок.

- Провести консультування жінки.
- Оцінити стан жінки
 - Збір анамнезу (загального, включаючи психічні захворювання, акушерського, гінекологічного, стан здоров'я батька дитини).
 - Огляд і пальпація молочних залоз, вимірювання висоти стояння дна матки із занесенням даних в гравідограми; вимірювання артеріального тиску, пульсу (частота, ритмічність), температури тіла вимірювання маси тіла (всім вагітним при кожному візиті) огляд нижніх кінцівок на наявність варикозного розширення вен, аускультація серцебиття плода (всім вагітним з 25-26 тижня вагітності).
 - внутрішнє обстеження
 - Лабораторні дослідження:
 - Тест на ВІЛ-інфекцію (перший при постановці на облік, другий в 22-23 тижні вагітності). Якщо результат тесту позитивний - повторне обстеження не призначається. У разі першого звернення вагітної у терміні пізніше 23 тижнів - їй негайно призначається тестування крові на ВІЛ і у разі отримання негативного результату, повторне обстеження проводиться не пізніше 32 тижнів вагітності. У разі першого звернення вагітної пізніше 30 тижнів вагітності - їй негайно призначається тестування крові на ВІЛ і у разі отримання негативного результату, повторне обстеження проводиться експрес-методом в пологах
 - УЗ-обстеження: Перше - в терміні вагітності від 11 тижнів. + 1 день - 13 тижнів + 6 днів вагітності; Друге - в терміні вагітності 18-21 тижнів. Проведення третього планового УЗД визначається індивідуально (висока група ризику вродженої вади серця або ін.).
- Усна розповідь про проведення досліджень і оцінки стану пацієнтки
- Аналіз і обговорення результатів обстеження
- Мультимедійна презентація по темі заняття.

Тестові завдання КРОК-2:

1. Вагітна В., 24 років з обтяженим акушерським анамнезом поступила у відділення патології вагітних. На 12 тижні вагітності знаходилася на стаціонарному лікуванні з приводу загрози викидня. Після проведеного лікування виписана зі збереженою вагітністю. Вагітність четверта, перші три закінчилися мимовільними абортами на 14, 16 та 20 тижні вагітності. Матка знаходиться на середині між пупком і лобком. Піхвове дослідження: шийка матки вкорочена до 2,0 см, цервікальний канал вільно пропускає палець. Матка відповідає 16 тижню вагітності. Виділення слизові. Діагноз?

- A. Загроза мимовільного аборт
- B. Загроза передчасних пологів
- C. Істміко-цервікальна недостатність
- D. Мимовільний аборт, що розпочався
- E. Неповний самовільний аборт

2. Впершенароджуюча, пологи тривають 16 годин. Води вилилися 2 години тому. Головне передлежання, серцебиття плоду 90 удхв., ритмічне. Розкриття шийки матки повне, голівка перебуває у виході з малого тазу. Стрілоподібний шов у прямому розмірі, мале тім'ячко у лона. Яка тактика лікаря?

- A. Медикаментозний сон
- B. Призначити родопідсилення
- C. Кесарський розтин
- D. Накласти порожнинні акушерські щипці
- E. Накласти вихідні акушерські щипці

3. Породілля 28 років, вагітність шоста, пологи другі, маса новонародженого 4500,0. Послід відокремився і виділився самостійно через 7 хв. після народження плоду, цілий. Крововтрата 350 мл. Через 5 хв. кровяні виділення підсилилися, при зовнішньому масажі матка м'яка, скорочується і знову розслаблюється, кровотеча продовжується. Ваш діагноз?

- A. Розрив матки
- B. Розрив шийки матки ііі ступеню
- C. Затримка частки плаценти
- D. Атонічна кровотеча
- E. Гіпотонічна кровотеча

Вірні відповіді: 1-С, 2-Е, 3-Е.

Нетипові ситуаційні питання:

- 1. Поняття «фізіологічна вагітність»
- 2. Зміни в ендокринній системі, які відбуваються при вагітності.
- 3. Зміни в статевих органах і молочних залозах, які спостерігаються при вагітності.
- 4. Сумнівні ознаки вагітності і їх діагностична цінність.
- 5. Ймовірні ознаки вагітності і їх діагностична цінність.
- 6. Діагностика вагітності в ранні терміни.
- 7. Діагностика вагітності в пізні терміни.

ТЕМА

«РАННІ ГЕСТОЗИ. ГІПЕРТЕНЗИВНІ РОЗЛАДИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ»

Мета: Ознайомити здобувачів вищої освіти з акушерськими ускладненнями: ранніми гестозами, гіпертензивними розладами під час вагітності, преєклампсією, еклампсією, рідкісними формами гестозів.

Навчити діагностувати і надавати невідкладну допомогу при тяжкій преєклампсії та еклампсії.

Основні поняття: Ранні гестози. Гіпертензивні розлади під час вагітності. Набряки під час вагітності. Протеїнурія під час вагітності. Преєклампсія. Еклампсія. HELLP-синдром. Клініка, діагностика, профілактика.

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

Гіпертензивні розлади під час вагітності за даними Європейського кардіологічного товариства є найпоширенішими медичними ускладненнями, які спостерігаються у 5–10% вагітностей у всьому світі. Вони залишаються основною причиною захворюваності та смертності матерів, плодів та новонароджених. Ризики для матері включають передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, інсульт, поліорганну недостатність та синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові. Плід має високий ризик затримки внутрішньоутробного росту (25% випадків преєклампсії), недоношеності (27% випадків преєклампсії) та внутрішньоутробної смерті (4% випадків преєклампсії).

Ранні гестози розвиваються на ранніх етапах ембріогенезу, часто сприяють виникненню інших форм акушерської (гіпотонії, анемії вагітних, загрози переривання вагітності, пізніх гестозів) і перинатальної (гіпоксія, дефекти розвитку плода) патології, несприятливо впливають на формуванні умов, необхідних для нормальної адаптації організму вагітної до наявності плодового яйця в матці.

2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, тестування онлайн, фронтальне опитування тощо).

• **Вимоги до знань:**

- навички комунікації та клінічного обстеження пацієнта;
- здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати;
- здатність встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання;
- здатність визначати необхідний режим праці та відпочинку при лікуванні та профілактиці захворювань;
- здатність визначати характер харчування при лікуванні та профілактиці захворювань;
- здатність визначати принципи та характер лікування та профілактики

- захворювань;
- здатність діагностувати невідкладні стани;
- здатність визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу;
- здатність виконувати медичні маніпуляції.

Перелік дидактичних одиниць:

- Ранні гестози.
 - Гіпертензивні розлади під час вагітності.
 - набряки під час вагітності.
 - Протеїнурія під час вагітності.
 - Пreeклампсія.
 - Еклампсія.
 - HELLP-синдром.
 - Клініка, діагностика, профілактика.
- ***Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою семінару:***

Питання:

- Ранні гестози: визначення, етіологія і патогенез, класифікація, клінічні прояви, діагностика, принципи лікування.
- Гіпертензивні розлади під час вагітності: визначення, клінічний супровід вагітних.
- Пreeклампсія: визначення, нові та потенційні фактори ризику пreeклампсії, патогенез, класифікація, клінічні симптоми та особливості клінічного супровіда пацієнток в залежності від ступеня тяжкості пreeклампсії.
- Алгоритм дії медичного персоналу при тяжкій пreeклампсії.
- Еклампсія: визначення, клінічні прояви, алгоритм ведення та призначень при еклампсії.
- Моніторинг стану вагітної під час проведення терапії магнію сульфату.
- HELLP-синдром: визначення, клінічні прояви, методи діагностики, диференційна діагностика, сучасні принципи лікування.

Типові ситуаційні задачі:

1. У гінекологічний стаціонар поступила хвора 23 років з вагітністю 7-8 тижнів зі скаргами на постійну нудоту, блювоту 15-20 разів на добу, відсутність апетиту, втрату свідомості, зниження маси тіла, підвищення температури до 37,5°C. Визначається ектеричність склер та шкіри, гіпотонія, тахікардія до 120 уд./хв., запах ацетону з рота, діурез знижений, ацетонурія, циліндрурія, гіпербілірубінемія. Остання менструація - більше 2 місяців тому. Проведена протягом 4 діб терапія не призвела до поліпшення стану вагітної.

Завдання: Назвіть найбільш раціональну тактику подальшого ведення вагітної.

Відповідь: Переривання вагітності.

Першовагітна 28 років надійшла з інтенсивною родовою діяльністю. Скарги на головний біль, порушення зору, загальмованість. АТ – 180/110 мм рт. ст. Виражені набряки ніг, передньої черевної стінки. Серцебиття плоду ясне, ритмічне, 160 уд. за хв. При внутрішньому дослідженні: відкриття шийки матки повне, плодовий міхур відсутній. Голівка плоду в порожнині малого тазу.

Завдання: Яка тактика ведення даної пацієнтки?

Відповідь: Лікування тяжкої преєклампсії, термінове розродження за допомогою порожнинних акушерських щипців.

3. Вагітна, 18 років, термін вагітності 37 тижнів, поступила до пологового будинку зі скаргами на постійний головний біль, погіршення зору, мерехтіння перед очима, біль в епігастральній ділянці, генералізовані набряки. АТ 170/130 мм рт. ст., білок в сечі 3 г/л. Визначається ЗРП 1 ступеня.

Завдання: Яка тактика ведення даної пацієнтки?

Відповідь: Госпіталізація до ВРІТ, магnezіальна терапія, антигіпертензивна терапія, інфузійна терапія за показами. Розродження на протязі 24 годин після стабілізації гемодінаміки.

4. Повторновагітна 40 років доставлена в пологовий будинок у терміні гестації 34 тижнів зі скаргами на головний біль, нудоту, запаморочення. Страждає на гіпертонічну хворобу з 37 років, лікувалася в стаціонарі та амбулаторно. Протягом всієї вагітності артеріальний тиск був підвищеним. При надходженні: АТ - 160/100 мм рт. ст. на обох руках, білок в сечі - 3.0 г/л.

Завдання: Встановіть правильний діагноз і дайте визначення цієї патології.

Відповідь: Поєднана преєклампсія - поява протеїнурії після 20 тижнів вагітності на тлі хронічної гіпертензії.

Типові тестові завдання:

1. Вагітна 25 років доставлена в пологовий будинок. Із слів родичів, вдома відбулися три напади судом. Епілепсією не страждала. Об'єктивно: вагітна без свідомості, АТ на правій і лівій руках 190/120 мм рт. ст., на нижніх і верхніх кінцівках набряки. Термін вагітності 35 тижнів. Ваш діагноз?

- А. Еклампсія
- В. Епілепсія
- С. Діабетична кома
- Д. Гостра ниркова недостатність
- Е. Преєклампсія

2. Вагітна 35 років при в терміні гестації 34-35 тижнів, скаржиться на головний біль. АТ -160/100 мм рт. ст. Аналіз сечі в нормі. Набряків немає. З 16 років страждає підвищенням артеріального тиску. Ваш діагноз?

- А. Астено-невротичний синдром
- В. Хронічна гіпертензія
- С. Гестаційна гіпертензія

- D. Помірна прееклампсія
- E. Тяжка прееклампсія

3. У вагітної при терміні гестації 37 тижнів генералізовані набряки, АТ - 170/120 мм рт. ст., протеїнурія - 4 г/л. При УЗД виявлена гіпотрофія плоду. Яка патологія обумовлює таку клінічну картину?

- A. Астено-невротичний синдром
- B. Хронічна гіпертензія
- C. Гестаційна гіпертензія
- D. Помірна прееклампсія
- E. Тяжка прееклампсія

4. Першовагітна 28 років поступила з пологовою діяльністю. Скарги на головний біль, порушення зору. АТ - 180/110 мм рт. ст., значні набряки нижніх кінцівок, передньої черевної стінки. Серцебиття плоду ясне, ритмічне - 148 уд./хв. При внутрішньому акушерському дослідженні: відкриття шийки матки повне, головка плоду на тазовому дні. Виберіть тактику проведення пологів?

- A. Консервативне проведення пологів
- B. Стимуляція пологової діяльності
- C. Операція накладення акушерських щипців
- D. Кесаревий розтин
- E. Плродоруйнівна операція

5. Вагітна в терміні 9-10 тижнів скаржиться на блювання до 15 разів на добу, значне слиновиділення. За 2 тижні вага тіла зменшилася на 5 кг. АТ - 100/60 мм рт. ст., пульс 110 уд./хв. Шкіра суха, бліда. Вагітна психічно лабільна. Діурез понижений. Ваш діагноз?

- A. Блювота вагітних легкого ступеня тяжкості
- B. Блювота вагітних середнього ступеня тяжкості
- C. Надмірна блювота вагітних
- D. Харчова токсикоінфекція
- E. Холецистопанкреатит

Вірні відповіді: 1 – А; 2 – В; 3 – Е; 4 – С; 5 – С.

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

• Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо):

Інтерактивне завдання:

Здобувачів розділити на 3 підгрупи. Працюємо у кабінетах жіночої консультації з вагітними пацієнтками у різні терміни вагітності, даємо завдання:

Завдання для підгруп

I підгрупа. Зібрати акушерсько-гінекологічний та соматичний анамнез у вагітної, визначити перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень, встановити попередній і клінічний діагноз захворювання

II підгрупа. Скласти план лікування жінки та визначити тактику ведення.

III підгрупа. Оцінити правильність відповідей I та II підгруп, при необхідності ввести корективи.

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Вагітна Н, 29 років, надійшла у відділення патології вагітних в 34-35 тижнів гестації за направленням сімейного лікаря. Дана вагітність перша. Перебуває на обліку з 10 тижнів вагітності. З 29 тижнів відзначає підвищення артеріального тиску до 130/90 - 140/90 мм рт. ст. Супутня патологія - хронічний пієлонефрит з ремісією протягом 5 років. При надходженні скарг немає. АТ 150/100 мм рт. ст. на обох руках. Матка у нормальному тонусі, висота дна матки складає 34 см вище лона, обвід живота - 94 см. Передлежить голівка плода, пальпується над входом в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, вислуховується зліва нижче пупа. Набряки гомілок та стоп. Білок сечі - 0,9 г/л.

Завдання:

1. Встановіть діагноз.
2. Які додаткові методи дослідження необхідні для підтвердження діагнозу?
3. Яка лікарська тактика в даному випадку?

Відповідь:

1. Вагітність I, 34 - 35 тижнів. Положення плода поздовжнє, позиція I, передній вид, головне передлежання. Помірна прееклампсія. Хронічний пієлонефрит в ст. ремісії.

2. Необхідне додаткове обстеження: загальний аналіз крові (гематокрит, тромбоцити), коагулограма (фібриноген, АЧТЧ, ПТІ), аналіз крові біохімічний (загальний білок, білірубін, АлАТ, АСТ, креатинін, сечовина, сечова кислота плазми, електроліти (калій, натрій)); аналіз сечі загальний, визначення добової протеїнурії; ЕКГ, консультація терапевта, невропатолога, окуліста; моніторинг стану плода (УЗД для оцінки росту плода та об'єму навколоплідних вод, доплерометрія артерії пуповини, БПП, КТГ).

3. Госпіталізація, відпочинок в положенні лежачи на лівому боці, звичайний харчовий режим із збільшенням споживанням білків. АТ повинен вимірюватися 4 рази на добу. Креатинін, електроліти, ЗАК (тромбоцити), трансамінази, білірубін (2-3 рази на тиждень). Критерії початку АГТ: АТ $\geq$ 150/100 мм рт. ст., за наявності додаткових ознак тяжкості ПЕ початок гіпотензивної терапії при АТ $\geq$ 140/90 мм рт. ст. Початкова терапія може розпочинатись з одного з препаратів АГТ: метилдофа, бета-адреноблокатор або ніфедипін. Цільовий рівень АТ: сАТ 130-150 мм рт. ст., дАТ 80-95 мм рт.ст. Якщо стан пацієнтки стабільний - консервативне розродження після 37 тижнів вагітності. При погіршенні стану - негайне розродження.

2. В пологовий будинок поступила жінка, що народжує вперше, 34 років зі скаргами на головний біль, запаморочення, миготіння "мушок" перед очима, набряки ніг, кистей рук.

При огляді: загальний стан важкий, загальмована. Артеріальний тиск 170/110 мм рт. ст. на лівій руці і 165/100 мм рт. ст. на правій. Матка відповідає 36 - 37 тижням вагітності, що узгоджується з передбачуваним терміном. Серцебиття плода ясне, ритмічне, вислуховується зліва нижче пупка. Набряки стоп, гомілок, кистей, передньої черевної стінки.

Внутрішнє акушерське дослідження: піхвова частина шийки матки вкорочена до 1,5 см, розм'якшена; цервікальний канал пропускає палець за внутрішнє вічко, тканини в області внутрішнього вічка ущільнені. Плодовий міхур цілий. Передлежить голівка плода, притиснута до входу в малий таз. Крижовий мис не досягається.

Дані додаткового обстеження: КТГ: БЧСС 152 уд/хв., амплітуда осциляцій > 10 уд/хв., частота миттєвих осциляцій > 6 у хв., акцелерацій 2, децелерацій немає. Рухи плода - більше 3, НСТ реактивний.

УЗД: Вагітність 36 тижнів, 3 дні (по менструації). Плід один в головному передлежанні. Серцебиття - +, рухи - 3, дихальні рухи > 30 сек. Розміри плода відповідають 34 - 35 тижням вагітності. Ехоструктури легенів - зрілі. Плацента по задній стінці, II ступеня зрілості. Кількість вод - норма. Аномалій розвитку плода немає.

Загальний аналіз сечі - білок 2,1 г/л. Добова протеїнурія - 6,5 г/добу.

Завдання:

1. Встановіть діагноз.
2. Як проводити динамічне спостереження за вагітною з тяжкою преєклампсією?
3. Яка лікарська тактика в даному випадку?

Відповідь:

1. Вагітність I, 35 - 36 тижнів. Положення плода поздовжнє, позиція I, передній вид, головне передлежання. Тяжка преєклампсія. ЗРП.
2. Загальний аналіз крові (гематокрит, тромбоцити), коагулограма (фібриноген, АЧТЧ, ПТІ), аналіз крові біохімічний (загальний білок, білірубін, АЛАТ, АСТ, креатинін, сечовина, сечова кислота плазми, електроліти (калій, натрій)); аналіз сечі загальний.

АТ повинен вимірюватися принаймі 4 рази на добу, або залежно від клінічної ситуації.

Креатинін, електроліти, ЗАК (тромбоцити), коагулограма, трансамінази, білірубін (щодня).

3. Госпіталізація до ВРІТ закладу, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

Розпочати протисудомну терапію (магнію сульфат).

Початкова антигіпертензивна терапія має починатись з ніфедипіну (у краплях або таблетках, які слід розжовувати), урапідилу парентерально або бета-адреноблокаторів парентерально. При високому АТ перевага надається

урапідилу. За наявності резистентної гіпертензії можливе використання клонідину або гліцерилу тринітрату (нітрогліцерин).

Цільовий рівень АТ має бути не нижче 150/100 мм рт.ст.

1. Розродження упродовж 24 годин після стабілізації стану гемодинаміки.

2.

Нетипові тестові задачі:

1. Вагітна С, 38 тижнів вагітності, під час чергового відвідування ЖК поскаржилася на головний біль, що турбує впродовж 4 днів. При вимірюванні АТ виявлено підвищення до 160/100 мм.рт.ст. Об'єктивно: набряки на ногах та руках. Яка НЕ повинна бути тактика лікаря ЖК?

- А. Направити до стаціонару пологового будинку.
- В. Визначити добову протеїнурію.
- С. Провести контроль вимірювання АТ через 4 години.
- Д. Призначити лікування амбулаторно.
- Е. Оцінити стан плода.

2. У вагітної С., 35 тижнів вагітності з'явився головний біль. В анамнезі – гіпертонічна хвороба II ст. впродовж 6 років. Об'єктивно: АТ 180/130 мм.рт.ст., набряки на ногах, руках та обличчі, висота дна матки не відповідає терміну вагітності. В аналізі сечі білок 3 г/л. Що НЕ потрібно вводити для надання невідкладної допомоги?

- А. Фуросемід.
- В. Ніфедипін.
- С. Магnezію сульфат.
- Д. Клонідин.
- Е. Урапідил.

3. У вагітної М., в 32 тижні з'явилися сильний головний біль, порушення зору, біль в епігастрії. На облік не була, не лікувалась. Виражені набряки тіла, обличчя турбують протягом 2 тижнів. АТ 190/100 мм рт.ст. З'явилися посмикування м'язів обличчя, судоми. Викликана „швидка допомога“. Куди госпіталізувати вагітну?

- А. В пологовий будинок.
- В. В неврологічне відділення.
- С. В кардіологічне відділення.
- Д. В нефрологічне відділення.
- Е. В інфекційне відділення.

4. Вагітна М. в 37 тижнів вагітності, скаржиться на затруднене дихання через ніс, загальну набряклість тіла протягом тижня. АТ 190/120 мм рт.ст. В сечі – білок 3 г/л. Від госпіталізації відмовлялась. Раптом у неї з'явилися посмикування м'язів обличчя, які перейшли у тонічні і клонічні судоми. В свідомість прийшла через 3 хвилини. Який діагноз у вагітної?

- А. Еклампсія.
- В. Екламптична кома.

- C. Епілептичний напад.
- D. Прееклампсія тяжкого ступеню.
- E. Екламптичний статус.

5. Лікар-терапевт був викликаний до жінки в терміні вагітності 37 тижнів, яка скаржиться на головні болі, набряки, утруднене дихання через ніс, “мерехтіння мушок” перед очима. Об’єктивно: генералізовані набряки. АТ 190/110 мм рт.ст., білок в сечі при її кип’ятінні. Який діагноз у вагітної?

- A. Помірна прееклампсія.
- B. Тяжка прееклампсія.
- C. Хронічна артеріальна гіпертензія.
- D. Гестаційна гіпертензія.
- E. Еклампсія.

Вірні відповіді: 1 – D, 2 – A, 3 – A, 4 – A, 5 – B

•Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтуючі карти для формування практичних вмінь та навичок тощо):

ДІЇ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ПРИ ПРЕЕКЛАМПСІЇ/ЕКЛАМПСІЇ

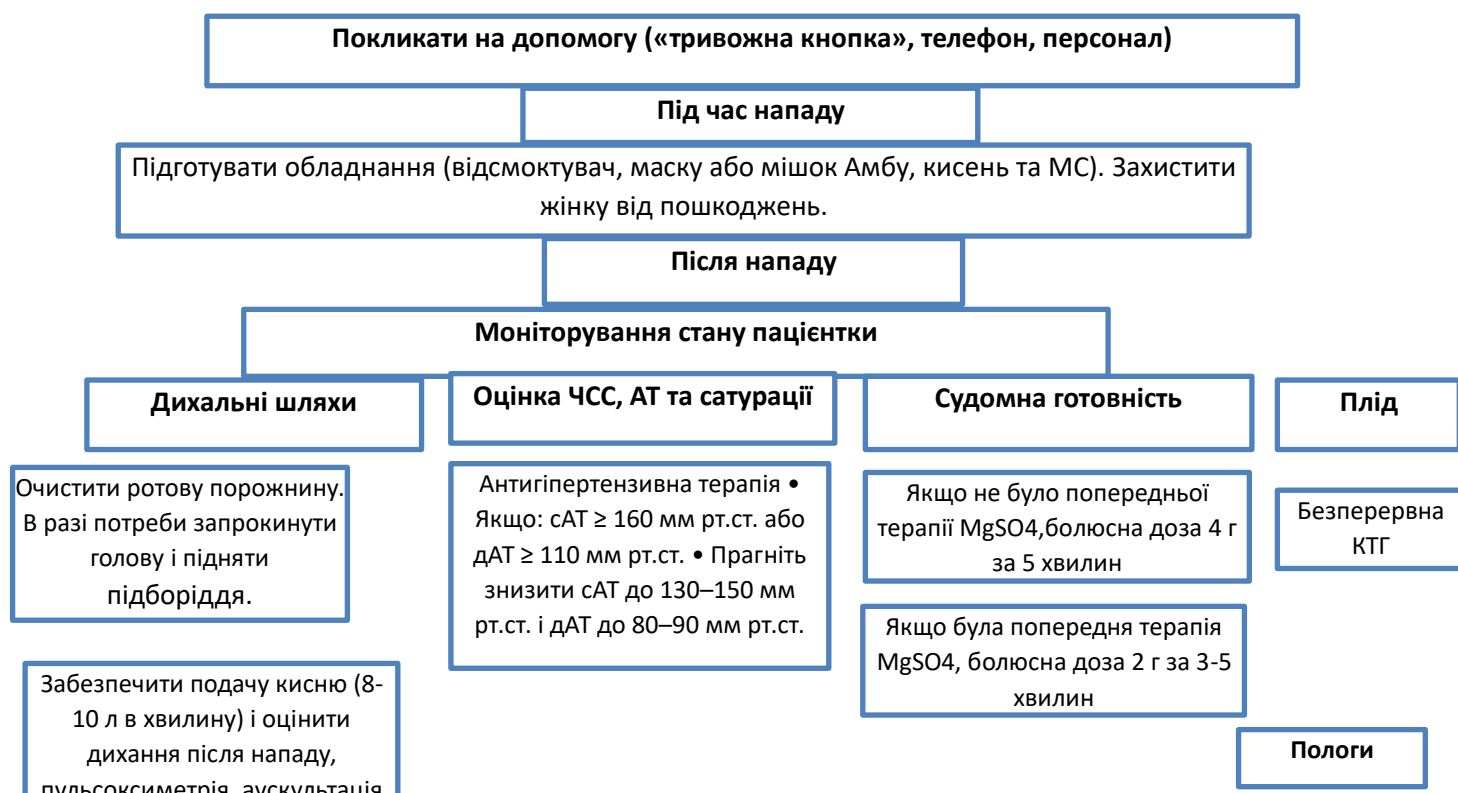
1.	Виміряти АТ, зафіксувати час звернення		Час, хв
2.	Забезпечити положення жінки лежачи при АТ $\geq 150/90$ мм рт. ст.		
	На лівому боці під кутом щонайменше 15 - 30° або ручне зміщення матки в лівий бік	Після судом – поза виживання та/або відновлення	
3.	Викликати чергових лікарів при АТ $\geq 150/90$ мм рт.ст. та/або судамах («тривожна кнопка», телефон, персонал)		
4.	Повідомити адміністрацію лікарні (старшого чергового лікаря, або районного акушера-гінеколога, або заступника головного лікаря по медичній допомозі)		
5.	Gg		
6.	Забір крові з периферичної вени для біохімічного аналізу (сечовина, креатинін, білірубін, загальний білок, АлАТ), коагулограми (фібриноген, АЧТЧ, ПТІ), резус-фактору (за відсутності), приліжковий тест.		
7.	Магнію сульфат- попередження судом та/або контроль судом*:		
	Болюс (навантаж. доза) + Підтримуючий режим:		Корекція дози:
	16 мл 25% розчину магнію сульфату(4 г)+ 34 мл 0,9% розчину натрію хлориду - при	30 мл 25% р-ну магнію сульфату(7,5 г) + 220 мл 0,9% розчину натрію хлориду:	ЧД > 16; кількість сечі > 25 мл / год. Продовжити інфузію магнію сульфату

	АТ>160/110 або клінічних ознаках тяжкої прееклампсії (головний біль, біль в епігастрії, блювання, порушення зору) – за 10-15 хв. - при судамах – за 5 хв. ** - при повторі судом – ½ дози (2 г) за 5 хв.***	<u>1 г/год. (= 10 крап./хв. = 0,5 мл/хв.)</u> (24 години після розродження або останнього приступу) Макс.добова доза – 32 г магнію сульфату Не припиняти введення магнію сульфату під час розродження!!!	ЧД > 16; кількість сечі 10– 25 мл/год. Дозу магнію сульфату зменшити в 2р.
			ЧД < 16; кількість сечі < 10 мл / год. Припинити інфузію магнію сульфату
При передозуванні магнію сульфату – припинити введення магнію сульфату та в/в ввести 10 мл 10% р-ну кальцію глюконату за 10 хв.!!!			
8.	Антигіпертензивна терапія:		
	АТ ≥ 150/90 мм рт.ст.	АТ ≥ 180/100-110 мм рт.ст.	
	Ніфедипін 1 табл. (10 мг) розжувати; повторити через 20 хвилин 20 мг, якщо неадекватна відповідь (макс.: 100 мг/доб.) або 3–5 крапель під язик; повторити через 5 хв., якщо неадекватна відповідь (макс.: 10–15 крапель/доб.). Метилдофа 250-500 мг 3-4 рази на добу. Після пологів – інгібітори АПФ	Урапідил. Болюс: 2 – 5 мл (10 – 25 мг) в/в. Не розводити !!! Можна повторити болюсну дозу ще двічі з інтервалом 2–5 хвилин до досягнення АТ 160–150/100–90 Підтримуючий режим: 20 мл урапідилу + 200 мл 0,9% розчину натрію хлориду (співвідношення 1:10) або для перфузора – 4 мл урапідилу + 40 мл 0,9% розчину натрію хлориду 6-9 мг / год. (= 7 крап./хв. = 0,33 мл/хв.) для утримання АТ 150/100-90 мм рт. ст.	
9.	Викликати лаборанта Обстеження СІТО! ЗАК (гемоглобін, тромбоцити). Катетеризація сечового міхура (після седації жінки) – ЗАС (білок) Викликати лікарів-консультантів (терапевт, невропатолог, окуліст) – за необхідності!		
10.	Моніторування стану жінки (дані фіксуються в листу спостереження) + Моніторування ЧСС плода кожні 15 хв. АБО безперервна КТГ		
	Дихальні шляхи	Оцінка АТ і ЧСС	Контроль балансу рідини Моніторинг при введенні магнію сульфату:

	При відсутності дихання – оцінити прохідність, очистити дихальні шляхи та при відновленні дихання - подача кисню через маску або канюлю 4 – 6 л/хв. При відсутності дихання – ШВЛ, Сатурація O ₂ , аускультация легень	При еклампсії або при АТ $\geq 160/110$ – кожні 15 хв. При стабілізації АТ - кожні 4 год.	Введення рідини 60 – 80мл/год. Контроль діурезу та випитої рідини Контроль ознак набряку легень – аускультация, рентген легень. При діурезі ≤ 100 мл за 3 – 4 год. – катетеризация центральної вени (під УЗ контролем) + моніторинг ЦВТ	Кожні 30 хв. – колінні рефлекси, ЧД Щогодини – АТ, ЧСС, діурез, Температура, неврологічний статус, сатурації O ₂ (не нижче 95%) Кожні 24 год. – ЕКГ
11.	Вирішити питання про розродження після стабілізації стану вагітної: Метилергометин не застосовувати! Кетамін не застосовувати!!!*			

Діазепам показаний при: 1) судомах, що розвинулись до 20 тижнів вагітності; 2) інтоксикації магнію сульфатом. ** Якщо була попередня терапія магнію сульфату – болюсна доза 2 г за 5 хв. *** Альтернативою повторній болюсній дозі магнію сульфату при повторенні судом є діазепам в/в 2 мл (10 мг), впродовж 2 хвилин в 10 мл 0,9% р-ну натрію хлориду. Якщо судомі відновились або не припинилися – повторити 2 мл (10 мг). При перевищенні дози 30 мг за 1 год. може виникнути пригнічення або зупинка дихання!
Максимальна доза – 100 мг за 24 години!

Алгоритм ведення та призначень при еклампсії



За умови розвитку апное негайно починають вентиляцію мішком Амбу.	Показання до інтубації	Підтримуюча доза $MgSO_4$, 1-2 г / год	Плануйте пологи якомога швидше
Після перевірки дихальних шляхів повернути жінку на лівий бік + положення Транделенбурга	1. Неефективність терапії 2. Екламптична кома, статус 3. Гострий дистресс 4. Поєднання з шоком 5. Прогресування гострої коагулопатії	При порушенні функції нирок Зменшити підтримуючу дозу сульфату магнію до 0,5 г/год	Спосіб розродження залежно від стану матері та плода
		Якщо судом не припиняються діазепам 5-10 мг в/в (2-5 мг за хв, max. 10мг), АБО мідозолам 5-10 мг в/в протягом 2-5 хв, АБО клоназепам 1-2 мг в/в протягом 2-5 хв.	Ретельний моніторинг стану плода Стабілізувати жінку до пологів Активне ведення III періоду Розглянуте карбетоцин, якщо ризик ППК Профілактика ВТЕ

• **Вимоги до результатів роботи:**

- Скласти план необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень при ранніх та пізніх гестозах;
- Оцінювати результати клініко-лабораторних та інструментальних досліджень при ранніх та пізніх гестозах;
- Встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання;
- Визначати характер харчування при лікуванні ранніх та пізніх гестозів;
- Призначати лікування при ранніх та пізніх гестозах в залежності від ступеня тяжкості;
- Діагностувати еклампсію та HELLP - синдром;
- Надавати екстрену медичну допомогу при тяжкій преєклампсії та еклампсії;

• **Матеріали контролю для заключного етапу заняття: задачі, завдання, тести тощо**

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Повторновагітна М., 30 років, надійшла в пологовий будинок зі скаргами на головний біль, біль в епігастральній ділянці, погіршення зору, набряки на нижніх кінцівках, передній черевній стінці. Термін вагітності 38 тижнів.
3. Менструації з 12 років, встановилися відразу по 4-5 днів, через 28 днів, в помірній кількості, безболісні. Статеве життя з 22 років.
4. Перша вагітність закінчилася медичним абортom за бажанням жінки при терміні вагітності 10 тижнів. Дана вагітність друга. Перша половина вагітності перебігала без ускладнень. В останні 3 тижні з'явилися набряки на ногах. Консультацію не відвідувала.
5. Загальний стан середнього ступеня тяжкості, збуджена, АТ 180/120, 175/115 мм рт. ст., набряки нижніх кінцівок, передньої черевної стінки. Положення плода поздовжнє, передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода приглушене, ритмічне, 150 уд/хв праворуч, нижче пупа. Під час зовнішнього акушерського дослідження лікар помітив фібрилярні сіпання мимічної мускулатури і верхніх кінцівок.
6. Аналіз крові: Нв - 126 г/л; Нт - 41%, тромбоцитів 155×10^9 /л. Аналіз сечі: протеїнурія 4,5 г/л, циліндрурія.

Завдання:

1. Встановіть діагноз.

2. Яка лікарська тактика в даному випадку?
3. З чим необхідно проводити диференційну діагностику при даній патології?
- 7.4. Протягом якого часу після пологів повинна тривати магнезіальна терапія?

Відповідь:

2. Вагітність II, 38 тижнів. Повздовжнє положення, головне передлежання. II позиція, передній вид. Еклампсія.

3. Тактика лікаря: зафіксувати час та покликати колег на допомогу; захистити жінку від пошкоджень, утримуючи її під час судом; підготувати обладнання (повітроводи, відсмоктувач, маска, мішок Амбу, кисень) та магнію сульфату для болюсного введення.

Після судом, за необхідності, електровідсмоктувачем очистити ротову порожнину та гортань. Провести аускультацию легень. Покласти жінку на рівну поверхню у положенні на лівому боці або зі зміщенням матки вліво на 15-20°. Забезпечити подачу кисню (100% кисень зі швидкістю 8-10 л за хв.), оцінити дихання після нападу судом, пульсоксиметрія, аускультация легень для виключення аспірації або набряку легень. За умови розвитку тривалого апное негайно розпочати примусову вентиляцію маскою з подачею 100% кисню. Якщо судом повторюються або хвора залишається у стані коми, вводять м'язові релаксанти (2 мг/кг суксаметонію) та переводять пацієнтку на штучну вентиляцію легень (ШВЛ). Після нападу негайно розпочати терапію магнієм сульфату (ввести болюс 4 г (16 мл 25% р-ну + 34 мл 0,9% розчину хлориду натрію) упродовж 5 хв. в/в, потім продовжувати по 1–2 г/год). Якщо напад повторюється, внутрішньовенно вводять ще 2 г (8 мл 25% розчину) протягом 3-5 хвилин, не використовувати діазепам в якості альтернативи магнію сульфату. Замість додаткового болюсу магнію сульфату можна використовувати діазепам 5-10 мг в/в (2-5 мг за хв, максимум 10мг), АБО мідозолам 5-10 мг в/в протягом 2-5 хв, АБО клоназепам 1–2 мг в/в протягом 2–5 хв. Провести АГТ (ніфедипін (у краплях або таблетках, які слід розжовувати), урапідил парентерально або бета-адреноблокатори парентерально) Прагнути знизити сАТ до 130–150 мм рт.ст. і дАТ до 80–90 мм рт.ст. Після нападу судом показане невідкладне розродження шляхом операції кесарів розтин.

4. Диференціальний діагноз проводять з епілепсією, гострим порушенням мозкового кровообігу, енцефалітом, менінгітом, розривом аневризми мозкових судин, істерією, уремичною комою.

5. Магнезіальна терапія повинна тривати не менше 48 годин після пологів.

Тестові завдання КРОК-2:

(2019 р.) 26-річна вагітна жінка доставлена до відділення невідкладної терапії на 36-му тижні вагітності зі скаргами на інтенсивний головний біль у лобній ділянці. При фізикальному обстеженні: артеріальний тиск 170/90 мм рт. ст., пульс 85/хв., частота дихання 15/хв., температура 36,9°C, набряки кінцівок. Серцебиття плоду 159/хв. Під час огляду у жінки розвивається напад генералізованих тоніко-клонічних судом. Який препарат лікар має ввести першочергово?

- A. Магнію сульфат *
- B. Діазепам
- C. Фенітоїн
- D. Ламотриджин
- E. Натрію вальпроат

(2019 р.) Жінка 27-ми років на 8-му тижні вагітності скаржиться лікарю, що за останні 8 днів вона відмічає тривалу нудоту та блювання майже після усіх прийомів їжі. За останній тиждень пацієнтка втратила 3 кг ваги. Зараз при рості 160 см жінка важить 46 кг. Пульс 100/хв., артеріальний тиск 90/50 мм рт. ст. При огляді відмічаються сухість слизових оболонок, зниження тургору шкіри та астенична статура. Гінекологічний огляд виявив розмір матки, що відповідає 8-му тижню вагітності, без патологічних змін. На УЗД виявлена вагітність одним плодом. Концентрація гемоглобіну 150 г/л. У загальному аналізі сечі виявлені кетонові тіла (+++). Що із перерахованого є найбільш доречним наступним кроком у веденні пацієнтки?

- A. Внутрішньовенне введення (3-адрено- блокаторів та парентеральне харчування
- B. Пероральний прийом антиеметиків та антихолінергічних препаратів
- C. Ендоскопічне дослідження та промивання шлунка
- D. Внутрішньовенна інфузійна терапія та призначення антиеметиків*
- E. Постільний режим та часте годування малими порціями

(2015 р.) Вагітна з терміном гестації 7 тижнів поступила у пологовий будинок у важкому стані зі скаргами на блювання до 20 разів на добу, слабкість, запаморочення, відразу до їжі. За вагітність маса зменшилася на 10 кг. Рс 105/хв., ритмічний, АТ 90/60 мм рт.ст., температура тіла 37,9°C. У крові: Нб-154 г/л, у сечі ацетон (++++)). Комплексна терапія, що проводиться, неефективна. Яка акушерська тактика?

- A. Переривання вагітності*
- B. Продовжити консервативну терапію гестозу
- C. Застосувати у лікуванні хворої плазмаферез
- D. Перевести хвору у гастроентерологічне відділення
- E. Продовжити лікування протягом 1 тижня, потім вирішити питання про можливість пролонгування вагітності

(2014 р.) Роділля 23-х років, II період своєчасних пологів. Почався напад еклампсії. При внутрішньому дослідженні: голівка плоду заповнює всю крижову западину, досягаючи тазового дна, стрілоподібний шов у прямому розмірі, мале тім'ячко звернене до лобка. Яка тактика ведення пологів на даному етапі?

- A. Накладання акушерських щипців*
- B. Кесарів розтин
- C. Консервативне ведення пологів з послідуною епізіотомією
- D. Інтенсивна терапія гестоза з продовженням консервативного ведення пологів
- E. Вакуумекстракція плоду

ТЕМА

«ФАРМАКОТЕРАПІЯ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ ПРИ ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ»

Мета: Ознайомити здобувачів вищої освіти із розвитком наукових поглядів на перинатальну охорону плода, даними про фізіологічний перебіг вагітності, засвоїти основні питаннями фармакотерапії, фармакокінетики і фармакодінамики лікарських препаратів під час вагітності.

Основні поняття:

Фармакотерапія під час вагітності при екстрагенітальних захворюваннях.

Вагітність при:

- захворюваннях серцево-судинної системи,
- хворобах органів сечовидільної системи;
- печінки та жовчного міхура,
- хворобах кровотворних органів,
- органів дихання,
- органів травної системи,
- ендокринної системи,
- нервової системи,
- органів зору,
- гострих та хронічних інфекційних хворобах,
- туберкульозу
- ВІЛ.

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

Організм вагітної жінки демонструє лікарям сімейної медицини свої потужні механізми при наявності екстрагенітальної патології. Уміння лікаря використовувати фармакотерапію із порозумінням фармакокінетики та фармакодінамики володіє своїми потужними механізмами, а також знання при яких патологічних формах протипоказана вагітність, та які форми її застосування.

1. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, тестування онлайн, фронтальне опитування тощо).

Вимоги до знань:

- Володіти навичками комунікації та клінічного обстеження пацієнта;
- Здатність встановлювати клінічний та попередній діагноз захворювання;
- Здатність діагностувати невідкладні стани;
 - Здатність визначати принципи лікування захворювань, необхідний режим праці та відпочинку, характеру харчування;
 - Уміти визначати принципи активного ведення III періоду пологів, методи знеболювання в пологах;
 - Способи шкідливого впливу лікарських речовин на плід;

- Критичні стадії розвитку системи «мати–плацента–плід»;
- Ступені тератогенності лікарських речовин;
- Групи факторів, що впливають на плацентарний бар'єр;
- Здатність використовувати свої фармакотерапевтичні знання;
- Здатність виконувати медичні маніпуляції;
- Здатність вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

- Фармакотерапія під час вагітності при екстрагенітальних захворюваннях.
- Вагітність при захворюваннях серцево-судинної системи, хворобах органів сечовидільної системи; печінки та жовчного міхура, хворобах кровотворних органів, органів дихання, органів травної системи, ендокринної системи, нервової системи, органів зору, гострих та хронічних інфекційних хворобах, туберкульозу, ВІЛ.

Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою семінару:

Питання:

1. Уміння забезпечити сімейному терапевту своєчасну діагностику даної екстрагенітальної патології.
2. Можливості на сучасному етапі в задоволенні фізіологічних потреб плода в основних харчових речовинах і енергії.
3. Задоволення потреб вагітної жінки в основних харчових речовинах і енергії для збереження її здоров'я, та здоров'я плода.
4. Забезпечення комфортного самопочуття, гарного настрою і високої активності жінки на всіх етапах вагітності.
5. Максимальна різноманітність харчових раціонів жінок з включенням в них всіх груп продуктів.
6. Обмеження продуктів з високою сенсibiliзуючою активністю.
7. Максимальне врахування індивідуальних потреб жінок.
8. Широке використання спеціалізованих продуктів харчування, збагачених білком, есенціальними жирними кислотами, вітамінами, мінеральними солями.
9. Інтенсивність матково-плацентарного кровообігу.
10. Здатність препарату до іонізації і розчинення в ліпідах, ступінь зв'язування з білками плазми.

Типові ситуаційні задачі:

1. Вагітна пацієнтка 25 років, надійшла до пологового відділення з діагнозом: Вагітність I, 32-33 тижн. Пологи I, I позиція, передній вид, головне передлежання. Загрозливі передчасні пологи.

Завдання: Який препарат повинен призначити лікар для проведення токолітичної терапії?

Відповідь: Гініпрал, рекомендована стандартна доза – 10 мкг (1 ампула по 2 мл) розведена у 10 мл 0,9% розчину хлориду натрію, вводиться на протязі 5-10 хв, надалі показники вирішуються самостійно.

2. Першовагітна 30 років, надійшла до пологового відділення з скаргами на вагітність 35-36 тижн. Пологи I, I позиція, передній вид, головне передлежання. Прееклампсія важкого ступеня?

Завдання: Яка лікарська речовина є препаратом вибору?

Відповідь: Початкова доза магнезії сульфат – 4 г повільно доведено протягом 15 хв. (приготувати 4 г шляхом додавання 16 мл 25% магнезії сульфат до 34 мл води для ін'єкцій). Підтримуюча доза - 1 г (3,33%) магнезії сульфат/год. доведено краплинно (приготувати 3,33% розчину шляхом додавання 30 мл 25% сульфату магнію до 220 мл 0,9% NaCl або Рінгера лактата) протягом 24 год. після пологів.

Типові тестові завдання:

1. Першовагітна, 22 років, надійшла до пологового відділення з передчасним вилиттям навколоплідних вод. З діагнозом: Вагітність I, 18-19 тижн. Перейми слабкі, відкриття шийки матки 2 см. Який з лікарських препаратів необхідно призначити для підсилення пологової діяльності?

A. Фолікулін.

B. Окситоцин 5 ОД внутрішньом'язово.

C. Окситоцин 5 ОД внутрішньовенно у 400 мл фіз. розчину.

D. Метилергометрин. Д

E. Дезаміноокситоцин.

2. Вагітна 20 років, надійшла до пологового відділення з діагнозом: вагітність 36-37 тижн. Пологи I. I позиція, передній вид, головне передлежання. Плацентарна недостатність. Синдром затримки росту плоду. Який з препаратів є найбільш ефективним в лікуванні?

A. Актовегін.

B. Аскорбінова кислота.

C. Папаверину гідрохлорид.

D. Гініпрал.

E. Алое екстракт рідкий

3. Вагітна 27 років, надійшла до стаціонару з діагнозом: вагітність 9 тижн. Загрозливий мимовільний аборт. Яка лікарська речовина є препаратом вибору?

A. Дуфастон.

B. Гініпрал.

- С. Папаверину гідрохлорид.
- Д. Дексаметазон.
- Е. Окситоцин

Вірні відповіді: 1 –С; 2- А; 3 – А

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

• Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо):

Інтерактивне завдання:

Здобувачів розділити на 3 підгрупи. Працюємо у кабінетах жіночої консультації з вагітними пацієнтками у різні терміни вагітності, даємо завдання:

Завдання для підгруп

I підгрупа. Зібрати акушерсько-гінекологічний та соматичний анамнез у вагітної, визначити перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень, встановити попередній і клінічний діагноз захворювання

II підгрупа. Скласти план лікування жінки та визначити тактику ведення.

III підгрупа. Оцінити правильність відповідей I та II підгруп, при необхідності ввести корективи.

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Хвора Н., 44 років, повторно вагітна, 28-28 тижнів, звернулася із скаргами на біль в правій клубовій ділянці, нудоту, блювоту, підвищену температуру тіла до гінеколога жіночої консультації.

При зовнішньому акушерському огляді встановлено: повздовжне положення плода, головне передлежання, I позиція, передній вид. Під час огляду гінекологічні проблеми не турбують пацієнтку.

При загальному огляді, жінка квола, бліда, відсутність апетиту, турбує біль в правій клубовій ділянці.

Завдання: Який попередній діагноз? Яка подальша тактика обстеження, де проводити обстеження?

Відповідь: Діагноз: Вагітність II, Положення плода продольне, головне передлежання, I позиція, передній вид. Гострий апендицит.

Для подальшого обстеження та лікування необхідно пацієнтку спрямувати в хірургічний стаціонар.

2. Пацієнтка М, 30 років, вагітність 32-33 тижні, звернулася зі скаргами на набряк лівої нижньої кінцівки, біль в неї. Після госпіталізації в стаціонар виконано дуплексне сканування вен нижніх кінцівок, при якому було виявлено флотуючий тромб глибокої бедреної вени.

Зовнішнє акушерське обстеження, діагностувало положення плода продольне, головне передлеження, ІІ позиція, задній вид. З боку акушерської патології проблем не виявлено.

Завдання: Який попередній діагноз? Яке ускладнення може загрожувати життю пацієнтки?

Відповідь: Діагноз: Вагітність 32-33 тижн., Продольне положення головне передлежання, ІІ позиція, задній вид. ТЕЛА.

Необхідно призначити терапію, спостерігати за перебігом вагітності, в випадках які не піддаються корекції, та спілкуючись із хірургами спрямування пацієнтки до оперативного ходу вирішення даної проблеми.

Нетипові тестові задачі:

1. Роділля 25 років, ІІІ період пологів ведеться активно. Які з лікарських речовин застосовують у даному випадку?

- A. Метилергометрин внутрішньовенно.
- B. Мізопростол ректально.
- C. Окситоцин внутрішньом'язово 10 ОД.
- D. Окситоцин внутрішньовенно 5 ОД.
- E. Фолікулін

2. Породілля 27 років, маса плоду при народженні 4100 г. У ранньому післяпологовому періоді почалася кровотеча, дефіцит ОЦК склав 15 %. Який загальний обсяг інфузійно-трансфузійної терапії слід призначити?

- A. До 2,5 л.
- B. До 3 л.
- C. До 4 л.
- D. До 2 л.
- E. До 3,5 л.

3. Вагітна 32 років, надійшла до стаціонару з діагнозом: вагітність 7 тиж. Скарги на блювання до 7 разів на добу. Яка лікарська речовина є препаратом вибору?

- A. Аміназин.
- B. Токоферолу ацетат.
- C. Папаверин.
- D. Вітамін B6.
- E. Вітамін B1.

4. Породілля 30 років, у пізньому післяпологовому періоді підвищилася температура до 38°C. Встановлений діагноз: післяпологовий метроендометрит. Який з антибактеріальних препаратів найбільш прийнятний?

- A. Цефтріаксон.
- B. Аугментин.
- C. Ампіцилін.

D. Метронідазол.

E. Пеніцилін

Вірні відповіді: 1-С, 2-А, 3-А, 4-А.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

•Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтуючі карти для формування практичних вмінь та навичок тощо):

Більшість жінок під час вагітності приймає один або декілька лікарських препаратів (в середньому чотири), не враховуючи вітаміни і препарати заліза.

Використання різних медикаментів під час вагітності – питання дуже важливе, оскільки призначення вагітній потенційно небезпечного лікарського засобу може зашкодити майбутній дитині, а також важливе, оскільки саме наявність у багатьох препаратів протипоказань щодо застосування під час вагітності значно обмежує можливості якісного повноцінного лікування у цей період.

Особливої актуальності та практичного значення питання припустимості окремих ліків набуває у клініці екстрагенітальної патології вагітних. Фармакологічні препарати можуть чинити негативний вплив на тонус матки, матково-плацентарний кровообіг та баланс численних гормональних факторів, що забезпечують перебіг вагітності. Проте центральною проблемою медикаментозної терапії вагітних є можливий вплив ліків на плід – тератогенний, ембріотоксичний, фетотоксичний.

Фізіологічні зміни, що призводять до зміни концентрації медичних препаратів у крові в порівнянні з рівнем досяжної концентрації у невагітних, такі:

- збільшення внутрішньосудинного об'єму;
- збільшення швидкості клубочкової фільтрації; зниження рівня білків плазми крові, що призводить до зниження зв'язку препарату з білками крові й збільшенню кліренсу препарату;
- потоншення мембрани, яка відмежує плід від матері, що призводить до збільшення трансплацентарної дифузної спроможності, в результаті чого підвищується здатність проникнення ліків через плаценту;
- зниження рухової активності шлунково-кишкового тракту, що супроводжується затримкою всмоктування ліків при прийомі їх у середину;
- прискорення руйнування препаратів у печінці.

У всьому світі широко користуються такими категоріями ризику застосування ліків при вагітності, розробленими Американською

адміністрацією з контролю за ліками і харчовими продуктами (FDA-Food and Drug Administration):

А – ліки, які були прийняті великою кількістю вагітних і жінками дітородного віку без будь-яких доказів їх впливу на частоту розвитку вроджених вад розвитку або шкідливої дії на плід;

В – ліки, які застосовувала обмежена кількість вагітних і жінок дітородного віку без будь-яких доказів їх впливу на частоту розвитку вроджених вад розвитку або шкідливої дії на плід. При цьому в дослідженнях на тваринах не знайдено збільшення частоти пошкодження плода або такі докази отримані, але доведеної залежності отриманих результатів із застосуванням препаратів не визначено;

С – ліки, які в дослідженнях на тваринах продемонстрували тератогенну або ембріотоксичну дію. Є підозри, що вони можуть викликати зворотну шкідливу дію на плід або новонародженого (обумовлену фармакологічними властивостями), але такі, що не викликають розвитку вроджених аномалій. Підконтрольні дослідження на людях не проводилися;

О – ліки, які викликають або підозрюються в тому, що вони можуть викликати вроджені аномалії або незворотні ушкодження плода. Слід співвідносити ризик для плода з потенційною корисністю від застосування медичного препарату.

Х – ліки з високим ризиком розвитку вроджених аномалій або стійких ушкоджень плода, оскільки є докази їх тератогенної або ембріотоксичної дії як у тварин, так і у людини. Їх застосовувати під час вагітності не слід.

Лікарські препарати можуть бути розподілені на три групи:

- ЛП, що не проникають через плаценту, тому не спричиняють негативний вплив на плід;
- ЛП, що проникають через плаценту, але не спричиняють негативний вплив на плід;
- ЛП, що проникають через плаценту і накопичуються в тканинах плоду, та мають негативний вплив на плід.

Особливої значності набуває вплив лікарських речовин на **центрально нервову** систему плода. Ембріотоксичні ефекти препаратів тим більш виражені, чим менший строк внутрішньоутробного розвитку плода і чим більша фармакологічна активність і доза препарату.

На розподіл препарату в організмі впливають чисельні фактори: зміна гемодинаміки, обсяг крові, що циркулює, кількість жирової тканини в організмі, білковий склад крові. Гемодинамічні зміни обумовлені зростанням при вагітності обсягу плазми (на 30-40%), позаклітинної рідини (на 5-8 л) і підвищенням кількості еритроцитів на 18-20%. Збільшення кількості жиру в організмі під час вагітності (в середньому на 3-4 кг) має значення для жиророзчинних препаратів, які накопичуються в цій тканині.

Тератогенез включає в себе поняття про розвиток не тільки органічних, та функціональних аномалій у новонародженого. Після закінчення періоду ембріогенезу можна більше не остерігатися виникнення вад розвитку.

Сьогодні виділяють такі критичні періоди в життя ембріону,

1. 3 моменту зачаття – до 11 дня.
2. 11 дня до 3 тижня, коли у плода починається органогенез. моменту закриття нервової трубки).
3. Між 4 і 9 тижнями, коли зберігається небезпечність затримки росту плода, але тератогенна дія практично вже не проявляється.
4. Плідний період (з 9 тижня до народження дитини), коли можуть виникати порушення постнатальних функцій і різні поведінкові аномалії.

ЛП, застосування яких протипоказано під час вагітності.

Антибактеріальні препарати:

-антибіотики тетрациклінового ряду – порушення формування костної тканини у плода і мають гепатотоксичні властивості;

-хлорамфенікол (левоміцетін) – ризик пригнічення функції костного мозку і можливості розвитку «сірого синдрому новонароджених»;

-фторхінолони – діють на міжсуставні хрящі у період росту плода і новонародженого;

-ко-тримоксазол (бісептол та його аналоги) – значно підвищує ризик вроджених аномалій плоду;

-ріфампицин, лінкоміцин, етіонамід, хлорохін (делагіл), грізеофульвін, леворін.

Інші ЛП:

- усі статіни (ловастатін, сімвастатін, мевакор, зокор);
- непрямі антикоагулянти (фенілін, пелентан);
- антигістамінні препарати (дімедрол, піпольфен, супрастін);
- пероральні цукорзнижуючі препарати;
- антигонадотропні препарати (даназол, клостільбегіт);
- андрогени;
- антидепресанти, барбітурати, нейролептики (галоперідол, тізерцин);
- бензодіазепіни;
- протипаркінсонічні препарати (паркопан, циклодол, наком);
- нестероїдні протизапальні препарати (мелоксікам, бутадіон).

Бета-лактамі антибіотики.

Пеніциліни. Природні (біосинтетичні) пеніциліни: феноксиметилпеніцилін, біциліни є препаратами вузького спектру дії. До них чутливі збудники дифтерії, сифілісу та більшість анаеробів. Напівсинтетичні пеніциліни поділяються на:

-пеніциліназостійкі з переважною активністю проти Грам (+) мікроорганізмів („антистафілококові”): метицилін, оксацилін, клоксацилін, диклоксацилін;

- пеніциліни широкого спектру дії (за винятком пеніциліназоутворюючих стафілококів і синяво-гнійної палички): ампіцилін, амоксицилін;

- широкого спектру дії з додатковою активністю проти синяво-гнійної палички: карбеніцилін, азлоцилін;

- пеніциліни з переважною активністю проти Грам(-) мікроорганізмів: мецилінам, ацидоцилін.

Цефалоспори перевищують пеніциліна за натибактеріальною активністю.

Цефалоспори I покоління: цефазолін, цефалотин, цефалексин – антибіотики порівняно вузького спектру дії.

Цефалоспори II покоління: цефотоксин, цефуроксим мають більш широкий спектр антимікробної дії. Можливості антибактеріальної терапії вагітних препаратами II покоління поширюються засобами, які можна використовувати у двох лікувальних формах. Цефуроксим діє бактерицидно проти стрептококів, метицилінчутливих стафілококів і ряду Грам (-) мікроорганізмів (гемофільна паличка, гонококи, ентеробактерии).

У *цефалоспоринів III покоління* спектр антимікробної активності зміщений до боку Грам(-) збудників і анаеробів – основних патогенів нозокоміальних інфекцій. Цефтазидим за антисинявогнійною активністю перевищує усі інші антибактеріальні засоби. Цефтріаксон відрізняється пролонгованою дією (використовується 1 раз на добу) і високою проникаючою здатністю до різних органів та тканин, у тому числі через гематоенцефалічний бар’єр.

Цефалоспори IV покоління переборюють резистентність більшості Грам (-) бактерій і мають високу активність проти Грам (+) бактерій, у тому числі пеніцилін-резистентних пневмококів. Еталоном є цефепім. Препарат добре проникає в усі органи та тканини, а його висока концентрація в крові після внутрішньовенного використання обумовлює 2-разовий режим введення. Широкий спектр антимікробної дії дозволяє використовувати цефепім для монотерапії нозокоміальних інфекцій, але при підозрі на анаеробну флору або наявність синьогнійної палички його необхідно поєднувати з метронідазолом або амікацином, відповідно. Він безпечний при вагітності, не викликає пошкоджень у плода, не збільшує алергізацію вагітної. Негативного впливу на новонародженого також не чинить, оскільки проникає в грудне молоко в низьких концентраціях.

Карбапенеми: (тіенам, меронем) мають надзвичайно широкий спектр антимікробної дії, яка включає практично усі клінічно значимі Грам (+) і Грам (-) аероби та анаероби.

Аміноглікозиди. Аміноглікозиди не абсорбуються з шлунково-кишкового тракту, тому застосовуються парентерально. До препаратів I покоління відносяться стрептоміцин, канаміцин, які мають високу ото- і нефротоксичність і навіть обмежені показання до використання.

Тетрацикліни. Характеризуються бактеріостатичним ефектом, широким спектром антимікробі дії, однак вони високотоксичні, що не дозволяє використовувати їх під час вагітності.

Макроліди. Вважаються порівняно безпечними під час вагітності (за винятком рокситроміцина). Мають ефект у відношенні порівняно широкого спектру Грам (+) і Грам (-) бактерій, а також рикетсій та спірохет, причому можуть пригнічувати розвиток деяких штамів збудників, стійких до пеніцилінів.

Спіраміцин (роваміцин) більш, ніж інші макроліди, активний проти стрептококів, у тому числі пневмококів, резистентних до успішно використовуватися для лікування токсоплазмозу під час вагітності.

Рифампіцини. Характеризуються широким спектром бактерицидної дії, яка включає мікобактерії, рикетсії, бактерії, легіонели, хламідії. Однак до нього швидко формується резистентність збудників, тому він в основному застосовується при туберкульозі та тяжких кокових інфекціях. В експерименті на тваринах виявлена тератогенна дія.

Лінкосаміни. Лінкоміцин і кліндаміцин – одні з ефективних антибіотиків резерву при інфекціях, які викликані штамми стафілококів та інших Грам (+) збудників.

Ванкоміцин – єдиний антибіотик, який ефективно діє на метицилінрезистентні штамми стафілококів.

Сульфаніламід. Мають широкий спектр антимікробної дії проти аеробів і анаеробів, актиноміцет і збудника токсоплазмозу. Але вони викликають багато побічних ефектів.

Фторхінолони. Ципрофлоксацин, офлоксацин є високоактивними протимікробними препаратами широкого спектру дії, ефективні як у відношенні Грам (+) і Грам (-) мікроорганізмів.

Протигрибкові засоби.

Похідні азолів – флуконазол, ітраконазол при вагітності не рекомендуються. Одним з ефективних і безпечних засобів, які можна застосовувати у вагітних, є натаміцин, який визнаний одним з препаратів вибору для лікування кандидозу. Він сприяє не тільки етіопатогенетичному лікуванню, але й ліквідує фактори, що сприяють грибовій інфекції (санація “депо” інфекції в кишечнику).

При локальних кандидозах та інших грибових ураженнях порівняно безпечним є ністатин. Однак його ефективність невелика, особливо при кандидозах статевих шляхів у вагітних. Широкий спектр дії має клотримазол. Одним з найбільш ефективних засобів лікування системних мікозів є флуконазол. Під час вагітності препарат слід застосовувати тільки при грибових інфекціях, що загрожують життю.

Периферійні вазоділататори.

Верапаміл впливає на елементи провідної системи міокарда, уповільнює ЧСС і має антиаритмічну дію. Використовується при підвищенні АТ у вагітних і для лікування тахікардії у плода.

Ніфедепін застосовують для лікування артеріальної гіпертензії і гестозу, а також як токолітичний засіб для лікування загрози передчасних пологів, патологічного прелімінарного періоду й для підготовки вагітних до пологів. У тварин ніфедепін має тератогенний і ембріотоксичний ефект.

Діуретики.

Вагітним сечогінні препарати слід призначати обережно, особливо при тяжких формах пізнього гестозу.

Тіазидні та тіазидоподібні діуретики діють на дистальний відрізок початкового відділу ниркових каналців, збільшують екскрецію натрію, води та хлору. Вони знижують АТ за рахунок збільшення виділення натрію, зменшення об'єму плазми, позаклітинної рідини та серцевого викиду. Гіпотензивний ефект діуретиків пов'язаний також зі зменшенням загального периферійного судинного опору.

Гідрохлортіазид – діуретик з помірною за силою і середньою за тривалістю дією. В І триместрі вагітності він знижує кровотік в судинах пуповини і плацентарну трансфузію, зменшує ендокринну функцію плаценти, змінює кліренс естрадіолу, тим самим може призводити до появи вроджених вад розвитку плода. При його застосуванні у III триместрі вагітності спостерігається більш часта індукція пологів, інертність матки, підвищується перинатальна смертність.

Фуросемід у людини добре проникає через плаценту, його концентрація в крові пуповини дорівнює такій у плазмі крові матері.

Антиаритмічні засоби.

Лідокаїн – це ефективний засіб лікування шлункових порушень ритму у вагітних. Він швидко проникає через плаценту. Засіб може викликати депресію дихання новонародженого, різні зміни ЧСС плода.

Антиагреганти й антикоагулянти.

Гепарин – природний антикоагулянт прямої дії, він утворює комплекс з антитромбіном III, переводить його в активну форму, у результаті чого уповільнюється процес згортання крові. Він не проникає через плаценту, тому не викликає вроджених аномалій, однак зменшення вмісту кальцію може негативно відбутися на стані плода. Тривале застосування гепарину може призводити до остеопенії у матері та плода. Збільшується ризик кровотеч у плода.

Антикоагулянти непрямої дії – застосовуються для профілактики венозних тромбозів.

Анальгетичні засоби.

Парацетамол характеризується оптимальним співвідношенням ефективності та безпечності, а також і різноманітністю лікарських форм. Він має анальгетичну, жарознижуючу і помірну протизапальну дію. Не чинить пошкоджуючого впливу на слизову оболонку ШКТ. Не має впливу на функцію тромбоцитів і не збільшує ризик геморагій. Проникає через плаценту, але не має негативного впливу на плід.

Анальгін має анальгетичний, протизапальний та жарознижуючий ефекти. При тривалому застосуванні можливе пригнічення кровотворення. У великих

дозах і при тривалому лікуванні може викликати анемію, порушення функції печінки та нирок плода.

Наркотичні анальгетики.

Морфін – основний представник групи наркотичних анальгетиків. Він швидко проникає через плаценту і може викликати наркотичну залежність у плода і в подальшому у новонародженого. Морфін збільшує контрактильність матки і викликає депресію дихання у новонародженого.

Промедол – не збільшує числа вроджених аномалій, але формування наркотичної залежності у плода вірогідне. Викликає депресію дихання новонародженого. Тривалість депресії 1 година і більше після пологів. Психічні параметри дитини не страждають.

Грамадол – має порівняно низький наркогенний потенціал і широке коло показань при помірних і сильних гострих і хронічних больових синдромах.

Протизапальні засоби.

Глюкокортикоїди мають протизапальну й імунодепресивну дію. При прийомі впродовж усієї вагітності, не відзначалось їх впливу на тривалість вагітності і частоту вроджених вад, але спостерігалось деяке зниження маси тіла і довжини новонароджених. Неврологічний стан і розумовий розвиток дітей були нормальними.

Кортизон застосовується тільки як засіб для замісної терапії при наднирковій недостатності під час вагітності.

Преднізолон може призводити до розвитку вродженої катаракти і зниження функції кори надниркових залоз, викликає імуносупресію, що збільшує ризик інфікування матері і плода.

Дексаметазон за протизапальною активністю перевищує преднізолон. Мінералокортикоїдна дія його найменше виражена. Він проникає через плаценту, може негативно впливати на плід. Викликає у плода лейкоцитоз, зменшення функції кори надниркових залоз, збільшення рівня андрогенів і вірилізацію плодів жіночої статі. Препарат знижує рівень естріолу і кортизолу у крові матері. В людини він не збільшує частоту вроджених аномалій плода. Він значно знижує вірогідність розвитку і тяжкість синдрому дихальних розладів у новонароджених і смертність від цих та інших ускладнень у недоношених.

Нестероїдні протизапальні засоби.

Ацетилсаліцилова кислота в низьких дозах (60-80 мг на добу) застосовується для запобігання прееклампсії та еклампсії. Токсична дія на плід у цих дозах не проявляється. Застосування ацетилсаліцилової кислоти у великих дозах збільшує число вроджених аномалій і перинатальну смертність, знижує вагу плода, приводить до внутрішньоутробної інтоксикації саліцилатами.

Індометацин при вагітності застосовується у хворих із захворюваннями суглобів, аутоімунних захворюваннях, а також іноді застосовується при загрозі передчасних пологів, оскільки має токолітичний ефект. Він відносно

безпечний для плода під час вагітності, однак слід бути уважним при його призначенні, оскільки він проникає через плаценту і визначається в крові плода. У плода може бути раннє закриття артеріальної протоки, що обумовлює легенеvu гіпертензію у немовлят.

Вимоги до результатів роботи:

- Складати план необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень при патологічних станах у вагітних;
- Оцінювати результати клініко-лабораторних та інструментальних досліджень;
- Уміти організовувати консіліума при патологічних процесах у вагітних;
- Встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання;
- Уміти діагностувати стан вагітної;
- Надавати екстрену медичну допомогу при станах у вагітних.

• Матеріали контролю для заключного етапу заняття: задачі, завдання, тести тощо

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Мати двох дітей скаржиться на наявність м'якооеластичних вузлів по латеральній поверхні лівої гомілки та лівого стегна, набряк виникає наприкінці дня. Після відпочинку вночі набряк зникає. Початок хвороби пов'язує з вагітністю та пологами. Застосовує еластичні панчохи.

Завдання:

Який буде попередній діагноз? З чим необхідно провести диференційну діагностику?

Відповідь:

Діагноз: Післяпологовий період. Варикозне розширення вен ніжних кінцівок. Необхідно провести диференційну діагностику з посттромбофлебітичним синдромом.

2. Повторновагітна жінка, 35-36 тижнів, поступила в хірургічний стаціонар з діагнозом: гострий калькульозний холецистит. При обстеженні у пацієнтки виявлена механічна жовтяниця, яка зумовлена холедохолітазом.

Завдання:

Встановіть діагноз. Консервативна терапія без ефекту. Яка подальша тактика необхідна у пацієнтки?

Відповідь:

Діагноз. Вагітність II. 35-36 тижн. Гострий калькулезний холецистит.

Показане оперативне втручання з приводу холедохолітазу. Однак необхідно оперативну тактику узгодити з акушером-гінекологом, для вирішення питання одночасного розрішення вагітності пацієнтки шляхом кесарева розтину під час оперативного втручання.

Тестові завдання КРОК-2:

1. Мати двох дітей скаржиться на наявність м'якоеластичних вузлів по латеральній поверхні лівої гомілки та лівого стегна, набряк наприкінці дня, Після відпочинку вночі набряк зникає. Початок хвороби пов'язує з вагітністю то пологами. Застосує еластичні панчохи. Який буде попередній діагноз?

- А. Варикоз вен нижніх кінцівок
- В. Тромбофлебіт підшкірних вен нижніх кінцівок
- С. Тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок
- Д. Посттромбофлеботичний синдром
- Е. Тромбоз вен малого тазу

2. Вагітна жінка (28 тижнів) була доставлена в стаціонар в тяжкому стані з діагнозом: тромбофлебіт глибокої стегнової вени, яки ускладнився тромбоемболією мілких гілок легеневої артерії. Під час дуплексного дослідження було знайдено тромбоз глибокої стегнової вени. Яка подальша тактика необхідна бути по відношенню до даної пацієнтки?

- А. Теплі ванни, гірудотерапія, гепарінова мазь
- В. Антибіотикотерапія, бронхоскопія, санація бронхіального дерева, профілактика пневмонії.
- С. Лікувальна ходьба, призначення варфаріну, масаж ніг.
- Д. Ліжковий режим, призначення гепарину, рішення питання щодо встановлення кава-фільтру
- Е. Терапевтична тактика

3. Жінка 39 років у важкому стані. Вагітність 10 тижнів, вагітність бажана. Виснажена. Скаржиться на часте блювання кавовою гущею та свіжою кров'ю з домішками шматочків тканин, різку загальну слабкість, спрагу, сухість в роті, запаморочення. Після проведеного комплексного гемостатичного лікування з повторними гемотрансфузіями кровотеча зупинена. Стан хворої поступово покращувався. Кал став нормального кольору, Нв з 68г/л піднявся до 90г/л. Рентгенологічно: в антральному відділі шлунку чашоподібний рак діаметром 6,5см. Ваш діагноз? Яке лікування показане хворій на даний час?

- А. Очікування природного родорозрішення та оперативне лікування з приводу раку.
- В. Негайне передчасне переривання вагітності, комплексна хіміо променева та хірургічне лікування раку шлунка
- С. Тільки променева терапія, завершення вагітності кесарським розтином.
- Д. Хіміотерапія, переривання вагітності.
- Е. Симптоматична терапія, переривання вагітності тільки при погіршенні стану плоду.

Вірні відповіді: 1-А; 2 – D; 3 - В

ТЕМА

«НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ»

Мета:

Систематизувати та поглибити знання за темою «Невиношування вагітності». Розширити знання про різні стадії мимовільного викидня та передчасних пологів, істміко-цервікальної недостатності. Викликати у здобувачів вищої освіти відчуття відповідальності, яку повинен мати лікар загальної практики по відношенню до вагітних з групи ризику по виникненню данної патології.

Основні поняття:

- Самовільний викидень.
- Істміко-цервікальна недостатність (ІЦН).
- Передчасні пологи.
- Класифікація і діагностика.

Питання:

- Визначення та класифікація невиношування вагітності.
- Фактори ризику невиношування вагітності.
- Етіологія невиношування вагітності.
- Клініка, діагностика та тактика дій сімейного лікаря при загрозовому аборті.
- Клініка, діагностика та тактика дій сімейного лікаря при аборті в ході.
- Клініка, діагностика та тактика дій сімейного лікаря при неповному аборті.
- Клініка, діагностика та тактика дій сімейного лікаря при повному аборті.
- Клініка, діагностика та тактика дій сімейного лікаря при аборті, що не відбувся (припинення розвитку ембріона/плода).
- Істміко-цервікальна недостатність (ІЦН): визначення, діагностика та тактика дій сімейного лікаря.
- Передчасні пологи: визначення, діагностика, тактика дій сімейного лікаря.
- Профілактика невиношування вагітності.

1. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо).

- Вимоги до теоретичної готовності здобувачів вищої освіти до виконання практичних занять.

Вимоги до знань:

- здатність збирати медичну інформацію про пацієнта і аналізувати клінічні дані;
- здатність до визначення необхідного переліку лабораторних та інструментальних досліджень та оцінки їх результатів;
- здатність до встановлення попереднього та клінічного діагнозу захворювання;

- здатність до визначення необхідного режиму праці та відпочинку при лікуванні та профілактиці захворювань;
- здатність до визначення характеру харчування при лікуванні та профілактиці захворювань;
- здатність до визначення принципів та характеру лікування та профілактики захворювань;
- здатність до виконання медичних маніпуляцій;
- здатність до ведення медичної документації, в тому числі електронних форм.

Невиношування вагітності складає від 10 до 20-35% до числа вагітностей і немає тенденції до зниження. Актуальність цієї проблеми обумовлена не тільки медичними, але й соціальними аспектами, так як невиношування вагітності призводить до зниження народжуваності, впливає на фізичне і психічне здоров'я жінки, її сімейне благополуччя, працездатність та визначається часто високою перинатальною смертністю недоношених дітей, значними економічними затратами, які пов'язані з їх доглядом, а також значною долею цих дітей серед інвалідів з дитинства і хворих з хронічною патологією.

Типові ситуаційні задачі:

1. Жінка 23 років госпіталізована у відділення зі скаргами на ниючий біль внизу живота, затримку місячних (остання менструація була 6 тижнів тому), незначні кров'яністі виділення з піхви. Вагітність перша. Вагінально: шийка матки відхилена дозад, довжиною 2,5 см, зовнішнє вічко закрито, виділення незначні, кров'яністі. Тіло матки збільшене до 6 тижнів вагітності, в гіпертонусі. Додатки – без особливостей. Поставте діагноз.

Відповідь: Діагноз: Вагітність I, 6 тижнів. Загрозливий аборт.

2. У гінекологічне відділення поступила вагітна в терміні 10-11 тижнів зі скаргами на сильний переймоподібний біль внизу живота та попереку, рясну кровотечу з піхви. Вагітність II. При гінекологічному дослідженні: шийка матки центрована, зовнішнє вічко відкрите, в цервікальному каналі – частини плідного яйця. Матка збільшена до 10 тижнів вагітності, в підвищеному тонусі. Який діагноз?

Відповідь: Діагноз: Вагітність II, 10-11 тижнів. Аборт в ході.

Типові тестові завдання:

1. Невиношування вагітності – це мимовільне її переривання в терміні:
 - A. Від початку вагітності по 36 тижнів+6 днів.
 - B. Від початку вагітності до 22 тижнів.
 - C. Від 12 до 22 тижнів.
 - D. Від початку вагітності до 12 тижнів.
2. Ранній спонтанний аборт – це мимовільне переривання вагітності в терміні:
 - A. Від початку вагітності до 22 тижнів.
 - B. Від початку вагітності до 12 тижнів.
 - C. Від початку вагітності до 37 тижнів.

- Д. Від 12 тижнів до 22 тижнів.
3. Пізній спонтанний аборт – це мимовільне переривання вагітності в терміні:
А. Від початку вагітності до 12 тижнів.
В. Від 10 до 20 тижнів.
С. Від 22 до 37 тижнів.
Д. Від 12 до 22 тижнів.
4. Передчасні пологи – це пологи в терміні вагітності:
А. Від початку вагітності до 37 тижнів.
В. Від 12 до 37 тижнів.
С. Від 22 до 37 тижнів.
Д. Від 12 до 22 тижнів.

Вірні відповіді: 1 – А; 2 – В; 3 – Д; 4 – С.

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

- Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).

Інтерактивне завдання:

Здобувців 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 хворої.

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

Нетипові ситуаційні задачі:

1. У першовагітної при терміні гестації 5-6 тижнів вдома відбувся мимовільний аборт. При вагінальному дослідженні: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без ознак запалення, піхва вільна, шийка матки сформована, цервікальний канал пропускає кінчик пальця, матка щільна, безболісна при пальпації, дещо збільшена у розмірах. Додатки матки не збільшені, безболісні, вагінальні склепіння вільні; виділення кров'яністі, незначні.

Завдання:

1. Якій стадії мимовільного аборту відповідає дана клінічна картина?
2. Наступна тактика?

Відповідь:

1. Вагітність I, 5-6 тижнів. Повний аборт.
2. За відсутності скарг, кровотечі та тканини в порожнині матки за даними УЗД немає необхідності в інструментальній ревізії матки. Контрольне УЗ обстеження через 1 тиждень. Необхідність профілактичного застосування антибіотиків – за індивідуальними клінічними показаннями.

2. Повторно вагітна при терміні гестації 16 тижнів поступила в пологовий будинок зі скаргами на періодичні тягнучі болі внизу живота і в поперековій ділянці, темні кров'яністі виділення із статевих шляхів, нудоту, слабкість. При вагінальному дослідженні: матка збільшена до 12 тижнів вагітності. При УЗД: серцева діяльність плоду не візуалізується, зсув кісток черепа.

Завдання:

1. Який діагноз найбільш вірогідний?
2. Наступна тактика?

Відповідь:

1. Вагітність II, завмерла в 12 тижнів.
2. Терміново провести евакуацію плодових тканин з порожнини матки хірургічним шляхом. Необхідність профілактичного застосування антибіотиків – за індивідуальними клінічними показаннями. Пам'ятати: знаходження вагітності, що не розвивається, в порожнини матки протягом 4 тижнів та більше, збільшує ризик коагулопатичних ускладнень.

Нетипові тестові задачі:

1. В акушерський стаціонар поступила вагітна в терміні 11-12 тижнів зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота, значні кров'яністі виділення. Гінекологічне дослідження: шийка матки вкорочена, зовнішнє вічко відкрите, у цервікальному каналі – частини плідного яйця; тонус матки підвищений, розмір матки відповідає терміну вагітності; виділення кров'яністі, значні. Яка стадія мимовільного аборт?

- А. Загрозливий аборт
- В. Аборт в ході
- С. Неповний аборт
- Д. Повний аборт.

2. В акушерський стаціонар поступила вагітна в терміні 11-12 тижнів зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота, значні кров'яністі виділення. Гінекологічне дослідження: шийка матки вкорочена, зовнішнє вічко відкрите, у цервікальному каналі – частини плідного яйця; тонус матки підвищений, розмір матки відповідає терміну вагітності; виділення кров'яністі, значні. Яка тактика ведення?

- А. Призначення препаратів прогестерону
- В. Призначення токолітичних препаратів
- С. Кюретаж стінок порожнини матки
- Д. Ліжковий режим, спостереження

Вірні відповіді: 1 – В, 2 – С.

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтуючі карти для формування практичних вмінь та навичок тощо).

Невиношування вагітності:

- ранній спонтанний аборт - спонтанне (самовільне) переривання вагітності до 11 тижнів + 6 днів;
- пізній спонтанний аборт з 12 до 21 тижня + 6 днів;
- передчасні пологи з 22 повних до 36 тижнів + 6 днів (154 - 259 днів).

Спонтанний аборт (мимовільний, самовільний викидень) - вигнання ембріона/плода в терміні вагітності до 22 тижнів або масою до 500 грамів, незалежно від наявності або відсутності ознак життя.

За стадіями розвитку виділяють:

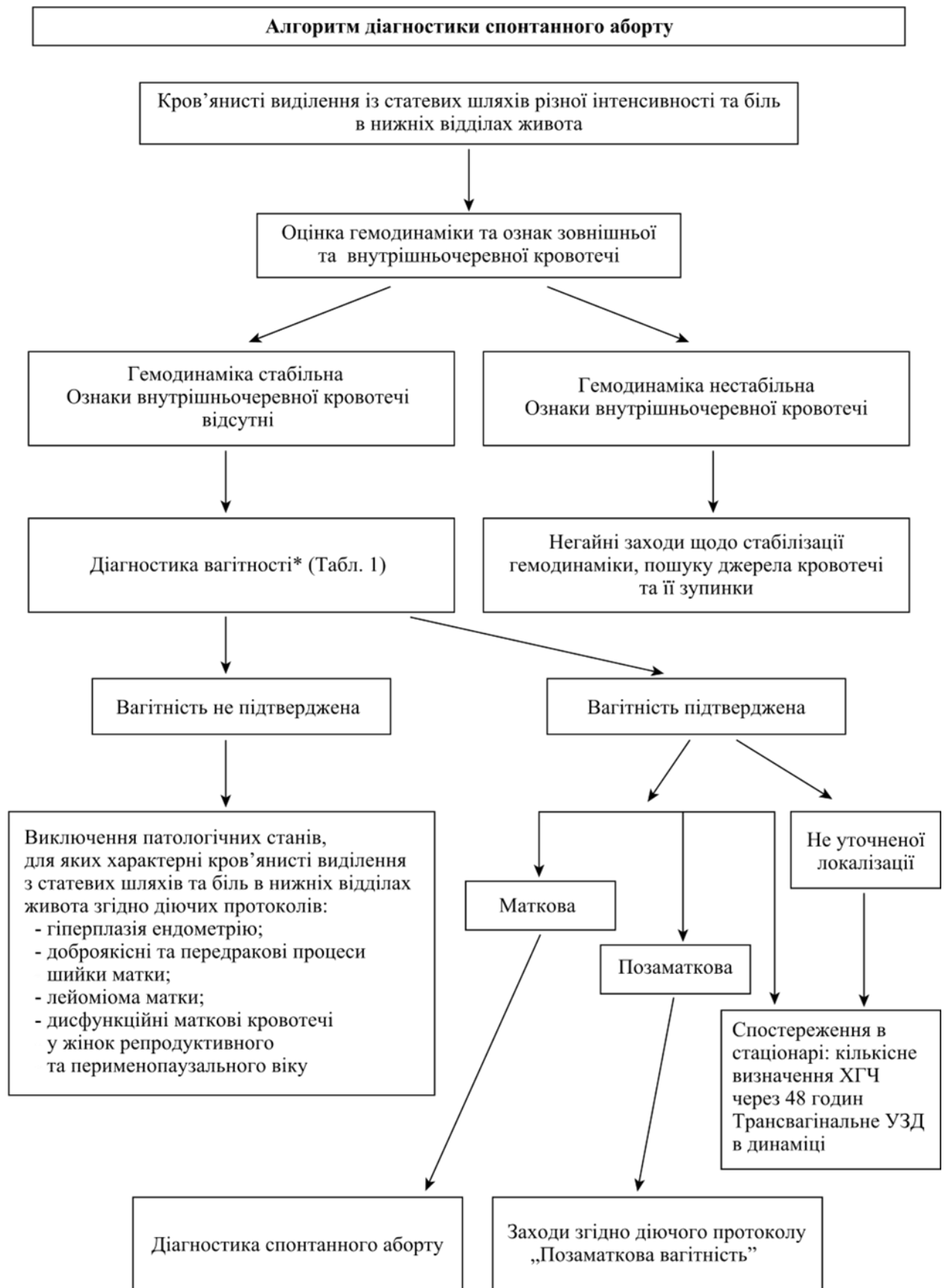
- Загрозливий аборт
- Аборт в ходу
- Неповний аборт
- Повний аборт

виділяють:

- Аборт, що не відбувся (припинення розвитку ембріона/плода);
- Інфікований аборт.

Таблиця 1. Ознаки вагітності в першому триместрі

Дані анамнезу	Дані об'єктивного огляду	УЗД	Дані лабораторних досліджень
- Затримка менструації - Нудота, блювання, смакові примхи, зміни смакових відчуттів	- Збільшення розмірів матки, зміни консистенції та форми матки, що свідчить про наявність вагітності (ознаки Гентера, Горвіца-Гегара, Піскачека, Снегірьова та ін). - Пом'якшення шийки матки та ціаноз стінок піхви. - Збільшення та нагрубання молочних залоз.	- Візуалізація плідного яйця, ембріону/плода (залежно від терміну вагітності)	- Позитивний гравітест (якісний тест) - Підвищення вмісту ХГЛ в сироватці крові (кількісний тест)



*Слід ретельно слідкувати за показниками гемодинаміки до підтвердження маткової вагітності.

Таблиця 2 . Обсяг обстеження при звичному невиношуванні вагітності

№ п/п	Характер обстеження	До настання вагітності	Під час вагітності
1	Вивчення анамнезу (менструальна, генеративна функція захворювання)	+	+
2	Огляд спеціалістів за показаннями (ендокринолога, імунолога, генетика, нефролога, психотерапевта, ЛОР, терапевта, невролога)	+	+
3	Бактеріологічне, бактеріоскопічне та вірусологічне обстеження на уrogenітальні інфекції	+	+
4	Тести функціональної діагностики (базальна температура), кольпоцитологія	+	+
5	Визначення гормонів та їх метаболітів за показаннями (статеві гормони, гіпофіза та щитовидної залози у крові; екскреція ДЕАС, кортизолу, 17 - КС, 17- гідропрогестерону)	+	+
6	УЗД	+	+
7	Стан гіпофізу (МРТ, RÖ – графія турецького сідла) за показаннями	+	-
8	Імунологічне обстеження за показаннями (ABO та Rh антитіл; антитіла до фосфоліпідів, кардіоліпінів, $\beta 2$ глікопротеїду та фетальних антигенів, визначення вовчакового антикоагулянту)	+	+
9	Антитіла до хоріонічного гонадотропіну; антиспермальні та антиоваріальні антитіла за показаннями	+	+
10	Генетичне обстеження (каріотип подружжя)	+	-
11	Пренатальна діагностика	-	+
12	Гістеросальпінгографія та гістероскопія за показаннями	+	-
13	Гемостазіограма. Дослідження системи гемостазу	+	+
14	Визначення стану шийки матки	+	з 12 тижня

Передчасні пологи – це пологи зі спонтанним початком, прогресуванням пологової діяльності та народженням плода масою більш 500г у терміні вагітності з 22 тижнів до 37 тижнів

У зв'язку з особливостями акушерської тактики та виходжування дітей, які народились при різних термінах гестації, доцільно виділити такі періоди:

- 22 - 27 тижнів;
- 28 - 33 тижні;
- 34 - 36 тижні + 6 днів гестації.

Принципи ведення передчасних пологів:

- **Оцінка ступеня** прогнозованого ризику розвитку материнської та перинатальної патології з метою визначення рівня надання стаціонарної допомоги.
- **Визначення плану ведення** пологів та поінформоване узгодження його з жінкою.
- **Контроль за станом матері** та плода під час пологів з веденням партограми.
- **Профілактика** респіраторного дистрес синдрому до 34 тижнів вагітності.
- **Знеболювання пологів** за показаннями.
 - **Оцінка стану дитини**, підтримка теплового ланцюжка, проведення первинного туалету дитини, спільне перебування матері та дитини з перших годин, широке використання методу “кенгуру” при виходжуванні дітей з малою масою.

Прегравідарна підготовка включає:

• **Припинення шкідливих впливів:**

1. Відмова від паління.
2. Відмова від вживання алкоголю.
3. Виключення впливу факторів шкідливого промислового виробництва.
4. Уникнення психоемоційних перевантажень та стресів.

Оздоровлення жінки та лікування хронічних захворювань

1. Нормалізація режиму праці та відпочинку.
2. Створення сприятливих психоемоційних станів на виробництві та в сім'ї (побуті).
3. Раціональне харчування.
4. Регулярні фізичні навантаження (ранкова гімнастика, плавання, прогулянки, тощо).
5. Санація екстрагенітальних вогнищ хронічної інфекції (тонзиліт, гайморит, пієлонефрит тощо).
6. Нормалізація маси тіла.
7. Щеплення проти краснухи імунонегативних жінок для профілактики вродженої краснухи.
8. Вакцинація проти гепатиту В жінок репродуктивного віку групи ризику, що забезпечує профілактику вертикальної передачі інфекції, зменшення ризику печінкової недостатності та цирозу печінки у матері.
9. Підготовка пацієнток з хронічними екстрагенітальними захворюваннями:

- цукровий діабет: стійка компенсація вуглеводного метаболізму упродовж трьох місяців до запліднення та призначення фолієвої кислоти 800 мкг на день за 3 місяці до зачаття;
- артеріальна гіпертензія (тримання нормотензії, перехід на антигіпертензивні препарати, дозволені дозастосування під час вагітності);
- гіпотиреоз (корекція замісної терапії L-тироксином для досягнення еутиреїдного стану);
- епілепсія (перехід на протисудомні засоби з меншою негативною дією на плід, збільшення дози фолієвої кислоти до 800 мкг на день за 3 місяці до зачаття);
- вади серця (радикальне хірургічне лікування за показаннями);
- хвороби, що потребують постійної антикоагулянтної терапії (відміна тератогенних кумаринових похідних, призначення гепарину)
- інші екстрагенітальні захворювання (хірургічне лікування, корекція терапії, досягнення ремісії хвороби).
- виявлення та лікування ВІЛ інфекції.

Алгоритм виконання практичних навичок.

Вимірювання та оцінювання розмірів жіночого тазу.

- 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) взяти в руки тазомер;
- 9) розташувати гудзики тазомера на передньо-верхні ості клубових кісток (вказати нормативний показник D. spinarum = 25-26 см);
- 10) перевести гудзики тазомера на найбільш віддалені місця гребенів клубових кісток (вказати нормативний показник D. cristarum = 28-29 см);
- 11) встановити гудзики тазомера на великі вертіла стегнових кісток (вказати нормативний показник D. trochanterica = 30-31 см);
- 12) укласти пацієнтку на лівий бік із зігнутою у колінному суглобі лівою ногою; виміряти відстань від верхнього краю симфізу до надкрижової ямки (вказати нормативний показник C. externa = 20-21 см);
- 13) під час внутрішнього акушерського дослідження виміряти відстань від нижнього краю симфізу до крижового мису (вказати нормативний показник C. diagonalis = 12,5-13 см);
- 14) проінформувати пацієнтку про результати дослідження;
- 15) подякувати пацієнтці;

- 16) зняти оглядові рукавички;
- 17) вимити руки.

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.

Вимоги до результатів роботи, в т.ч. до оформлення.

- Зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні невінашиванню вагітності.

- Скласти план обстеження пацієнток з невиношуванням вагітності.
- Скласти план лікування пацієнток з невиношуванням вагітності.
- Діагностувати загрозу передчасних пологів.
- Усна доповідь про тематичну пацієнтку.
- Аналіз та обговорення результатів обстеження пацієнтки.
- Мультимедійна презентація за темою заняття (огляд літератури із застосуванням сучасних джерел; відеофільми тощо).

Матеріали контролю для заключного етапу заняття: задачі, завдання, тести тощо.

Нетипові ситуаційні задачі:

1. До гінекологічного відділення надійшла повторновагітна К., 25 років, термін гестації 15-16 тижнів, скаржиться на періодичні тягнучі болі внизу живота і в поперековій ділянці протягом 5 діб. В анамнезі: попередні пологи три роки тому ускладнилися розривом шийки матки II ступеня. Післяпологовий період перебігав без особливостей.

Живіт м'який, безболісний при пальпації. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Турбують закрепи. Сечовипускання безболісне, дещо прискорене. При внутрішньому акушерському дослідженні: шийка матки розм'якшена, вкорочена до 1,5 см, цервікальний канал вільно пропускає один палець. Плодовий міхур цілий. Матка в нормотонусі, збільшена відповідно до терміну вагітності. Придатки матки не збільшені. Виділення із статевих шляхів білі.

Завдання:

- Діагноз.
- Яка тактика ведення пацієнтки?

Відповідь:

- Вагітність II, 15-16 тижнів. Загроза переривання вагітності. Істміко-цервікальна недостатність.
- Ліжковий режим, статевий спокій, спазмолітична, седативна терапія, санація піхви, накладання шва на шийку матки або встановлення акушерського песарія.

2. Повторновагітна В., 28 років, при терміні гестації 30 тижнів надійшла до акушерського стаціонару зі скаргами на періодичний переймоподібний біль внизу живота. В анамнезі два мимовільних аборти у пізніх термінах.

Живіт збільшений вагітною маткою, овоїдної форми. Тіло матки чітких контурів, локальної болючості немає. Матка періодично тонізується. Ворушіння плода відчуває добре. Серцебиття плода ясне, ритмічне, до 150 уд./хв., вислуховується зліва нижче пупка. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Фізіологічні відправлення у нормі.

При вагінальному дослідженні: шийка матки розм'якшена, завдовжки 1,5 см, центрована; цервікальний канал пропускає кінчик пальця; передлежить голівка, яка притиснута до входу в малий таз. Плодовий міхур цілий.

Екзостозів у порожнині малого таза немає, мис недосяжний. Виділення слизові.

Завдання:

- Діагноз.
- Тактика ведення пацієнтки.

Відповідь:

- Вагітність III, 30 тижнів. ОАА. Загроза передчасних пологів.
- Враховуючи термін гестації (30 тижнів), розкриття шийки матки менше 3 см, призначається токолітична терапія протягом 48 год. з метою проведення профілактики респіраторного дистрес-синдрому. Токотолітична терапія проводиться блокаторами кальцієвих каналів (ніфедипін), бета-міметиками (гініпрал).

Тестові завдання КРОК-2:

1. (2020р.) У жінки 30-ти років було три самовільних викидня та одні передчасні пологи. При обстеженні має місце позитивна реакція на антикардіоліпінові антитіла та вовчаковий антикоагулянт. Поставте діагноз:

- A. Антифосфоліпідний синдром*
- B. Синдром Штейна-Левенталя
- C. Геморагічний синдром
- D. Синдром Шихана
- E. Синдром тестикулярної фемінізації

(2019р.) Вагітна 22-х років звернулася до жіночої консультації зі скаргами на кровотечу зі статевих шляхів, що розпочалася 2 дні тому, сильну втому та запаморочення. Термін вагітності 13 тижнів. За день вона використала 6 гігієнічних прокладок. При фізикальному обстеженні: артеріальний тиск - 90/60 мм рт.ст., температура - 37,8°C, пульс 125/хв., частота дихання - 15/хв. Розпочата інфузійна терапія. При вагінальному

1. дослідженні: кров у піхві, шийка матки згладжена та розкрита. На УЗД плідне яйце в порожнині матки, серцебиття і рухи плода не визначаються. Який з наступних кроків у веденні пацієнтки буде найбільш доречним?

- A. Метотрексат
- B. Постільний режим та анальгетики
- C. Магнію сульфат внутрішньовенно
- D. Дилатація та кюретаж матки*
- E. Антибіотикотерапія

3. (2016р.) Хвору 24-х років доставлено до стаціонару бригадою швидкої допомоги в зв'язку зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота, рясні, зі згустками кров'яністі виділення зі статевих шляхів, слабкість. АТ-100/60 мм рт.ст., Рс- 90/хв. Остання нормальна менструація 2 місяці тому. Під час огляду шийки матки в дзеркала спостерігаються залишки ембріональної тканини. В ході бімануального дослідження: матка збільшена до 6 тижнів вагітності, безболісна, цервікальний канал пропускає палець. Який попередній діагноз?

- A. Неповний аборт*
- B. Дисфункціональна маткова кровотеча

- С.Порушена позаматкова вагітність
- Д.Запалення придатків матки
- Е.Міома матки

4. (2010, 2009рр.) Першовагітна 18-ти років у 27-28 тижнів вагітності прооперована з приводу гострого флегмонозного апендициту. Профілактику яких ускладнень треба проводити у післяопераційному періоді?

- А.Невиношування вагітності*
- В.Кишкова непрохідність
- С.Гіпотрофія плода
- Д.Передчасне відшарування плаценти
- Е.Пізній гестоз

ТЕМА **«ДИТЯЧА ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Мета:

Навчити фізіологічним змінам репродуктивної системи дівчат та підлітків в залежності від вікового періоду. Навчити особливостям обстеження та інтерпретації отриманих даних, тактиці ведення та лікування у дівчат та підлітків з гінекологічними захворюваннями. Оволодіти консультуванням з питань контрацепції у підлітків. Навчити проведенню профілактики ВПЛ у підлітків.

Основні поняття:

- Вікові періоди розвитку дівчинки, підлітка.
- Вакцинація ВПЛ у підлітків.
- Порухення менструальної функції у дівчат та підлітків.
- АМК пубертатного періоду.
- Контрацепція у підлітків.

Питання:

1. Вікові періоди розвитку дівчат та підлітків?
2. Що таке статевий криз?
3. За якими показниками оцінюється розвиток вторинних статевих ознак? Що таке статева формула?
4. Особливості гінекологічного та лабораторного обстеження у дівчат та підлітків.
5. Що таке морфограма, індекс маси тіла, гірсутне число?
6. Класифікація порушень менструальної функції в підлітковому віці.
7. Визначте поняття аномальної маткової кровотечі в пубертатному періоді
8. Алгоритм діагностики та надання медичної допомоги при АМК ПП?
9. Профілактика АМК ПП?
10. Профілактика ВПЧ в підлітковому віці.
11. Вибір методу контрацепції в підлітковому віці.

1. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, тестування онлайн, фронтальне опитування тощо).

Зниження гінекологічних захворювань в дитячому та підлітковому віці - основа збереження репродуктивного потенціалу в майбутньому. В Україні контроль за здоров'ям дівчат як майбутніх матерів здійснюється на всіх етапах і стадіях розвитку жіночого організму. З цією метою ще з 1957 р. функціонує та удосконалюється гінекологічна допомога дівчаткам і підліткам з урахуванням їх вікових особливостей. Без знання анатомо-фізіологічних особливостей в дитячому та підлітковому віці, сучасних методів дослідження, без вмінь застосовувати їх на практиці неможливо встановити діагноз, провести диференційну діагностику і відповідне лікування. З усіх гінекологічних захворювань на порушення менструального циклу припадає 20%. Вивчення причин, які викликають ці захворювання у підлітків, розробка

методів ранньої діагностики, лікування та профілактика має не тільки наукове, але й практичне значення у зниженні гінекологічної захворюваності та акушерської патології, ендокринних форм безпліддя у майбутньому, профілактиці злоякісних новоутворень.

Типові ситуаційні задачі:

1. Дівчинка оглянута гінекологом. Молочні залози виділяються, навколососкове кільце разом з соском створюють єдиний конус. Відмічається рідке оволосіння лобка, ріст волос у пахвових ділянках відсутній. Менструації відсутні. Секреція естрогенів низька. Який період статевого розвитку має місце. Складить статеву формулу.

Відповідь: пубертатний період. $Ma2Ax0P1Me0$

2. Дівчина 16 років звернулася до лікаря зі скаргами на кровотечу зі статевих шляхів протягом 10 днів, слабкість, запаморочення. Кровотеча почалась на фоні затримки місячних на тиждень. Росла і розвивалась нормально. Екстрагенітальні захворювання заперечує. Місячні з 12 років, встановилися відразу по 4-5 через 28 днів регулярні, безболісні. Об'єктивно: кожні покрови бліді, пульс 96 уд/хв, АТ 100/60 мм рт ст на обох руках. $Ma3Ax2P2Me03$. Живіт м'який, безболісний, перистальтика активна. Гінекологічний статус: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, оволосіння на лобку за жіночим типом, гімен не порушений, при ректоабдомінальному дослідженні: розміри матки відповідають віку, придатки з обох боків без патологічних змін. Виділення із статевих шляхів кров'янисті рясні.

Попередній діагноз?

Тактика ведення?

Відповідь: Аномальна маткова кровотеча в пубертатному періоді. Постгеморрагічна анемія. Додаткове обстеження: УЗД малого таза, ЗАК, коагулограма, група крові, резус-фактор і т.д., розпочати лікування з симптоматичної кровоспинюючої терапії, принесєфективності – гормональний гемостаз, в залежності від даних дообстеження.

Типові тестові завдання:

1. Кольпоскопічна картина нормальної слизової оболонки шийки матки:
- A. у підлітків та жінок репродуктивного віку не відрізняються
 - B. У підлітків зона сполучення циліндричного та багатошарового плоского епітелію розміщена в ділянці зовнішнього зіву
 - C. У підлітків зона сполучення циліндричного та багатошарового плоского епітелію нерідко розміщена зовні від вічка зовнішнього зіву
 - D. У підлітків зона сполучення циліндричного та багатошарового плоского епітелію знаходиться в ділянці нижньої треті цервікального каналу
 - E. У підлітків не має зони сполучення

2. Хвора 17-ти років скаржиться на болючість і нагрубання молочних залоз, головні болі, дратівливість, набряки нижніх кінцівок. Ці симптоми турбують

зпочатку менархе, з'являються за 3-4 дні до початку чергової менструації. Пригінекологічному обстеженні патології не виявлено. Яке захворювання у дівчини?

- A. Неврастенія
 - B. Передменструальний синдром
 - C. Захворювання нирок
 - D. Мастопатія
 - E. Захворювання серцево-судинної системи
- Правильна відповідь 1-C, 2-D

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

Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).

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

I підгрупа – проведення оцінки пацієнтки.

II підгрупа – проведення консультування пацієнтки зі статевого дозрівання

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

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Хвора 17 років звернулась до лікаря зі скаргами на відсутність менструації продовж 6 місяців. З анамнезу: перша менструація в 12 років, перший рік цикл був регулярний 4-5 через 26 днів. Протягом останніх років збільшився до 35-45 днів, став нерегулярний. Прибавка ваги склала 18 кг. З'явилася волосистість в ділянці молочних залоз, по білої лінії, в паховій області. Статеве життя регулярне з 16 років. При бімануальному дослідженні встановлено: шийка матки конічної форми, довжиною 3,0см, тіло матки грушеподібної форми, 48х36х30мм, безболісне. Яєчники пальпуються з обох боків несуттєво збільшені, безболісні. Виділення слизові незначні.

Завдання: встановити попередній діагноз? Тактика ведення?

Відповідь: Синдром Штейна-Левенталя. Дообстеження: тестостерон, ДСА-сульфат, 17-КС, глюкозо-толерантний тест. Низкокалорійная диета для стабилизации веса. КОК с антиандрогенним компонентом, например Диане-35.

2. До сімейного лікаря звернулась пацієнтка 16 років. Протягом року має нерегулярні статеві стосунки. Має дізкенезію жовчного міхура. Наполягає на встановленні внутріматкового контрацептива «Мірена», наполягаючи на тому, що в неї протипоказання до оральних контрацептивів.

Завдання: 1. Чи доцільно використання внутрішньоматкової спіралі з метою контрацепції у даному випадку?

Відповідь:

Жінкам, які не народжували і планують народжувати – не рекомендується використовувати ВМС. Необхідно підібрати інші методи контрацепції.

Нетипові тестові задачі:

1. У дівчинки 13-ти років на шкірі спостерігаються синці різних розмірів і кольору. Вона скаржиться на запаморочення, маткову кровотечу. При огляді – стан важкий, шкіра бліда, при аускультатії серця ЧСС 140 уд/хв. Грубий систолічний шум, АТ – 90/40 мм рт.ст. Печінка, селезінка не збільшені. Вклінічному аналізі крові Ер.- $1,8 \times 10^{12}/л$, Нв-50 г/л, КП– 0,7, рет – 4%, тромбоцити –

$20 \times 10^9/л$, Л- $12 \times 10^9/л$, е-2%, п-5%, с-75%, л-16%, м-2%, ШЗЕ-15 мм/год. Гематокрит –0,25. Що обумовлює тяжкість стану хворої?

А. Тромбоцитопенія

методів ранньої діагностики, лікування та профілактика має не тільки наукове, але й практичне значення у зниженні гінекологічної захворюваності та акушерської патології, ендокринних форм безпліддя у майбутньому, профілактиці злоякісних новоутворень.

Типові ситуаційні задачі:

1. Дівчинка оглянута гінекологом. Молочні залози виділяються, навколососкове кільце разом з соском створюють єдиний конус. Відмічається рідке оволосіння лобка, ріст волос у пахвових ділянках відсутній. Менструації відсутні. Секреція естрогенів низька. Який період статевого розвитку має місце. Складить статеву формулу.

Відповідь: пубертатний період. Ma2Ax0P1Me0

2. Дівчина 16 років звернулася до лікаря зі скаргами на кровотечу зі статевих шляхів протягом 10 днів, слабкість, запаморочення. Кровотеча почалась на фоні затримки місячних на тиждень. Росла і розвивалась нормально. Екстрагенітальні захворювання заперечує. Місячні з 12 років, встановилися відразу по 4-5 через 28 днів регулярні, безболісні. Об'єктивно: кожні покрови бліді, пульс 96 уд/хв, АТ 100/60 мм рт ст на обох руках. Ma3Ax2P2Me03. Живіт м'який, безболісний, перистальтика активна. Гінекологічний статус: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, оволосіння на лобку за жіночим типом, гімен не порушений, при ректоабдомінальному дослідженні: розміри матки відповідають віку, придатки з обох боків без патологічних змін. Виділення із статевих шляхів кров'янисті рясні.

Попередній діагноз?

Тактика ведення?

Відповідь: Аномальна маткова кровотеча в пубертатному періоді. Постгеморрагічна анемія. Додаткове обстеження: УЗД малого таза, ЗАК, коагулограма, група крові, резус-фактор і т.д., розпочати лікування з симптоматичної кровоспинюючої терапії, принесє ефективності – гормональний гемостаз, в залежності від даних дообстеження.

Типові тестові завдання:

1. Кольпоскопічна картина нормальної слизової оболонки шийки матки:
 - F. у підлітків та жінок репродуктивного віку не відрізняються
 - G. У підлітків зона сполучення циліндричного та багатошарового плоского епітелію розміщена в ділянці зовнішнього зіву
 - H. У підлітків зона сполучення циліндричного та багатошарового плоского епітелію нерідко розміщена зовні від вічка зовнішнього зіву
 - I. У підлітків зона сполучення циліндричного та багатошарового плоского епітелію знаходиться в ділянці нижньої треті цервікального каналу
 - J. У підлітків не має зони сполучення

2. Хвора 17-ти років скаржиться на болючість і нагрубання молочних залоз, головні болі, дратівливість, набряки нижніх кінцівок. Ці симптоми турбують з початку менархе, з'являються за 3-4 дні до початку чергової менструації. Пригінекологічному обстеженні патології не виявлено.

Яке захворювання у дівчини?

- A. Неврастенія
 - B. Передменструальний синдром
 - C. Захворювання нирок
 - D. Мастопатія
 - E. Захворювання серцево-судинної системи
- Правильна відповідь 1-C, 2-D

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

Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).

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

I підгрупа – проведення оцінки пацієнтки.

II підгрупа – проведення консультування пацієнтки зі статевого дозрівання

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

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Хвора 17 років звернулась до лікаря зі скаргами на відсутність менструації продовж 6 місяців. З анамнезу: перша менструація в 12 років, перший рік цикл був регулярний 4-5 через 26 днів. Протягом останніх років збільшився до 35-45 днів, став нерегулярний. Прибавка ваги склала 18 кг. З'явилася волосистість в ділянці молочних залоз, по білої лінії, в паховій області. Статеве життя регулярне з 16 років. При бімануальному дослідженні встановлено: шийка матки конічної форми, довжиною 3,0см, тіло матки

грушеподібної форми, 48х36х30мм, безболісне. Яєчники пальпуються з обох боків несуттєво збільшені, безболісні. Виділення слизові незначні.

Завдання: встановити попередній діагноз? Тактика ведення?

Відповідь: Синдром Штейна-Левенталя. Дообстеження: тестостерон, ДСА-сульфат, 17-КС, глюкозо-толерантний тест. Низкокалорійна диета для стабилизации веса. КОК с антиандрогенним компонентом, например Диане-35.

2. До сімейного лікаря звернулася пацієнтка 16 років. Протягом року має нерегулярні статеві стосунки. Має дізкенезію жовчного міхура. Наполягає на встановленні внутріматкового контрацептива «Мірена», наполягаючи на тому, що в неї протипоказання до оральних контрацептивів.

Завдання: 1. Чи доцільно використання внутрішньоматкової спіралі з метою контрацепції у даному випадку?

Відповідь:

Жінкам, які не народжували і планують народжувати – не рекомендується використовувати ВМС. Необхідно підібрати інші методи контрацепції.

Нетипові тестові задачі:

1. У дівчинки 13-ти років на шкірі спостерігаються синці різних розмірів і кольору. Вона скаржиться на запаморочення, маткову кровотечу. При огляді – стан важкий, шкіра бліда, при аускультатії серця ЧСС 140 уд/хв. Грубий систолічний шум, АТ – 90/40 мм рт.ст. Печінка, селезінка не збільшені. Вклінічному аналізі крові Ер.- $1,8 \times 10^{12}/л$, Нв-50 г/л, КП– 0,7, рет – 4%, тромбоцити – $20 \times 10^9/л$, Л- $12 \times 10^9/л$, е-2%, п-5%, с-75%, л-16%, м-2%, ШЗЕ-15 мм/год. Гематокрит – 0,25. Що обумовлює тяжкість стану хворої?

А. Тромбоцитопенія

В. Гостра крововтрата

С. Серцева недостатність

Д. Симптоми інтоксикації

Е. Зниження артеріального тиску

2. У дівчинки 16-ти років первинна аменорея, відсутність росту волосся на лобку, нормальний розвиток молочних залоз, каріотип 46 ХУ, відсутність матки та піхви.

Діагноз?

А. Синдром Іценка-Кушінга

В. Синдром Рокітанського-Кюстнера

С. Синдром тестикулярної фемінізації

Д. Синдром Шихана

Е. Синдром Штейна-Левенталя

Вірні відповіді: 1 – А, 2 – С.

- Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтуючі карти для формування практичних вмінь та навичок тощо).

Оцінка розвитку вторинних статевих ознак проводиться по ступеню їх виразності, причому керуються єдиними позначеннями: молочні залози – Ма, овоłosіння на лобку – Рb, овоłosіння в підпахвинних ділянках – Ах, менструація – Ме.

Ступінь статевогорозвитку визначається за формулою $Ma \cdot Pb \cdot Ah \cdot Me$.

Стадії розвитку молочних залоз:

Ma0 – молочна залоза не збільшена, сосок маленький, не пігментований.

Ma1 – набухання навколососкового кружка, збільшення його діаметра, пігментація соска не виражена.

Ma2 – молочна залоза конічної форми, навколососковий кружок не пігментований, сосок не підвищений.

Ma3 – зріла молочна залоза округлої форми.

Стадії овоłosіння:

Pb0Ah0 – волосся на лобку і в пахвинних ділянках відсутнє.

Pb1Ah1 – поодинокі прямі волосся.

Pb2Ah2 – волосся більш густе і довге, розміщене на центральній частині вищезазначених ділянок.

Pb3Ah3 – волосся на всьому трикутнику лобка статевих губ густе кучеряве; пахвова ділянка вся покрита кучерявим волоссям.

Вираженість менструальної функції:

Me0 – відсутність менструації.

Me1 – менархе в період обстеження.

Me2 – нерегулярна менструація.

Me3 – регулярна менструація.

Оцінюючи статевий розвиток, застосовують визначення морфотипів. Морфограма креслиться по показникам росту, обхвату грудей, суми зовнішніх розмірів таза, віку. В нормі лінія на сітці морфограми пряма, можливі відхилення в 1,5 бали. При передчасному статевому розвитку характерні макросомічний інтерсексуальний і рівномірно відстаючий (інфантильний) морфотип.

Лікарський контроль над перебігом процесу статевого дозрівання включає оцінку віку появи пубертатних зрушень.

9 – 10 років – ріст кісток таза, заокруглення сідниць, незначне підняття сосків молочних залоз.

10 – 11 років – поява волосся на лобку, припідняття молочних залоз.

11 – 12 років – поява волосся під пахвами, посилення росту, збільшення зовнішніх статевих органів.

12 – 13 років – розвиток залозистої тканини молочних залоз, пігментація сосків, поява менархе.

13 – 14 років – активний ріст волосся під пахвами, менструації можуть бути нерегулярними.

14 – 15 років – зміна форми тазу і сідниць.

15 – 16 років – регулярний менструальний цикл, мутація голосу.

16 – 17 років – зупинка росту скелету, закінчення періоду статевого дозрівання.

Найбільш рання межа появи статевих ознак – 8 – 8,5 років, менструації – в 9 років. Раніше – свідчить про передчасне статеве дозрівання. Відсутність статевих ознак до 13 років і менструації до 15 років вказує на затримку статевого дозрівання.

Для уніфікації оцінки пубертатних змін більшість лікарів користуються класифікацією J. Tanner (1969) та S. Frasier (1980), залози

I – a Ma0 Pb0 Ax0 Me0 До 9 років

I – б Ma1 Pb1 Ax1 Me0 9 – 10 років

II Ma2 Pb2 Ax1 Me0 10 – 11 років

III Ma3 Pb3 Ax2 Менархе(Me1) 12 – 13 років

IV Ma4 Pb3 Ax3 Овуляція 14 – 15 років

V Акне, зниження тембру голосу, зупинка росту 15 – 17 років

Для оцінки статевої зрілості і її порушень визначається також оволошіння шкірних покривів інших локалізацій: верхньої губи, підборіддя, грудей, верхньої і нижньої половини спини і живота, плечей, передпліч, стегон, гомілок. Вираженість оволошіння в цих місцях оцінюється за 4 бальною шкалою:

1- окреме, розсіяне волосся;

2- помірне розсіяне оволошіння;

3- помірне суцільне, або розсіяне тотальне оволошіння;

4- інтенсивне суцільне оволошіння.

Сума балів оволошіння передпліч і гомілок становить індіферентне число (ІЧ), а всіх останніх частин тіла – гормональне число (ГЧ). В сумі вони утворюють гірсутне число (ГЧ), яке в середньому дорівнює 4 – 5 балів і не повинне перевищувати 10 – 12 балів. Більш високе число балів цих показників свідчить про гормональні порушення.

Патологічний перебіг менархе:

- раніше ніж 11,5 років – прискорене статеве дозрівання;
- поява в 15-16 років – запізнiле статеве дозрівання;
- надмірна патологічна кровотеча з менархе;
- нерегулярні менструальні кровотечі (частіше 12-16 діб або тривалі затримки до 45-60 діб і більше);
- АМК з початку менархе;
- гіперполіменорея.

Патогенез АМК ПП може відбуватися за двома варіантами.

I варіант. При становленні менструальної функції секреція гонадотропінів спочатку проходить хаотично, нерівномірно за часом та кількістю, поступово цей процес стає циклічним. Неприятливі впливи призводять до порушення встановлення циклічного фізіологічного процесу: зберігається нестабільність секреції гонадотропінів, порушується фолікулогенез і, як наслідок, стероїдогенез, що стає причиною патологічного розвитку ендометрія та відсутності його трансформації в секреторну стадію й унеможливорює процес його фізіологічного відторгнення. Це стає пусковим моментом АМК ПП. У пубертатному періоді організм дівчинки надзвичайно вразливий до негативних впливів.

II варіант. Інфекційні (насамперед вірусні), соматичні та генітальні захворювання можуть призвести до порушення чутливості ендометрія до ефектів гормонів. Запальні процеси супроводжуються порушенням мікроциркуляції, що впливає на рецептивність ендометрія. Саме патологічний стан слизової оболонки матки може стати причиною АМК ПП.

Діагностика. Алгоритм проведення діагностичних заходів при АМК ПП

Фізикальне обстеження проводиться з метою співставлення ступеня фізичного і статевого дозрівання з віковими нормативами та врахуванням психологічних особливостей.

Розрізняють декілька типів психологічних особливостей пацієнток з АМК ПП:

гіпоестрогенний – тендітна статура, відставання статевого розвитку від однолітків та бажання перевершувати оточуючих у всьому (перфекціонізм);
нормоестрогенний – гармонійний фізичний та статевий розвиток, схильність до три-вожно-депресивних психічних розладів;

гіперестрогенний – дисгармонічне прискорення статевого розвитку та фізичної акселерації при уповільненому психосоматичному розвитку.

Самооцінка обсягу крововтрати (пiктограма) – це візуально-аналоговий метод оцінки обсягу менструальної крововтрати за об'ємом крові на гігієнічній прокладці (денній та нічній), тампоні й за виділеннями в туалеті (метод суб'єктивний). Ступені крововтрати представлені в пiктограмі (уніфікований клінічний протокол медичної допомоги «Аномальні маткові кровотечі», затверджений наказом МОЗ України від 13.04.2016 р. № 353) (табл. 1).

Таблиця 1. Піктограма самооцінки обсягу крововтрати під час менструації

Гігієнічна прокладка	Тип	Обсяг, мл	Тампон	Тип	Обсяг, мл	Виділення в туалеті	Тип	Обсяг, мл
	Денна	1		Легкий	0,25		Незначні	1
	Нічна	1		Середній	0,5			
				Тяжкий	1,0			
	Денна	2		Надважкий	1,0		Помірні	3
				Легкий	0,5			
				Середній	1,0			
	Нічна	3		Тяжкий	1,5			
				Надважкий	2,0			
				Легкий	1,0			
	Денна	3		Середній	1,5		Виражені	5
				Тяжкий	3			
				Надважкий	4			
	Нічна	6		Легкий	3,0			
				Середній	4,0			
				Тяжкий	8,0			
	Денна	4		Надважкий	12,0			
	Нічна	10						

У пубертатному віці нормальні параметри МЦ становлять: інтервал – 22-38 діб, тривалість кровотечі – 6 ± 2 діб. У 80% дівчат-підлітків менструації одразу стають регулярними, переважна кількість МЦ ановуляторні. У третини дівчат у перші 3-5 років після менархе МЦ характеризується недостатністю жовтого тіла. Перша овуляція є кульмінаційним періодом пубертатогенезу, але не означає статевої зрілості.

Лабораторна діагностика АМК ПП включає загальний аналіз крові (тромбоцити і ретикулоцити), гемостазіограму (активованій частковий тромбопластиновий час, протромбіновий індекс, рівень фібриногену, час згортання крові, кількість тромбоцитів, агрегацію тромбоцитів, розчинні фібриномономірні комплекси, активований час рекальцифікації), біохімічний аналіз крові, визначення в сироватці крові β -хоріонічного гонадотропіну людини у сексуально активних підлітків, бактеріоскопічне дослідження, полімеразну ланцюгову реакцію, діагностику інфекційних захворювань статевих шляхів, обстеження на гельмінтоз.

При АМК ПП слід проводити УЗД органів малого таза (ОМТ), щитоподібної залози, додатково – молочних залоз і органів черевної порожнини.

Методом ехографії ОМТ визначають форму, розміри і структуру матки, товщину (d), рівномірність та ехогенність ендометрія, структуру, розміри, об'єм і товщину капсули яєчників (табл. 2). Обов'язково слід виключити наявність вагітності.

У підлітковому віці при АМК ПП ультразвукова картина ОМТ характеризується такими ознаками:

- *матка* – розміри в більшості випадків відповідають віковій нормі, можуть бути трохи збільшені, структура міометрія в основному однорідна, інколи дещо зменшеної ехогенності;
- *ендометрій* – товщина збільшена, його розмір не співпадає з добою МЦ: на 8-10-ту добу – становить 8-9 мм, на 16-18-ту – ≥ 12 мм; $d = 6-7$ мм при продовженні кровотечі свідчить про неповноцінність рецепторного апарату, незрілість регуляторних механізмів менструальної функції;
- *яєчники* – їхні розміри бувають нормальними або збільшеними; структура може включати фолікулярну кісту (ехонегативне рівномірне включення діаметром $> 25-30$ мм); мати персистуючий фолікул (фолікул діаметром $> 18-20$ мм присутній під час кровотечі або напередодні, також можуть існувати декілька фолікулів меншого діаметра); бути полікістозною (декілька фолікулів діаметром ≥ 8 мм) або мультифолікулярною (фолікули діаметром від 3-5 до 7-8 мм).

Лікування АМК ПП

Лікувальні заходи проводяться у декілька етапів: на 1-му – зупинка кровотечі, антианемічна терапія, корекція психічного статусу; на 2-му – протирецидивна терапія (корекція МЦ і стану ендометрія).

Терапією першого вибору є інгібітори переходу плазміногену в плазмін:

- транексамова кислота: внутрішньовенно 15 мг/кг упродовж першої години терапії, потім крапельне введення 1 г/год протягом 8 год; сумарна доза не повинна перевищувати 6 г. Можливе профілактичне використання *per os* 1 г 4 рази на добу з 1-го до 4-го дня менструальної кровотечі (Всесвітня федерація гемофілії рекомендує призначення Транексаму за 1-2 дні до початку менструації всім дівчатам із гемофілічними розладами);
- амінометилбензойна кислота;
- амінокапронова кислота.

Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) за рахунок пригнічення активності циклооксигенази регулюють метаболізм арахідонової кислоти, знижують продукцію простагландинів і тромбоксанів. Зазвичай застосовують диклофенак 50 мг 1-2 рази на добу або мефенамінову кислоту 200 мг 4 рази на добу. НПЗП слід призначати не раніше 4-5-ї доби від початку гемостатичної терапії з використанням Транексаму.

Якщо кровотеча триває понад 10 діб або при виникненні АМК на фоні респіраторних чи соматичних запальних захворювань, призначення антибактеріальних засобів є терапією першого ряду. Вона проводиться антибіотиками широкого спектра дії парентеральним шляхом.

Симптоматичне лікування при АМК ПП включає седативні засоби, препарати кальцію, вітамінотерапію, гепатопротектори, фіто- та гомеопатичну терапію. Клінічною особливістю підліткового віку може бути формування у пацієнток граничних станів між нормою та патологією. Частіше мають місце функціональні розлади травного тракту, що супроводжуються порушенням всмоктування необхідних мікроелементів, вітамінів і поживних речовин. Одним із таких порушень є хлороз – прихований дефіцит заліза, що передуює

залізодефіцитній анемії (ЗДА). Тому дівчата підліткового віку особливо вразливі до надмірних крововтрат під час менструацій.

При АМК ПП дуже швидко формується ЗДА. Крім того, тяжкість загального стану дитини також зумовлює постгеморагічна анемія. Норма гемоглобіну (Hb) у підлітків – 130 г/л. Ступені анемії: легкий – рівень Hb 110-119 г/л, середній – рівень Hb 80-109 г/л, тяжкий – рівень Hb < 80 г/л. Рецидиви кровотечі призводять до ЗДА, що значно впливає на становлення функції репродуктивної системи. Гемічна гіпоксія, яка має місце при цьому захворюванні, є однією з причин хаотичної пульсації гонадотропін-рилізінг гормона і, як наслідок, нестабільної секреції гонадотропінів, що унеможлиблює встановлення двофазного МЦ.

При ЗДА на фоні АМК ПП першочерговим завданням є зупинка кровотечі. Пероральні препарати двовалентного заліза призначаються протягом 3 міс під контролем загального аналізу крові через 21 день після початку лікування, надалі – щомісяця. При менструальних кровотечах або поліменореї, значних втратах заліза (зниження рівня Hb і феритину) препарати двовалентного заліза також призначаються на 3 міс. Відповідно до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Залізодефіцитна анемія» (наказ МОЗ України від 02.11.2015 р. № 709), дієтичні добавки, комплекси полівітамінів та мінералів для лікування ЗДА не застосовуються.

При порушеннях МЦ, особливо АМК, для коригування гормонального балансу та проведення симптоматичної гемостатичної терапії в пубертатному віці слід надати перевагу *фітотерапевтичним засобам* (Мастодинон®). Фітотерапія може бути як достатнім самостійним лікувальним засобом, так і поєднуватись із симптоматичним та гормональним лікуванням.

Ефективним засобом для лікування порушень МЦ є Мастодинон. Використання препарату дозволяє відновити гомеостаз статевих гормонів: пролактину, естрогенів і прогестерону, рівня гонадотропінів; нормалізувати психоемоційний стан; зменшити прояви запалення статевих органів; пригнітити гіперпроліферативні процеси.

При зростанні молочних залоз на фоні порушення гормонального балансу дівчата страждають на мастодинію та масталгію, що часто спостерігається при АМК ПП. Зменшити та усунути ці патологічні прояви допомагає Мастодинон. Критерії призначення гормональної терапії при АМК ПП:

- відсутність ефекту від симптоматичного лікування;
- тривалість та інтенсивність кровотечі (з розвитком вторинної анемії);
- товщина ендометрія (за даними УЗД): тенденція до гіперплазії ($d \geq 10-12$ мм) або гіпоплазії ендометрія ($d < 7$ мм).

Для гормонального гемостазу застосовують тільки монофазні комбіновані оральні контрацептиви (КОК) або гестагенні препарати.

Серед монофазних КОК, які доцільно застосовувати при товщині ендометрія < 8 мм, ефективними є ті, що містять етинілестрадіол (гемостатичний ефект) і прогестаген (стабілізація строми і базального шару ендометрія). Найбільш типова схема терапії: 1-ша доба – 1 табл. 4 рази на добу, 2-4-та – 1 табл. 3 рази

на добу, 5-6-т – 1 табл. 2 рази на добу, надалі – 1 табл. 1 раз на добу. Тривалість лікування від першого прийому КОК – 21 доба.

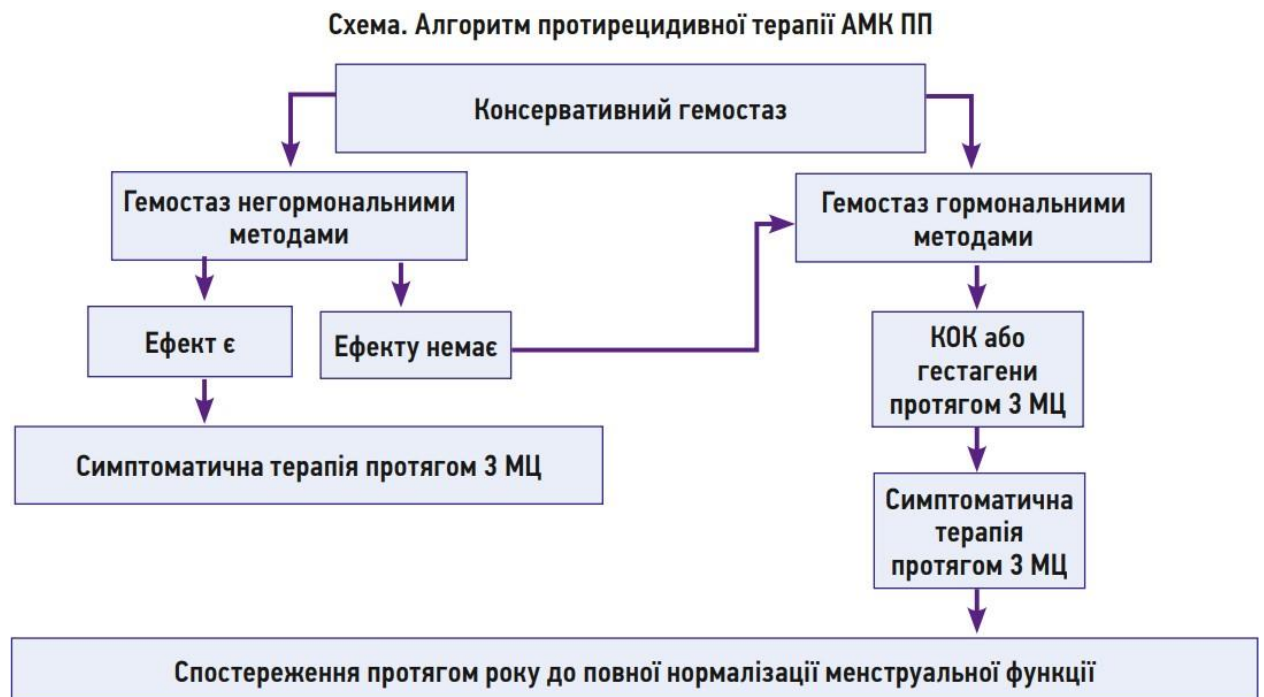
При кровотечах на фоні гіперплазованого ендометрія доцільне використання пероральних прогестинів (норетистерону). Найбільш типова схема терапії: 1-ша доба – 5 мг 4 рази на добу, 2-4-та – 5 мг 3 рази на добу, 5-20-та – 5 мг 2 рази на добу. При нормальній товщині ендометрія (9-12 мм) можливе застосування гестагенів з метою трансформації слизової матки та її відшарування. Призначають дидрогестерон або мікронізований прогестерон сублінгвальний протягом 10-14 діб.

Хірургічне лікування показане при профузній матковій кровотечі, яка загрожує життю, вираженій вторинній анемії тяжкого ступеня ($Hb \leq 70$ г/л, гематокрит до 20%), при підозрі на наявність патологічних змін структури ендометрія (поліп). Метод дилатації і кюретажу (лікувально-діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки) виконують за письмовою згодою батьків чи опікунів дитини або *ex consilium*.

Препаратами першої лінії при лікуванні АМК ПП є поєднання антифібринолітиків і фітотерапевтичних засобів широкого спектра дії. На фоні використання фітотерапії обсяг і тривалість гормонотерапії при АМК ПП значно зменшуються (схема).

Критерії вибору протирецидивної фітотерапії при АМК ПП:

- гінекологічний вік менше 1 року;
- хронічна АМК ПП;
- достатній ефект при зупинці кровотечі симптоматичними засобами;
- категорична відмова використовувати гормональні препарати.



Показання до застосування протирецидивної фітотерапії при АМК ПП: персистенція фолікула, фолікулярні кісти яєчників, гіперплазія ендометрія,

прискорене телархе, гіперпролактинемія, передменструальний синдром, мастодинія – призначають Мастодинон протягом 2-3 МЦ. Після чого для встановлення ритму секреції гормонів, який характерний для двофазного МЦ, – протягом 2-3 циклів застосовують Циклодинон®.

Циклодинон – монокомпонентний рослинний засіб із сухого екстракту плодів прутняка звичайного (вітекса священного), який містить активну субстанцію ВНО 1095, позбавлену небажаних ефектів. Властивість Циклодинону відновлювати і підтримувати лютеїнову фазу МЦ дозволяє використовувати його у протирецидивній терапії АМК ПП та порушеннях менструальної функції у період статевого дозрівання при функціональній гіперпролактинемії. При гіпоплазії ендометрія, гіпоестрогенних станах, що супроводжуються кровотечею, доцільне застосування мулімену, при гіпоплазії ендометрія на фоні запального процесу (хронічного ендометриту) – гінекохель.

Для профілактики тяжкої менструальної кровотечі та з метою формування двофазного МЦ слід надати перевагу фітотерапії, санації вогнищ інфекції, лікуванню анемії, а також загальнооздоровчим заходам.

Підліткам, у яких менструальна функція існує менше 1 року, гормонотерапія проводиться тільки за життєвими показаннями в разі неефективності фіто- та симптоматичної терапії.

Критерії вибору протирецидивної гормонотерапії при АМК ПП: недостатня ефективність симптоматичної та фітотерапії, рецидиви кровотеч, ЗДА, гінекологічний вік більше 1 року.

Протирецидивна терапія АМК ПП за допомогою КОК. Після зупинки АМК за допомогою монофазних КОК потрібно продовжити призначення цих препаратів протягом трьох МЦ. У першому циклі відміни КОК застосовують фітотерапевтичний засіб (з 1-ї доби МЦ протягом двох МЦ) і гестагени (з 14-ї доби МЦ впродовж 10 діб). Критерієм призначення даних препаратів є товщина ендометрія.

Застереження при застосуванні КОК. Рішення щодо призначення КОК як з метою гемостазу, так і профілактики рецидивів кровотечі повинно бути ретельно зваженим. Слід враховувати всі протипоказання до застосування цих препаратів, чітко роз'яснити правила їх прийому, підкреслити значення самоконтролю під час прийому КОК, пояснити мету призначення гормональних засобів. Необхідно обов'язково поінформувати пацієнтку (батьків, опікуна) про тривалість лікування, яку слід обмежити трьома курсами з обов'язковим контролем УЗД ОМТ та з'ясуванням ефективності лікування.

Використання КОК у підлітковому віці без попереднього визначення рівня гонадотропінів (ФСГ і ЛГ) загрожує розвитком довготривалого синдрому гіпергальмування гіпоталамо-гіпофізарного ланцюга, навіть із неможливістю надалі створити двофазний МЦ.

З метою профілактики АМК ПП прогестагени і гестагени у підлітковому віці рекомендовано призначати при ендометрії $d > 8$ мм; при тенденції до гіперплазії ендометрія ($d > 12$ мм) більш доцільне застосування прогестагенів (норетистерону, лінестренолу).

Протирецидивну терапію АМК ПП проводять прогестагенами (наприклад норетистероном 5 мг 2 рази на добу з 14-ї доби МЦ протягом 10 діб впродовж трьох МЦ) та гестагенами (дидрогестерон або мікронізований прогестерон сублінгвальний мінімальною терапевтичною дозою з 14-ї доби МЦ протягом 10 діб впродовж 3-6 МЦ).

Застереження при використанні прогестагенів і гестагенів: необхідний контроль товщини ендометрія (за допомогою УЗД), зміни перебігу МЦ та тривалості менструальної кровотечі. Після припинення гормонотерапії більш надійним у профілактиці рецидивів порушень МЦ є призначення фітотерапевтичних засобів протягом двох циклів. Лікування гестагенами припиняють поступово: спочатку зменшують тривалість із 10 до 5 діб, надалі знижують дозу препарату до мінімальної терапевтичної. В останньому МЦ, в якому призначаються гестагени, гормонотерапію слід поєднати з одним із фітотерапевтичних засобів (Мастодинон, Циклодинон).

У разі неефективності проведеного лікування, тобто рецидиву кровотечі, слід провести додаткове клінічне обстеження та відновити надання допомоги з урахуванням отриманих результатів. З великою обережністю потрібно підходити до призначення гормональних препаратів у пубертатному періоді при нестійкості регуляторних механізмів. Неправильний вибір цих лікарських засобів може спричинити глибокі негативні зміни обміну речовин та призвести до розвитку метаболічних порушень, вегетосудинної дисфункції, захворювань молочних залоз (фіброзно-кістозна хвороба), гірсутності, вірилізації, порушень функції шлунково-кишкового тракту і гепатобіліарної системи, розладів згортаючої системи крові, загострень екстрагенітальних захворювань. Інколи при використанні гормонів формується залежність функції клітин від їх прийому, яка подібна до наркотичної. При відсутності ліків клітини не функціонують, що призводить до синдрому гіпергальмування, вторинної аменореї, зупинки розвитку статевої системи.

Критерії ефективності лікування АМК ПП: встановлення регулярного двофазного МЦ, тривалість якого відповідає нормі; відсутність анемії, а також рецидиву кровотеч протягом року.

Встановлення правильної тактики ведення пацієнток з АМК ПП залежить від правильної діагностики причин кровотечі, вибору напрямку лікування з урахуванням усіх можливих негативних впливів. Головною помилкою у веденні таких пацієнток є призначення лікувальних заходів без попереднього обстеження, а надалі – відсутність контролю за результатами його застосування та ефективності. Особливо це стосується гормональних препаратів.

Планування сім'ї для різних категорій населення та відповідно до періодів життя (наказ №59 від 21.02.2014р.)

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> 1. Провести консультування з питань здорового способу життя, статевого виховання, запобігання непланованої вагітності та ІПСШ. 2. Почати консультацію про методи контрацепції з бесіди про самий надійний метод уникнення вагітності – відсутність сексуальних контактів. 3. Запропонувати методи контрацепції: Презерватив: захищає від ІПСШ/ВІЛ; використання просте та без візиту до лікаря; не має побічних ефектів. КОК: - для жінок молодого віку, які мають регулярне статеве життя і постійного статевого 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 статевого партнера; - не захищає від ІПСШ/ВІЛ. Методи розпізнавання фертильності: - можна запропонувати дисциплінованим дівчатам з регулярним менструальним циклом, які сильно мотивовані використовувати цей метод і мають одного партнера; - не захищає від ІПСШ/ВІЛ. Невідкладна контрацепція:

		- висока ефективність; - не можна використовувати як регулярну контрацепцію, тільки для епізодичного використання з нерегулярним статевим життям; - не захищає від ІПСШ/ВІЛ.
--	--	--

Ще у двохтисячних роках третина країн світу запровадила щеплення проти ВПЛ у національний графік вакцинацій. Щоправда, існує велика нерівномірність щодо застосування цих програм. Серед країн із високим рівнем доходу щеплення від папіломи робить 70% підлітків. Із середнім прибутком – 20%. І лише 3% хлопців і дівчат вакцинується у країнах із низьким доходом. Традиційно, причина полягає у фінансових і соціальних проблемах.

Види вакцин від папіломовірусу:

- «Cervarix» – рекомбінантна вакцина, виготовлена із високоочищених неінфекційних вірусоподібних часток (ВПЛ) основного капсидного білка (L1) оболонки ВПЛ 16-го та 18-го типу;
- «Gardasil-4» – ад’ювантна неінфекційна рекомбінантна квадριвалентна вакцина, яка захищає від ВПЛ 6, 11, 16 та 18 типів;
- «Gardasil-9» – ад’ювантна неінфекційна дев’ятивалентна рекомбінантна вакцина проти вірусу папіломи людини (захищає одразу від 9 видів: 6, 11, 16, 18 31, 33, 45, 52, 58).

Щеплення цими вакцинами запобігає наступним захворюванням:

- [рак шийки матки](#). Якщо жінка не була інфікована ВПЛ та вакцинувалася до 25 років, то ефективність захисту складає 98-100%;
- [передпухлинні стани та злоякісні новоутворення](#) вульви та піхви;
- анальний рак у жінок і чоловіків;
- генітальні кондиломи, передракові або диспластичні стани;
- цервікальна внутрішньоєпітеліальна неоплазія вульви, піхви, анального каналу різних ступенів тощо.

Однак, пам’ятаємо, що зазначені ВПЛ-вакцини захищають максимум від 9 типів ВПЛ, а саме високоонкогенними є 15 видів.

Проведення вакцинації від ВПЛ

Аби досягти найбільшого ефекту, щеплення від папіломавірусу треба робити до початку статевого життя. Дослідження доводять, що імунітет тримається близько 10 років. В ідеалі за цей час людина знаходить постійного сексуального партнера та створює сім’ю. Тож, після цього, навіть за умови зниження імунітету, ризик зараження ВПЛ буде мінімальним.

Загалом же щеплення проти вірусу папіломи людини рекомендовано як дівчатам, так і хлопцям віком від 9 років до 45 років («Cervarix» використовується лише до 25).

Вакцинація від ВПЛ проводиться за допомогою внутрішньо м’язової ін’єкції у плечову ділянку двома або трьома дозами протягом пів року.

Ревакцинація (повторна вакцина від папіломи) не робиться. **Щеплення від ВПЛ проводиться ТІЛЬКИ після попереднього огляду лікаря.** Здавати аналіз крові або проходити обстеження на ВПЛ перед вакцинацією не потрібно.

Як бачимо, убезпечити себе від інфікування ВПЛ можливо. Пам'ятайте, що так зване «ВПЛ щеплення» або «щеплення ВПЛ» має профілактичний характер, а не лікувальний. Щеплення допоможе не допустити зараження організму певними типами вірусу, а от зупинити ті процеси, що вже запущені, на жаль, – ні.

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:
16. положення матки відносно шийки матки (anteflexio, retroflexio);
17. розміри тіла матки (нормальні, зменшені, збільшені);
18. консистенцію тіла матки (щільно-еластична, м'яка, ущільнена);
19. рухомість тіла матки (відносно рухома, обмежено рухома);
20. чутливість при пальпації (болісна, безболісна);
21. 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;
22. 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;

23. визначити ємкість піхвових склепінь;
24. проінформувати пацієнтку про результати дослідження;
25. подякувати пацієнтці;
26. зняти оглядові рукавички;
27. вимити руки.

Клінічне обстеження молочних залоз:

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. оглянути молочні залози, оцінити їх форму, колір шкіри, соски, ділянки навколо соска (асиметрію, втягнення тощо);
9. обстежити тканину молочних залоз за годинниковою стрілкою чи по квадрантам та визначити її щільність, однорідність, чутливість, наявність/відсутність об'ємних новоутворень;
10. при виявленні новоутворення визначити його форму, розміри, консистенцію, межі утворення, рухомість, співвідношення з тканиною молочної залози, болісність;
11. провести пальпацію лімфовузлів в надключичній, підключичній та пахвовій ділянках;
12. визначити наявність патологічних виділень з молочних залоз;
13. проінформувати пацієнтку про результати дослідження;
14. подякувати пацієнтці;
15. зняти оглядові рукавички;
16. вимити руки.

Вимоги до результатів роботи, в т.ч. до оформлення.

- Провести консультування дівчат та підлітків з питань статевого дозрівання.
- Оцінити пацієнтку.
- Підібрати обстеження, тактику ведення та лікування дівчинкам з порушеннями менструальної функції.
- Провести консультування з контрацепції для підлітків.
- Усна доповідь про тематичну пацієнтку.
- Аналіз та обговорення результатів обстеження пацієнтки.
- Мультимедійна презентація за темою заняття (огляд літератури із застосуванням сучасних джерел; відеофільми тощо).

Матеріали контролю для заключного етапу заняття: задачі, завдання, тести тощо.

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Пацієнтка 13 років звернулася до дитячого гінеколога зі скаргами на болі внизу живота, що з'явилися приблизно 6 місяців назад. Болі повторюються щомісяця, тривають 2-3 дні. Два місяці назад пацієнтка з приступом болю була госпіталізована в хірургічне відділення з підозрою на гострий аппендицит, діагноз якого надалі не підтвердився. Росла і розвивалась нормально. В анамнезі: дитячі інфекції, гострий пієлонефрит. Ма2-3Ах2Р2Ме0. Гінекологічний статус: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, при розведенні статевих губ виявляється напружена незаймана пліва синюватого кольору. При УЗД визначається нормальних розмірів матка і розташоване нижче неї рідинне утворення розміром 110х70мм (гематокольпос).

Попередній діагноз?

Тактика ведення?

Відповідь: Атрезія гімена. Гематокольпос. Показано хірургічне лікування – розтин гімена.

2. Пацієнтка 15 років звернулася до дитячого гінеколога зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота, крижах, головний біль, нудоту, блювоту, понос, що починаються одночасно с початком менструальних кровотеч і тривають перші два дні менструації. Хвора в ці дні не працездатна. Росла і розвивалась нормально. В анамнезі: коклюш в шість років. Менструації з 13 років, перші 1,5 роки не регулярні, в останній час по 4-5 днів через 28, помірні, болісні. Ма3Ах2Р2Ме03. Гінекологічний статус: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, оволосіння на лобку за жіночим типом, гімен не порушений, при ректоабдомінальному дослідженні: розміри матки відповідають віку, придатки з обох боків без патологічних змін.

Попередній діагноз?

Тактика ведення?

Відповідь: Альгодисменорея. Дообстеження для виключення анатомічних причин розвитку больового синдрому під час місячних. Симптоматична терапія інгібіторами простагландинів.

Тестові завдання КРОК-2:

1. (2019р.) Жінка 32-х років звернулася до лікаря жіночої консультації зі скаргами на хронічний тазовий біль, який підсилюється під час менструацій, диспареунію, кровомазання напередодні та після менструації. Остання менструація 3 тижні тому. При огляді у дзеркала: на шийці матки 2 кісти діаметром 3 і 5 мм синьо-багрового кольору, з яких виділяється темно-коричнева рідина. При бімануальному дослідженні: тіло матки шароподібної форми, збільшене до 6 тижнів вагітності, болісне при пальпації. Придатки з обох боків без особливостей. Лікаря проінформовано, що у найближчий час народження дитини не планується. Яка тактика лікування цієї пацієнтки є найбільш доречною?

А. Контрольована гіперстимуляція яєчників

В. Призначення комбінованих оральних контрацептивів*

С. Призначення андрогенів

Д.Хірургічне втручання

Е. Призначення антагоністів гонадотропін-рилізінг гормону

2. (2008р.) Жінку 26-ти років, що народжувала 7 місяців тому, протягом останніх двох тижнів непокоїть нудота, блювання вранці, сонливість. Годує грудьми, менструацій не було. Від вагітності не застерегувалася. Який з методів доцільно застосувати для уточнення діагнозу?

А. Ультразвукове дослідження*

В. Ро-графія органів малого тазу

С. Пальпація молочних залоз і видавлювання молока

Д. Дворучне піхвове дослідження

Е. Дослідження за допомогою дзеркал

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:

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

Критерії поточного оцінювання на практичному занятті:

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

	інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з суттєвими помилками.
«2»	Здобувачі вищої освіти не володіє матеріалом, не приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, не демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень.

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

Підсумковий контроль: залік.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна:

1. Акушерство і гінекологія: у 2-х книгах. - Книга 1. Акушерство: підручник (ВНЗ III-IV: р.а.) / В.І. Грищенко, М.О. Щербини та ін. - К.: Медицина, 2020. - 424 с.
2. Акушерство і гінекологія: у 2-х книгах. - Книга 2. Гінекологія: підручник (ВНЗ III-IV: р.а.) / В.І. Грищенко, М.О. Щербини та ін. - К.: Медицина, 2020. - 376 с.
3. Акушерство та гінекологія: нац. підручник для медичних ВНЗ IV рівнів акредитації у 4 т.// Нац. підручник у 4 томах / Запорожан В. М., Татарчук Т.Ф., Гладчук І.З., Подольський В.В., Рожковська Н.М., Марічереда В.Г., Волянська А.Г. - К.: ВСВ «Медицина», 2017. – 696 с.
4. Навчальний посібник з акушерства (за ред. І.Б. Венцківської, В.П. Лакатоша, В.М. Куша). – К., 2018. – РА-ГАРМОНІЯ – 210 с.
5. Невідкладні стани в акушерській практиці: практичне керівництво / А.Я. Сенчук, В.Г. Гінзбург, І.І. Чермак та ін.; за ред. проф. А.Я. Сенчука. – Київ: Фенікс, 2019. – 336 с.
6. Клінічне акушерство та гінекологія: 4-е видання/ Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон. – 2021. – 454 с.
7. 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.
8. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies, 7th Edition S. Gabbe, J. R. Niebyl, J. L. Simpson, M. B. Landon, H. L. Galan, E. R. M. Jauniaux, D. A. Driscoll, V. Berghella and W. A. Grobman, Elsevier. – 2017. – 1320 pp.
9. Obstetrics by Ten Teachers (20th ed) Louise C. Kenny, Jenny E. Myers. – CRC Press. – 2017. – 342 pp.
10. 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.

11. 13. Leveno, S. L. Bloom, C. Y. Spong, J. S. Dashe, B. L. Hoffman, B. M. Casey, J. S. Sheffield, McGraw-Hill Education/Medical. - 2014. - 1377 pp.
12. Підручник з гінекології (6-е видання) Дутта Д.С., Хіралал Конар (ред.). - JAYPEE BROTHERS MEDICAL PUBLISHERS (P) LTD, 2013. - 702 с.
13. Llewellyn-Jones Основи акушерства та гінекології (10-е видання). Джеремі Оутс, Сюзанна Абрахам. Elsevier. 2016. - 384 с.
14. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи: практ. порадник / В.М. Запорожан, О.О. Тарабрін. – Суми: Університет. Книга, 2018. – 240 с.
15. Основи педіатрії за Нельсоном: у 2 томах. Том 1 / Карен Дж. Маркданте, Роберт М. Клігман; переклад 8-го англ. Видання «Медицина», 2019. - 392с
16. 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.
17. Гінекологія: керівництво для лікарів./ В.К. Ліхачов. – Вінниця: Нова Книга, 2018.- 688 с.
18. Планування сім'ї: універсальний посібник для постачальників послуг із планування сім'ї. Оновлене 3-тє видання 2018 р. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2021
19. Медицина за Девідсоном: принципи і практика. Том 3/за ред.Стюарта Г. Ралстона, Яна Д.Пенмана, Марка В.Дж.Стрекена, Річарда П.Гобсона. - «Медицина», 2021. – 664с.
20. Гінекологія. Пирогова В.І., Булашенко О.В. та ін. – «Нова книга», 2023. – 400 с.
21. Уніфіковані клінічні протоколи первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з акушерства, гінекології та педіатрії <https://www.dec.gov.ua/>

Додатково:

1. Акушерство: Нормальна та проблемна вагітність, 7-е видання С. Габбе, Я. Р. Нібіл, Я. Л. Сімпсон, М. Б. Лендон, Х. Л. Галан, Е. Р. М. Жоньо, Д. А. Дрісколл, В. Бергелла та В. А. Гробман, Elsevier. - 2017. - 1320 с.
2. 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.
3. Сучасний прогрес в акушерстві та гінекології. Том 4. Редкол. J. Studd, Seang Lin Tan, F. Chervenak. - 2017. - 419 с.
4. Останні досягнення в акушерстві та гінекології. Том 26. W. Ledger, J. Clark. - JP Medical. - 2015.- 230 с.
5. Клінічне акушерство та гінекологія: 4-е видання/ Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон. – 2021. – 454 с.
6. Oats, Jeremy Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology [Text]: Llewellyn-Jones Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology / J.Oats, S.Abraham. – 10th ed. – Edinburgh [etc.]: Elsevier, 2017. – VII, 375 p.

Інтернет-джерела для підготовки:

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